

Jegyzőkönyvek

az „Erdélyi Múzeum-Egyesület“ orvostudományi szakosztályának szaküléseiről.

I. szakülés 1911 januárius hó 28.-án.

Elnök: PURJESZ ZSIGMOND.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

I. DEMETER GYÖRGY dr. öngyilkos nő nyaki szerveit mutatja be, a ki nyakát borotvával átmetszette. Januárius hó 19. én egy 64 éves nő nyakát borotvával átmetszette, időközben hazatérő fia anyját átmetszett nyakkal a földön vergődve találta, a szomszédba segítségért futott, mire visszatért, anyja meghalt. A holttest mellett a földön egy véres borotvát és gége részletnek látszó húsdarabot találtak, a melyeket a rendőrség a holttesttel együtt a törvényszéki orvostani intézetbe szállíttatott.

Másnap megejtett orvos-rendőri boncsolásnál a holttest nyakának mellső részén a paizsporc magasságában balról felülről jobbra és lefelé haladó 9 cm. hosszú, 7 cm.-re tátongó szabálytalan sokszögű metszett seb látszik, a melynek felső és alsó határát az átmetszett paizsmirigy, oldalsó határait a fejbiccentő izmok, alapját pedig a nyelőcső mellső fala képezik. A seb bal oldali vége mellett a bőrön számos 6—10 mm. hosszú, egymással párhuzamosan haladó, a sebüreg felé fokozatosan mélyedő, az alsó és felső sebszél mellett pedig velük párhuzamosan haladó, helyenként egymást keresztező számos felületes bemetszés látszik.

A metsző eszköz átvágta a nyaki középső vivőeret, a paizsmirigy felett haladó nyaki izmokat, továbbá a paizsmirigy bal lebenyét, a jobb lebenybe a metszés $1\frac{1}{2}$ cm. mélyre terjed és a bemetszés a mirigy külső széle felé fokozatosan sekélyebb lesz. A metszés bal oldalt a paizsmirigy alatti laza szövetben végződik, középen a nyelőcső mellső faláig terjed; a paizsporc a garat felé, a légcső a paizsmirigy mögé visszahúzódott.

A felcsúszott paizsporc testének közepe táján a hangszálagok alatt egy ferdén le és befelé haladó egyenetlen metszési felület, e fölött a paizsporc testén a metszési felülettel párhuzamos, három

felületes bemetszés van, a melyek közül a két felső egymást keresztezi. A paizsporcz hátsó falán a porczból 3 mm. vastag részletet majdnem teljesen leválasztó bemetszés látszik.

A visszahúzódtott légesővön egy majdnem vízszintesen haladó, egyenetlen metszési felület van. A két metszési felület közé eső gége részlet: paizsporcz alsó része, gyűrűporcz és a légeső felső gyűrűje hiányzik.

A holttesttel beszállított gége részlet ezen hiánynak felel meg. A kivágott gégerészlet mellső falát izomczafatok képezik, felső részén, vagyis a paizsporcz alsó darabján ferdén haladó metszési felület, e mellett három egymással párhuzamosan haladó bemetszés van, a melyek közül a két felső felületesebb és csak a porc jobb felére szorítkozik, a harmadik a paizsporcz testének mindkét felébe behatol és abból 2 mm. vastag szeletet teljesen leválasztott, a leválasztott darabot csak a lágy részek tartják a testtel összefüggésben. Az alsó felületen vízszintesen haladó, egyenetlen felszínű metszési sík látszik. A két metszési felület a paizsporczon és légesővön lévő metszési síkokkal pontosan összeillik.

A nagyobb nyaki edény törzseket a metsző eszköz nem sértette, átmetszette a felületes vívó- és ütőereket, továbbá a baloldali torkolati vívóér közös áráját.

A nyak sérülésén kívül a bal mutatóujj begyén, annak hüvelyki szélén ferdén haladó 2 cm. hosszú egészen felületes, a hámot felemelő bemetszés látszik.

A mellkasi és hasiüri szervek vérszegények, tüdőkben vérbelenelési foltok, légesőben habos vér.

A ismertetett sérülés mindenesetre nagy akarat erőt feltételező sértés, a cselekmény végrehajtása a boncsolás alkalmával nyert adatok alapján következően képzelhető el: az illető nő jobb kezébe fogott borotvával hátra szegzett nyakára több felületes, majd a bőrt és izomzatot átvágó mélyebb bemetszéseket tett. Az átmetszett bőr és izomesonkok rugalmasságuk folytán visszahúzódtak és a paizsporcz teste, paizsmirigy szabaddá lett. Egy következő metszés átvágta a paizsmirigyet és a légesőnek felső részét, ekkor az elhalt balkezével a tátongó nyaki sebhez kapott, a paizsporczt megfogta és a borotvát bal mutatóujja felett vezetve, a paizsporcznak alsó részét a gyűrűporcczal és a légeső felső gyűrűjével együtt több metszéssel kikanyarította, ekkor keletkezhett a bal mutatóujj begyén lévő felületes bemetszés.

Bár a jelen esetben az üngyilkossághoz kétség nem fér, az eset körülményei mellett ezt támogatja a sérülés környékén feltalált számos felületes bőrmetszés, a sérülés alakja, iránya, továbbá a holttesten küzdelemre mutató nyomoknak hiánya, azért az esetnek törvényszéki orvosi szempontból is értéke van. Értékes bizonyíték

arra nézve, hogy az ilyen súlyos, a gége egyrészének kiirtásával járó sérülés alapján nem lehet sem idegen kéz szereplésére következtetni, sem öngyilkosság lehetősége elől elzárkózni.

Az esetet ritkaságánál fogva is érdemesnek tartja a bemutatásra, az átnézett irodalomban eddig még csak két ilyen eset ismertetésével találkozott, egyiket SZIGETI HENRIK dr. temesvári törvényszéki orvos közölte. Az eset Budapesten történt, ugyancsak egy nő konyhakéssel paizsporcát paizsmirigy egy részével, garat és bárzsing mellő falának felső részletével együtt kimetszette. — A másikat JAMERSON említi a nyaki sérülésekre vonatkozó statistikájában: egy 50 éves egyén ötször metszette meg nyakát s a mikor sebtét bekötötték, zsebéből egy véres tárgyat vett elő, mely nem volt egyéb, mint a gyűrű és paizsporc balfele, a jobboldali kannaporc, a légeső első gyűrűje, továbbá a garat nyálkahártyájának egyrésze és izomrostok a gégéből.

ISSEKUTZ BÉLA előadása: „*Néhány anyag lélekzésre való hatásának összehasonlító vizsgálata.*“ (Második közlemény. L. Értesítő 1—45. l.)

II. szakülés 1911 februárius 4.-én.

Elnök: PURJESZ ZSIGMOND.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

I. SZABÓ JÓZSEF. 1. *Syringomyelia, syringobulbia esete*: 33 éves nő. Örökölt terheltség nincs. 16 éves korában több, mint félételt át egy tű volt jobb kéz ujjában, ezt a sebészetten ekkor eltávolították. Más baja nem volt soha. 10 év előtt vette észre, hogy jobb keze gyöngül; most az a panasza, hogy jobb kézzel dolgozni nem tud, hangja rekedtes, nyelésnél a víz sokszor orrán át visszafolyik.

Jobb kézen a nagy ujj és kis ujj párna izomzata erősen megfogyott, az interosseusok sorvadtak. Jobb alkar, jobb felkar izomzata is sorvadt. Sorvadt izmokban partialis elfajulásos reactio. Jobb felsővégtagban, törzsön a IV. bordáig elől, scapula közepéig hátul, az arcon is a jobb fül előtt, hátul a tarkón, majdnem a fejtetőig jobb oldalt: nagyfokú hypalgésia és thermanaesthesia. Ezen thermanaesthesia a meleggel szemben áll fenn. Beteg ezen területen mindent hidegnek jelöl. Alsó végtagokban, főleg jobb oldalt, bal oldalt kevésbé, spasticus paresis. Beteg járni nehezen tud. Hamar fárad. Járása spasticus, pareticus főleg jobb oldalt. Bal alsó végtagon is a cymb alsó harmadáig thermanaesthesia meleggel szemben és hypalgésia. Beteg hangja rekedtes, gyöngö. Lágyszájpad elég jól mozog, de néha a folyadék visszaesapódik orrán. Masseter reflex erősen fokozott. A betegnél syringomyelia áll fenn, mely gerinczvelő

cervicalis intumescentiájában jobb felől kezdődött: a betegnél előbb csak a jobb kéz lett gyöngye, hangja később lett rekedtes. A folyamat fölterjedt a medulla oblongatára, itt a vagus magvát vont a betegség körébe. A m. masseter fokozott reflexe a leszálló quintus gyökér alteratiójából származhatik. A trigeminus beidegzési területének egy része szintén azon érzés-zavart mutatja, mint a felső végtag. Érdekes, hogy míg a jobb alsó végtagon kifejezett súlyos spasticus paresis van, az érzészavar a bal alsó végtagon mutatkozik: Browns - SÉCARD-féle symptoma complexushoz hasonlóan. Ez a nyaki gerincezvelő fél keresztmetszetének a bántalmával magyarázható.

2. *Fetisismus különös complicált esete*: 24 éves, fiatalember. Erősen degenerált. Kisfokban gyöngye elméjű. Többször követett el betöréseket. Ily alkalmakkor főleg kis értékű tárgyak: párnák, harisnyák, muff, kendők veszték el. Letartóztatásakor tettét beismeri. Bűncselekményei okául azt adja elő, hogy nemi élvezeteket szerzett neki a betörés. Elmcállapotának megvizsgálása céljából kerül ezután észlelésünk alá.

Jól fejlett, férfias alkatú, ép szervezetű fiatal férfi. Nemi szervei jól fejlettek. Nemi ösztöne már 10 éves korában ébredni kezdett, ekkor már női harisnyákat húzott fel és ebben élvezetet talált. Korán kezd onanisálni, ez főleg akkor járt élvezettel reá nézve, ha ki volt téve meglepetésnek. Titokzatos körülmények között: éjjel, szokatlan, idegen helyeken onanisált, hol rettegnie kellett attól, hogy ott kapják. Iskolás fiú korában a tantermekhez, tanári szobákhoz álkulcsokat csinált, éjjel ezen helyiségeket felnyitotta, ott az actust elvégezte és azonnal távozott. Ekkor még nem vitt magával semmit. A rettegés és a meglepetéstől való félelem különös izgalmat szerzett. Később idegen lakásokat nyitott fel álkulccsal, ugyancsak ezen célból. Már a betörés is sexualis izgalommal járt, ha a nyitogatás közben ejaculatio állott be, akkor nem folytatta a dolgot tovább. Ha egy lakást felnyitott, ott a bútorok előtt exhibíciót végzett. Penisét a bútorokhoz érintette. Ez nagy kéjérzéssel járt. Később egyes tárgyakat magával vitt. Otthon ezekkel körülrakta magát, penisét clóttük exhibitionálta, aztán egy-egy lopott kendővel onanisált. Hosszasan egy női muffal végzett coitust. Erre később reá unt és elásta. Ezután egy diványpárna lett a kedvence. Egy betörés alkalmával egy hosszú horgoló tűt vitt el. Ezzel szurkálta magát és ez a fájdalom nagy sexualis élvezetet okozott. Majd az is nagyon izgatta, ha betörései alkalmával a bútorokat, ruhaneműket szét rongálta, szét szaggatta. Valósággal „kinozta” az élettelen tárgyakat, ez által sexualis izgalom és ejaculatio is következett be. Érdekes, hogy minden nemi vonzalma lassanként élettelen tárgyak felé terelődött. Nem az volt a fő, hogy a tárgyak férfi vagy nő holmija voltak: férfi toilette cikkekkel is onanisált, hanem az volt fontos, hogy mindezeket betöréssel szerezze.

A betegnél a *fetisismushoz* itt *masokhismus* (a rettegés, önkínzás), *exhibitio* (fetiseinek mutogatta penisét), *sadismus* (fetiseinek szétszaggatása élvezetet adott) is csatlakoztak. Mindezekből a sexualis abnormitások egy egészen különös, kevert formája jött létre. Feltűnő, hogy az egyén sem nem homosexuális, sem heterosexuális hajlamokat nem mutat. Önmagával és fetiseivel „szerelmeskedik.“ Fetiseit sem férfiakkal, sem nőkkel vonatkozásba nem hozza, még képzeletében sem. Jóformán „monosexuális“ érzelmű egyénnek tekintendő.

Ezen különös nemi abnormitásnak kifejlődése a beteg életében jól követhető. Jóformán ily kóros irányba gyakorolta magát gyermekségétől kezdve. Megjegyzendő, hogy „kiváncsiság“-ból normalis módon coitált is nehányszor, de ebben nem talált semmi élvezetet, bár képes volt rá. A folytonos kóros irányba való gyakorlás által fejlesztette ki beteg magánál ezen furcsa, kevert sexualis rendellenességet. Ilyen abnormitások létre jötténél a gyakorlást általában nagyon fontosnak tartjuk. Esetünkben a degenerált psychének kóros túlzásokra különben is hajlamos volta a kórkép kifejlődését nagyban elősegíthette.

Hozzászólás. LECHNER KÁROLY: A bemutatott nemi fonákság esete nemcsak azért érdekes, mert még eddig alig észlelt törvényszerűi vonatkozásai vannak; mert ritkán kimutatható élességgel engedi az ivarélet ontogenetikus elfajulását meglátni és mert egymással egészen ellentétes természetű kóros ivarösztönöket egyesít egy egyénben: hanem legfőbb érdekessége abban áll, hogy sem nem heterosexuális, sem nem homosexuális törekvésű. Ugyanis az irodalomban eddig feljegyzett szádizmus, mazokismus, fetisizmus és exhibiczionismus esetei mindig vagy a heterosexualitás, vagy a homosexualitás jellegével bírtak, azaz ösztön kielégítésének a vágya mindenkor valamely másnemű, avagy hasonnemű egyénre irányult. A jelen eset, a mely exhibícióval is párosult, hiszen a beteg a rabolt tárgyak elé exhibiczionálta a nemzőszerveit és így onanizált, unikum a maga nemében, mivel benne az ivarélet valamennyi kóros törekvése önön teste ellen irányult. Ez a körülmény adja magyarázatát annak is, hogy az ellentétes természetű perverzítások egymás mellett megférhettek. Természetes, hogy az önmagát kínzó szádista egyén egyúttal mazokista is, mert egy időben kéjjel osztja és kéjjel tűri a kinokat. Az onanista fetisizmus is könnyen exhibícióval jár, mivel az önfertőzés a fétis jelenlétében lemeztelenített ivarszerveken történik. Az eset a ROHLERER által újabban automonosexualitásnak keresztelt esetek közé tartozik.

II. APÁTHY ISTVÁN előadása: „*Metszetsorozatok készítésének új módja.*“

III. szakülés 1911. februárius 11.-én.

Elnök: KLUMÁK ADOLF.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

I. MAKARA LAJOS bemutatásai:

1. *Világra hozott teratoid fardaganat* sikerrel operált esetét mutatja be. A világra hozott teratoid fardaganatok részben tömött, részben többrekeszű tömlős képletek, melyek a végbél mögött ülnek, a kereszt-faresik vájulatot hátra és fölfelé emelik, a farizmok széle közt hátra és lefelé emelkednek ki. Vérrel főleg az art. sacralis media látja el a daganatokat. Idegágakat kapnak a plexus sympathicus-ból, a pl. sacralis és coccygealis ágaiból. Szövetteni vizsgálatnál bennük igen sokféle szövettípusot találtak, így lapos, hengeres, csillószőrös és mirigyhámokat, a támasztó szövetnek szinte mindenféle alakját, embryonalis, kocsonyás, rostos kötőszövetet, zsírszövetet, porcz- és csontszövetet, adenoid-szövetet, nyirokesomókkal, mirigy részleteket alveolaris, vagy tubulosus szerkezettel, sőt bélrészletet,¹ idegelemeket. A tömlők tartalma különböző lehet, azok hámbélése szerint, így lehet az savós, véres, nyálkás, kocsonyás, zsíros, kásás.

E daganatok fejlődését különbözőképp igyekeztek értelmezni. BORST a daganatokról írt kitűnő monographiájában a manap legelfogadottabb állásponthez csatlakozik s az említett teratoid tömlős daganatok fejlődését monogerminalis alapon magyarázza. E szempontból a canalis neurentericus, a postanalis bél, a vestiges coccygien'-nek nevezett velőmaradványok és a coccygealis gerincez fölös számú csigolyái jönnek tekintetbe, s ez alapon megérthetjük a talált szövetek sokféleségét.

Marad azonban e daganatok kisebb csoportja, melyekben olyan szerveket is találunk kialakulva, melyek a törzs alsó polusán nem fejlődhetnek, minők a szem, a fogak, tüdőszövet stb. — ezek fejlődését BORST is bigerminalis módon, intrafoetatio útján magyarázza.

A daganatok meglehetősen ritkák, CALBET számítása szerint kb. 35.000 szülésre esnek egy eset. Az esetek közt többségben vannak a leánygyermek. Az ilyen magzatok fele a szülés alatt vagy az első évben elhal, mert kora szülést, halva születést okozhatnak, máskor miattuk a szülést művileg kell befejezni.

Az irodalomban találunk eseteket, melyekben a szülésközben megpukkadt daganatot nagyon hamar a szülés után ki kellett írtani, de az esetek többségében lehet, sőt czélszerű várakozni a magzat megerősödéséig, a mint azt mi is tettük.

A közölt esetek legtöbbszörében a műtét nem járt nagyobb nehéz-

¹ Kuzmík esete felnőtténél.

séggel, bár egyszer-másszor a daganat alapjából kénytelen volt a műtő egy részletet visszahagyni. Megeshetik ilyenkor, hogy a daganat újra megnő, mint HEINZMANN esetében. Itt az első műtét után 10 év múlva a fardaganat újra nagyra nőtt, s ekkor újból sikeresen eltávolítottatott. Általában tehát a daganatok jóindulatúak, bár HINTERSTOISSER közül egy esetet, a mikor a teratoid kiirtása után metasztasisok fejlődtek alveolaris sarcoma szerkezettel.

Maga az eset röviden a következő: B. Gizella 1½ éves leányka, közepesen fejlett, feje aránylag nagy és hosszúkás, a nagy kutaes korona nagyságban tapintható; állni, járni, beszélni még nem tud. Far táján kiemelkedik fejével egyenlő nagyságú daganat, mely gömbölyded, sima felületű, a végbél nyílás mögött ül a kereszt-faresik vájulatban, mely csontokat erősen föl és hátra emelte. A fedő bőr a daganat fölött ép, az alapja körül rendes, a daganat tetején hártvaszerűen elvékonyodott, úgy, hogy a daganat rajta kékesen áttűnik. A daganat kerületének bal oldalán a bőrön két koronányi területen fehér heges elváltozás mutatkozik. A daganat összeállása puha, jól hullámozik, sirásnál feszessége fokozódik, a nélkül, hogy összenyomása a sensoriumot vagy érverést befolyásolná.

A gyermeket már egy éves korában behozták, de akkor gyengesége miatt várakozást ajánlottunk. A műtét 1910 nov. 17-én történt aether narcosisban. A daganatot elég könnyen lehetett kifejtetni, a végbélből és a csontvájulatból kihámozni, csak a sebüregek fenekén mutatkoztak erősebb összenövések. A bőr seb elsődlegesen összetapadt, a nagy, egyenetlen sebüregből hosszabb ideig ürült mérsékelt mennyiségű sebváladék, a teljes begyógyulás csak januárius végére következett be. A gyermek decemberben súlyosabb bélhurutban szenvedett, de január közepe óta fokozatosan erősbödik, kezd állni, játszani, s néhány szót mondani.

A kiírtott daganat többrekeszű tömlős képlet. A tömlő falából különböző helyről a kórboneztani intézet volt szives metszeteket készíteni és megvizsgálni. A metszetek mindegyikében különböző szövetfélések találhatók, úgy, hogy kevés kivétellel szinte minden szövet van a daganatban képviselve. Így a támasztó szövet a még nem differenciálódott ébrényi, sarcoma-szerű sejthalmazatoktól kezdve, a laza, nyákos, zsíros, rostos, lemezes kötőszövettel, a porcz- és csontszövettel képviselve van. A hámszövetet többretegű laphám, hengerhám, csillósörös hám és bonyolultabb, a parotis lebenyékés szerkezetére emlékeztető mirigy-szövet alakjában láthatjuk. A contractilis állományt sima és haránt csikolt izom rostok alakjában találjuk meg. Csak vezető szövet féléseket — nevezetesen dúcsejteket és idegfonalakat nem találtunk.

2. „A hólyagba került idegen testek néhány esete. A Collin féle redresseur sikeres alkalmazása két ízben.” A hólyagba jutott

idegen testek ritkán távoznak el önként, legtöbbször művi eltávolításuk szükséges. Az eltávolítás történhetik metszés útján, az operációs cystoskop segítségével vagy bizonyos alkalmas esetekben az idegen testek eltávolítására szerkesztett eszközökkel, néha a kőzúzóval is.

A pálczikaszerű idegen testek eltávolítására szerkesztett eszközök közt tán a legismeretesebb a COLLIX-féle szellemesen szerkesztett redresseur. Az eszköz használhatósága iránt azonban általában nem nagy a bizalom, daczára annak, hogy az eszköz minden tankönyvben le van írva és a nagyobb intézetek műszertárában meg van. Így LEGNEN is azt írja új terjedelmes munkájában (*traité chirurgicale d'urologie*), hogy a kísérlet vele *in vitro* jobban sikerül, mint a valóságban. A Kovács klinikán is meg volt az eszköz, de volt főnököm is inkább szellemesnek, mint használhatónak tartotta azt. HIRSCH-nek a hólyagból eltávolított idegen testekről készült összeállításában is a 111 eset közül csak egyben találjuk a redresseur sikeres alkalmazását följegyezve. Azért helyén valónak tartom két esetemet ismertetni, kiknél az eszköz kitűnően bevált.

Az első 25 éves asszony, 3 gyermek anyja. Utolsó gyermeke 8 hetes, maga táplálja. Anyja 14 éve elmebeteg. 1910 június 29.-én egy libatoll fogpiszkáló került a hólyagjába, azóta gyakran és fájdalmasan vizek. Felvételnél VII./3. lázas 39.3. A cystoscoppal a belövelt, dúzzadt nyákhártyájú hólyagban a libatoll jól látható. VII./4. narcosisban könnyen sikerül a tollat a redresseurral megfogni és kihúzni. A kihagyezett vastagabb fajta lúdtoll hossza 8.5 cm. VII./6 óta láztalan, fájdalmai megszűntek. VII./10.-én távozik.

A második 52 éves napszámos. 20 év előtt Romániában, majd 3 év múlva Kolozsvárt húgykő miatt operálták. Azóta egészséges. 3 hét előtt részeg állapotban rövid vékony lúdtollat dugott húgycsövébe, mely oda becsúszott. Azóta gyakran vizek, vizelete elakad. Felvételnél 910 IX./12. vizelés után a hólyagból még 50 cm. vizelet üríthető ki. A hólyag kissé belövelt, vertexe kúpszerűn előrehúzott (a kőmetszési heghez), benne rövid, vékony lúdtoll látható.

IX./14. érzéstelenítés nélkül egy fogásra sikerül a redresseurral a tollat kihúzni. A vékony, felében szakadás lúdtoll hossza 5.5 cm. A beteg másnap panaszok nélkül levén eltávozik.

A múlt évben egy harmadik hólyagba jutott idegen test is került klinikánkra, mely azonban incrustálódva levén, mint húgykő operáltatott meg. 21 éves földmíves 910 XI./21. előadja, hogy 5 hét óta gyakran vizek, vizelete elakad, erősebb mozgások után vizelete véres. Kősondával 3 cm. átmérőjű, puha követ állapítottunk meg, melynek Röntgen árnyékkepe igen halavány. A vizelet különböző kémhatású, zavaros, genyes.

XI./29. Kőzúzás narcosisban. A puha phosphat kötőrmelékekkel együtt kiürül egy szalmakalász darab is, mely a kő magvát

képezte. XII./4. eltávozik. Műtet után bevallotta, hogy a nyáron dugta húgyesővébe a kalászt, mely abba becsúszott. Öt hét előttig nem érzett bajt, panaszai azóta vannak meg. Ilyen puha idegen test körül támadt kő minden nehézség nélkül elzúzható, a mint azt bentört katheter darab esetében is láttam, de kemény, hegyes idegen test esetében a zúzás végzetes lehet, ha az idegen testről a műtő nem tud. Ilyen esetet láttam tanársegéd koromban a Kovács klinikán, hol a kőbeteg asszony a kőképződés okát elhallgatta s a kőzúzóba jutott hegyes fapálczika átfúrta a hólyagot. Miért is különösen kőbeteg nőknél mindig gondoljunk az idegen test lehetőségére is, s zúzás előtt a kőbeteget cystoscoppal esetleg Röntgenographia útján is vizsgáljuk meg, akkor a kellemetlen meglepetéseket elkerülhetjük.

3. *Három év óta fennálló empyema thoracis Scheede-féle thorakoplastikával meggyógyított esete.* M. Zs. 23 éves napszámos 1907 decemberben tüdőgyuladásban betegedett meg, majd két hetes szünet után újból köhögni kezdett, lázas lett, lefogyott. Mivel állapota mindinkább rosszabbodott, 1908 júniusában a belklinikára vétette föl magát, jobb o. genyes exsudatum pleuriticummal. — Itt próbapunctiót végeztek, de egy hét múlva a kórházat elhagyta. A próbapunctiók helyén tályogja támadt, ez kifakadt, mire némi könnyebbülés állott be. Sipolya állandóan genyedett. 1909 tavaszán megint rosszabbul érezvén magát, újból felvettette magát a belklinikára, majd onnét hozzánk jött, de az ajánlott műtétbe nem egyezett bele. Állapota távozása óta fokozatosan rosszabbodott. A legkisebb megerőltetés fulladást okozott; lába, keze estére megdagadt. Hátí sipolya bőségesen genyed, gyakori köhögés kinozza. Felvételtkor 910 IX./13. az arcz, nyálkahártyák, körmök cyanotikusak, az újjbegyek dobverőszerűen vastagodtak. A jobb mellkas felső részlete behúzódtott, kerülete a bimbó magasságában 42 cm, míg b. o. 45, légzésnél a j. o. visszamarad. A kopogtatási és hallgatódzási viszonyok, valamint a Röntgen átvilágítás j. o. teljes tüdő retractio mellett fennálló idült empyemát és pneumothoraxot mutatnak. Ezen geny és levegővel teli mellkasba hátul a lapocka vonalban a XI. b. alatt sipolynylás vezet, melyen át a kutató magasra (20 cm.) vezethető akadálytalanul. A beteg tele szájjal köp genyes köpetet (napi mennyiség 200–250 kem), ilyen bőséges kiköpés után bizonyos területen feltisztul a tompulat, jeléül annak, hogy a mellkasból a geny a tüdőn át is ürül ki. A beteg különben láztalan, légzés sz. perczenként 24, szívhangok tiszták, érverés üresebb p. 84. Az alsó végtagok estére vizenyősen megdagadnak, vizeletben nyomokban fehérje, vese alak elemek nincsenek. A gerinceoszlop jobbra domború háti scoliosist mutat. A sipolyon át kiürülő geny napi mennyiségre 300–400 kem.

Műtét 910 X./18 narcosisban egy időben. A j. mellkas csontos

és izmos falának eltávolítása a IV. bordától lefelé. A genyes üreget ujjnyi vastag kérgesedés béleli, mely a kúpba lapszerűen befekvő tüdő felett vékonyabb ugyan, de a DELORME-féle lehámozás és felszabadítás nem sikerül. Az üreg visszamaradó falát mindenütt gondosan megtisztítjuk, apró kiöblösödéseit a rekesz és gerincz mentén kitakarítjuk, jodtincturával kitöröljük. Azután a lefelé domború nagy bőr lebenyt alapján elülről hátra részben behasítjuk, hogy a bőr az üreg kúpjába legyen illeszthető, azután elől-hátul varratokkal rögzítjük.

A hosszú műtét és a vérvesztés a beteget megviselte, úgy, hogy végbél infúsiókat alkalmaztunk 2 napon át, s csak 2 hét múlva tudott szédülés nélkül fölülni, de azontúl a gyógyulás és erősödés rohamosan haladt előre. Ma teljesen erősnek és egészségesnek érzi magát, a kórházi dolgokban segít. A bőr lebeny mindenütt reá tapadt a tüdőre, az részben tágult, a lélekzésben résztvesz. A scoliosis megszűnt. A volt beteg kitűnő arcszín mellett meghízott, súlya 65 kgr. Jobb karját teljes erővel használhatja.

A műtét kétségtelenül nagy beavatkozás az ilyen legyengült betegeknek, de egyedül képes az ilyen régi genymellnél teljes gyógyulást eredményezni. — Mert a decorticiatio ilyen esetekben nem sikerül, a miről más esetekben is alkalmam volt meggyőződni, s a merev falú gennyedő üreg csak puha simulékony bőrlebenynyel borítható, úgy, hogy sipolyos járatok ne maradjanak. A gyógyulás feltétele még az üreg gondos kitakarítása, minden sarjadzó járat kitisztítása, alul a borda maradékok subperiostalis kihámozása. Hogy a bőr lebeny a pleura-kúpba illeszkedjék, mi azt harántul félig behasítottuk, drainage után gazcepamuttal mindenütt a tüdőhöz és a falhoz fektettük, így sikerült $3\frac{1}{2}$ hónap múlva teljes gyógyulást elérni.

Hozzászólás:

VIDAKOVICH KAMILL a húgyútakba bevitt idegen testek casuistikáját a következő esettel óhajtja szaporítani, melyet azért tart különösen figyelemre méltónak, mert tanúságot tesz arról, hogy néha idegen testek nehéz viszonyok között is per vias naturales hagyhatják el a húgycsövet. 1907-ben alkalma volt a budapesti új Szent János kórházban egy fiatal gyereket észlelni, ki egy gombostűt dugott a húgycsővébe, természetesen gömbjével előre tolván azt be. Az esetről készített Röntgenogramm pontosan mutatta a tű helyzetét a húgycső hátulsó részében; a tűt az ismert kibuktatási eljárással kísérelte eltávolítani, ami azonban nem sikerült, miért is a fiu anyjának a tű operációs úton való eltávolítását ajánlotta. Az anya ebbe nem egyezett bele. A másnap észlelés végett berendelt fiu tüvel a kezében jelent meg, azt állítva, hogy ő azt kivizelte. Az újból felvett röntgenogramm negativ volt. A tű tehát daczára az eltávolítási

manoevernek, hajlott és ránczos nyálkahártyával bíró húgyesővön keresztül a vizeletsugárral önként eltávozott.

II. GÉBER JÁNOS bemutatása: *Favus újszülöttnél.*

IV. szakülés 1911 februárius 18.-án.

Elnök: PURJESZ ZSIGMOND.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

I. IMRE JÓZSEF: Három bemutatás.

1. *A kicsüszott szivárványhártya kimetszése.* 4 éves leányt mutat be, kinél lencsényi iris prolapsust metszett ki, szabadszárú rést (Kolobomát) készítve a szivárványban. Az éppen nem ritka esetet alkalmul használja fel, annak előadására, hogy a kimetszésnek minő haszna van, összehasonlítva az egyszerű be vagy lemetszéssel, hogy utána szabad lesz az iris, szabad a csarnok zúg s nem áll elő később a szaruba forradt irisből sem másodlagos glaukoma, sem veszedelmes uveitis. A gyakorló orvosoknak ajánlja, hogy szaru fekély átfuródása után azonnal végeztessék ezt a kis műtétet.

2. *Papilloma conjunctivae multiplex esete.* 6 éves leány bal szemén hosszabb idő óta hurut van; felvételtkor trachomához hasonló rögzösség a felső szaruhéji kötőhártyán s 5–6 körül álló lapos szemölcs az alsón, kivált a szemhéjszél közelében. Szorgosabb vizsgálatkor kiderül, hogy a szemhéj kötő hártya nem vastag, nem rögzös, söt színe is alig piros, de rajta a szabad szélről az áthajlásig sűrűn egymás mellett álló, többnyire lapos, rövid nyelű, polypus-szerű kinövések vannak, melyek állománya puha s felszíne majdnem sima. A papilloma ilyen nagyszámban való megjelenését előadó ritkaságnak tartja s bár a ki növések a jóindulatú álképletek közé tartoznak, a nagyítóval ez esetben is rendkívül vastagnak bizonyult felhám-réteg miatt, némi aggodalommal lehet a szemnek későbbi sorsára gondolni. A kiírtás módja: egyenként való lemetzés ollóval s utána a vérző pontok (az elmetezett nyelvek) megperzselése galvanokauterrel.

3. *Syphilises neuro-recidiva Salvarsan után a szemben.* Vidéki 30 éves férfi; fertőzés 1909 végén. SALVARSAN-fecskendés 1910 okt. első napjaiban. Az előre megvizsgált szemek látása kis (0.5 D.) közel látóságok javítása után = $\frac{5}{6}$. Mindkét optikus-fő kissé elmosott szélű, szabálytalan alakú, kissé halványabb a rendesnél; az egyén izmos, de sovány és anaemiás. Előadó kifejezte a gyanúját, hogy kisebbfokú syphil. látideg-lob lappangott a szemben. A WASSERMANN-féle reactio positiv volt, máig is az.

1911 januárius 3-ikán újra jött, mert jobb szeme rosszul látott, ekkor V = $\frac{5}{18}$, az üvegtest diffúz homálya s némi kettős látás volt

megállapítható, a jobb belső egyenes izom csekélyebb bénaságától; az opt. képen s a háttérben más változás nem volt, jodkálit kapott. *Januárius 26-ikán* újra bejött s felvétette magát a klinikára. Ekkor már csak ujjakat számlált 2 méterről, az üvegtest még zavarosabb volt, de még látni lehetett egy a látóidegfőtől ki és felfelé haladó négy papilla-átmérő hosszúságú, keskeny, sárgás-fehér csíkot az érhártában, mely kissé kidomborodónak látszott s rajta, inkább a két végén, nagyobb ideghártyai vérzés volt; több helyen is átderengett a homályon valami fehérség, melyek aztán az üvegtest tisztulásával mindig tisztábban kivehetők, de idő múltával mindig elenyészőbbek lettek.

Felvétele után néhány napig izzasztó kurát, majd rendes bedörzsölő kurát kapott s bemutatásakor látása $\frac{1}{30}$ -ra ment; az üvegtest még homályos volt, a látóidegfő halvány, az izzadmányok részben felszívódtak, vérzéseknék nyomai látszanak. A *bénaság* változatlanul fennáll, még csak nyolcz bedörzsölés történt. Előadó bemutatta a háttérnek a klinikán készült rajzát s a két szem *látó terét*, melyből látható, hogy a rendes ($\frac{1}{6}$) látású *bal szem* látótere, sőt háttére sem ép, mert a kék és vörös szín látásának egymást keresztező határai a rendesnél jóval szűkebbek, a háttérben pedig, a látóidegfőtől kifele, jóval túl a sárga folton egy harmad pap. nagyságú festékes szélű sorvadt folt van, retina festékes lemezében, melynek területén az érhártja erei látszanak.

Bemutató hosszabban fejtegeti az eset keletkezését, kizárja az arzénos mérgezést s azt a meggyőződését fejezi ki, hogy az irodalomban már több esetben leírt s higanysos kurák után is előforduló „neurorecidiváról” lehet csak szó, minél fogva a megkezdett bedörzsölő kurától egészen jó eredményt vár. (Az esetet más helyen részletesebben fogja közölni).

Hozzászól: MARSCHALKÓ TAMÁS.

II. GÁMÁN BÉLA bemutatása: *A pharinx tuberculosisról.*

III. VÉRTES OSZKÁR és ZACHER PÁL „*Sarcoma polyposum cervicis uteri*” esetét mutatják be. E ritka daganatfaj valamennyi közölt esete halállal végződött, a minek oka nem a daganat abszolút rossz indulatúságában keresendő, hanem abban, hogy kezdeti stádiumban, a mikor radikális beavatkozás még sikeres lehetne, ártatlan polypus vagy „follicularis hypertrophia portionis” képét mutatja, nem ismerik fel a bajt. Ezért elengedhetetlen az eltávolított nyálkahártya polypusok górcsővi vizsgálata, főleg, ha azok valamivel keményebbek avagy szélesebb kocsányon ülnek. Ha a górcső is cserben hagy, tartsuk a nőt további megfigyelés alatt s az első recidivánál tekintsük malignusnak a képletet s csináljunk totalis exstirpációt. A bemutatott esetben $1\frac{1}{2}$ évvel ezelőtt más helyütt végeztek valamelyes palliatív műtétet, mire a nő a mi szemünk elé került, már metas-

tasisai voltak a méhüregben, parametriumban, gerinceoszlop menti mirigyekben. A méhüregben lévő góczok széteséséből kiinduló pyaemiával jelentkezett klinikánkon s néhány napra felvétele után meghalt.

ZACHER PÁL a sarcoma polyposum cervicis uteri kórboneztani megjelenéséről és kórszövettani szerkezetéről emlékezik meg. A tetemesen megnagyobbodott méh a fundusával mintegy 2 haránt ujjnyira emelkedett ki a kis medenczéből. A portio mellső bal fele igen egyenetlen, polyp-szerű növedékekkel borított, a melyek egyrésze hosszú, keskeny, más része széles, alacsony kocsányon ülnek. Hús szerűek, elasticusok. A méh nyakcsatornában számos polypus, a melyek a belső méhszáj magasságán is túlterjednek. A sagittalis metszés lapon a méhfal erősen megvastagodott. Ezen megvastagodást egy daganat okozza, mely helyenkint éles határral, másutt elmosódottan vész el a méh izomzatában, legnagyobb kiterjedésében alig 3–4 mm. méhizomzat választja el a serosától. A daganat legfelső része sárgás zöld, barlangoson elhalt. A bal vena iliaca mentén a retroperitonealis mirigyek megnagyobbodottak s metszéslapjukon daganat göböket találunk. Az aorta abdominalis mentén hasonló mirigyek húzódnak. Görcsöi vizsgálatra a daganat különböző helyeit használta fel. Így a polyposus növedékeket és a méhizomzatában levő daganat göböket. Az eredmény a következő: A méhizomzatban a daganat sejtek szétnyomják az izomnyalábokat s látszólag azok lefutási irányában terjeszkednek, eljutnak a mucosáig s ott betolakodnak a nyákmirigyek közé. A daganatok minden részükben sejtdúsak. Legtöbb helyt stromát nem is látni. A tumor sejteknek sejthatárak nincsenek, a mag mindenütt szabályos orsó alakú, chromatinban szegény. Nucleolus nincs. Óriás sejtek nem fordulnak elő; más típusú daganat szövetre, mint leyomyomás, rhabdomyomás, chondromás szövetre nem lehet akadni a tumor alap szövetében, úgy, hogy csak tisztán sarcomás szövetről lehet szó.

A polypusok tisztán daganat szövetből állanak, a melyek miben sem térnek el a daganat eddig vázolt structurájától. A felületen néhol még megtalálható a csillószerű hengerhám. A daganat szövetbe vannak beágyazva a megnyúlt dugóhúzó szerűen kanyargós mirigyek. A metastasisok egyeznek az anyadaganat szöveti szerkezetével.

IV. DEMETER GYÖRGY: egy 33 éves egyén külső nemi szervének rendellenességét mutatja be. Az illetőt születésekor leánynak nézték és szülei Mária névre keresztelték. 6 éves korától 14 éves koráig leányiskolába járt, 14 éves korában egy körületi hivatalnokhoz cselédleánynak szegődött, a hol 18 éves koráig szolgált. A következő évben beteg lett és orvoshoz fordult, a ki megvizsgálva őt, azt ajánlotta neki, hogy férfi ruhát hordjon. Azóta férfi ruhában jár és nevét az anyakönyvben Károlyra igazították ki. Nyáron kerté-

szettel foglalkozik, télen pedig egyetemi városokban pénzért muto-gatja magát

Anyja él és 3, nála idősebb fiútestvére van, a kik családosak. Bemondása szerint nemi ingere egyáltalában nincs és nem is volt, nemileg sohasem érintkezett és nem is kísérelte meg. Állítása szerint 20 éves korától havonként jelentkező, 2—3 napig tartó menstruációja van. Utazásai során francia, német és osztrák egyetemeken többször megvizsgálták és megállapították, hogy hermaphrodita.

Külseje egészen férfiúra vall, bajusza, borotvált szakáll, széles válla, domború mellkasa, férfias emlői, vállánál keskenyebb medencéje van. Hangja rekedt, a gégefő eléggé kiemelkedik, légzése hasi-mellkasi típust mutat, járása férfias. A fanszörzet dús, a fandumbról, a mely nem zsírdús, a köldökre és innen a mellkasra felterjed, végtagjai izmosak.

Külső nemi szerve rendellenességet mutat, a mennyiben férfi külsejével ellentétben némileg a külső női nemi szervet utánozza. A penis 5 cm-re kiemelkedik, közepes vastagságú, végén a makk rendesen kifejtett, rajta azonban nyílás nincs, alsórészén sekély árok, a mely a penis alsó felületére folytatódik. A fityma a makk mögé visszahúzódott, kiemelkedő redőt képez és a makkra felhúzva, annak felét takarja. A penis alatt kétoldalt a herezacskónak külsőleg teljesen megfelelő bőrredő van. A jobb oldali herezacskóban herének megfelelő képlet tapintható, a melynek alsó felületén mellék herének látszó köteg érezhető, a mely az ondózsínorba folytatódik és ez a rendesenél tágabb lágyékgyűrűig követhető. Baloldalt valamivel kisebb here és mellékhere, továbbá ondózsínor tapintható. A két bőrredő között egy rés van, a melynek felső falát a penis barlangos teste képezi, az itt végig húzódó árokban 3 nyílás, a melyeken keresztül vizel. A rés tölcészerűen szűkül, bemenete a kisujj begyét alig fogadja be, $2\frac{1}{2}$ cm.-re kutaszolható és látszólag vakon végződik. A hüvelynek látszó rés mögött még a vestibulumban foglal helyet a szűk végbél nyílás, a melyet alig 1 cm. széles bőrredő (gát) választ el a penis alatti réstől. A végbél nyílás szűk, ezerúza alig vezethető bele és igen fájdalmas, ezért a végbélen keresztül való vizsgálat kivihetetlen. Narcosisban legutóbb Bécsben vizsgálták és utána állítólag két napig tartó végbélvérzése volt. Itt a narcosisban végzendő végbélen keresztül való vizsgálatba nem egyezett.

A külső vizsgálat alapján megállapítható, hogy egy hypo spadiasis peniscrotalis van, a mely némileg a női hüvelyt utánozza és az illető-nemét, mint meg is történt, kérdésessé teszi.

Ha az illetőt álesirának vesszük, tekintetbe véve férfias külsejét, továbbá a herezacskóban mindkét oldalt feltalált, a legnagyobb valószínűséggel heréknek vehető képleteket, az illetőt férfi álesirának tarthatjuk. Hogy ezen esetben csak egy pseudohermaphroditismus

masculus externus van jelen, nem e completus? erre, mivel nála belsővizsgálatot nem végeztek, feleletet nem adhat, még akkor sem, ha valónak tekintjük az illető azon állítását, hogy neki 4 hetenkint is nétlődő, 2—3 napig tartó, kevés menstruációja van.

A jelen esetet úgy is lehet felfogni, hogy az illetőnél egy teljes *hypospadiasis peniscrotalis* van, a melyhez *anus praeternaturalis vestibularis* társult.

V. szakülés 1911 februárius 25.-én

Elnök: PURJESZ ZSIGMOND.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

I. BORBÉLY SAMU: *Szokatlan nagy májtályog műtéttel gyógyított esete.* Előadásom során többször lesz szó a perigastritisekről, miután ennél a betegnél a perigastritis kórokára kapunk érdekes felvilágosítást, szükségesnek tartom őt a t. szakosztálynak bemutatni.

Ez a 48 éves nő 1910. évi szeptember 4.-én kér felvételt kórházunkban azzal, hogy az év februáriusában ötödik gyermeke megszülése után, hasában egy csomót érez, a mely azóta növekedik. Utóbbi időben fogyni kezdett s lábai bokában dagadnak.

A közép termetű, lefogyott, igen halvány nő, szíve rendes, baloldali tüdő kissé nagyobb, jobboldalinal a máj tompulat két haránt ujjal fennebb kezdődik. A has jobb fele, a jobb csipő tányér kemény, rugalmas daganattól kitöltött, ezen daganat összefüggésben látszik lenni a májjal, a májtól mint széles alaptól kissé ék alakban szalad a jobb csipőtányérra s be a kis medenczébe. — Vaginalis vizsgálatra: a méh kissé lenyomott s balra dőtött, alig mozdítható, b. o. az adnexák igen halványan kiérezhetők, jobb oldalt egy kemény feszes ellentálló képlet. Rectumon át j. o. kemény, ujjal követhető daganat. Ilyen lelet mellett a képlet kiindulási helyének meghatározása nehézségbe ütközött, mert az anamnesisből kiindulólág a genitáliákra kellett gondolni, míg a lelet a májjal való összefüggés, mint egy onnan való kiindulás, a kis medenczébe való összeszükülés figyelmemet arra irányította, hogy a képlet a májból indul ki s bár positiv leletem nem volt, még is tekintettel a beteg foglalkozására — egy béres felesége — az *echinococcus* gyanúját ébresztette fel.

Nyolcznap vizsgálat alatt hőmérsékleti változást nem észleltünk.

1910 szept. 12. én chloroform-, majd aether narcosisban a daganat legnagyobb domborulatának megfelelőleg incindáltam a hasat, több-kevesebb serum elfolyása után a képletet kitapintom s ekkor kiderül, hogy az a megnagyobbodott máj, mely egész a kis-medenczébe terjed s úgy kitölti a has jobb felét, hogy az elég

nagy nyíláson át alig lehet a vizsgálatot megejteni. Positiv hullámzás. Máj kiszégetik. Másnap próbapunctió, midőn is fehér sűrűbb tejszerű genyet kapok. Erre Paquelennel nyitom meg a tágas üret, mint egy szökőkút csap ki a geny, hogy rövidesen elborítsa az egész területet, a felfogott genymennyiség kilencz litert tesz ki, míg a szertefolyót is tehetjük 2—3 literre, vagy, hogy közepes számítással a kibocsájtott geny mennyiségét 11 liter mennyiségben állapíthatjuk meg.

Egyik pillanatban a geny ömlés megszűnik s ekkor egy echinococcus hólyag tolakodik a máj sebébe, csípővel eltávolítom a gyermekfő nagyságu hólyagot, a melyet itt van szerencsém bemutatni.

A légzés rövidesen felszabadult.

A máj üret sterilis vízzel átöblítem s vastag drainnel felfelé s lefelé drainezem. Első napokban napi 2—3 kötés volt szükséges, minden alkalommal hyperoxyd mosások történnek. Ötödik naptól bő epeömlés lép előtérbe, ez csak a teljes gyógyuláskor szűnik meg egészen. Betegünk novemberben alig secernáló sebbel ambulans kezelésre utasítatik. 1911 februáriusban a gyógyulás teljes. E hó elején ismét felvételt kér azzal, hogy időszakonként hányásai vannak. Vizsgálatnál kitűnik, hogy a piloricus részen lenövések léptek fel, egy perigastritis pylorica immobilisálja a gyomrot. Érdekesnek tartottam ezen esetet bemutatni, egyfelől magáért a műtött bántalomért, másfelől mint egy kasuisticus adatot a perigastritisek kifejlődéséhez.

II. BORRÉLY SAMU: *43 gyomor bélszáj képzés* ezimen tart előadást. (Megjelent Gyógyászat 16. és 17. számában).

Hozzászól: STEINER PÁL. BORRÉLY főorvos úr elért eredményei, a mi a közvetlen gyógyulást illeti, elismerést érdemelnek, a mennyiben jóindulatú gyomorbántalmak miatt végzett gastroenterostomiái közül csak egy végződött halálosan. De nem osztja előadó nézetét abban, hogy a gastroenterostomia antecolica antica a legcélszerűbb műtét; ezt szükségesnek tartja hangsúlyozni, mert a hallgatóság, melynek jelentékeny része orvostanhallgató, a sebészeti klinikán nem ezt hallja és a gyakorlatban nem ezt látja. Ma már a *g.-ent. retrocolica postica* az általánosan divó műtét, mert ennél a *circulus vitiosus* ritkább, ennél kisebb darab bélrészlet lesz kirekesztve és ennél ritkább az *ulcus pepticum jejuni*. Ha BORRÉLY főorvos úr nemcsak a közvetlen műtéti eredményről, hanem a távolabbi eredményről fog beszámolni, ő is azon állaspontra fog jutni, hogy a hátsó gyomorbélszáj képzés az idealisabb műtét.

Helyesli, hogy előadó a MURPHY-gombot jóindulatú gyomorbántalmak miatt végzett gastro-ent.-nál elhagyja, előadónak ama halálos peritonitis esete is MURPHY-gommbal végzett műtete után állott be. G.-ent.-ra a varratot ajánlja.

Nem osztja előadó nézetét abban, hogy gyomorrák esetén jejunostomia végeztessék, hanem azt ajánlja, hogy vagy radikálisan operáljunk, vagy adott esetben gastroenterostomia végeztessék. A jejunostomia a beteg kachexiáján már nem segít és ha kiterjedt rákos beszűrődés miatt már g.-ent. sem végezhető, érjük be, ha már operáltunk a próbalaparotomiával.

III. VÉRTER Oszkár. *Fibromyoma néhány érdekesebb példányát mutatja be*, fejlődés szerinti csoportosításban. Egy nagy *interstitialis* fibromát, mely közel 9 kgr. súlyú. Manapság ily nagy fibromák a ritkaságok közé tartoznak, mert az előrehaladottabb technika és ez által elért jobb eredmények a műtételi beavatkozásra való indikációt jelentékenyen kibővítették.

Közel gyermekfejnyi *subserosus* fibromát, mely a fundusból indul ki s alig két ujjnyi kocsánnyal függ össze a méhvel.

Egy *intraligamentosus* vagy *parametralis* fibroma göböt, mely a ligamentum latum lemezeinek szétválasztása után a kötőszövetből kihámozható volt s a melyről természetesen nem dönthető el, vajjon a méhből kivándorolt és lefűződött, avagy a parametralis kötőszövet kötőszöveti elemeiből fejlődött fibroma-e.

Több *submucosus* fibroma példányt, melynek egyikén jól demonstrálható a méhüreg deformációja.

Egy *diffus* alakját az interstitialis fibromának.

Három *cervixfibromát*, melyek egyike kb. emberfej nagyságú, alsó polusával mélyen a kis medenczébe nyomult, felfelé köldököt majdnem elérte, cervix hátsó falából indult ki, mellső ajak egészen vékony, félhold alakú. Tumor tetején kiesiny, rendes nagy, méhtest ül. Abdominalis totalis exstirpációval operáltatott. Egy más cervix-fibroma esetben a méhnyak oldalsó és hátsó falából indul ki a daganat részben kocsányos, több göbű. A retrocervicalis kötőszövetből való kihámozás után supravaginalis amputációval távolított el a daganatos méh. Egy harmadik cervixfibroma esetében a megnyúlt méhnyak hátsó falából subserosusan fejlődött egy kora-gyermekfejnyi fibroma göb, az excavatio rectouterina mellső falát kiboltosítva. Itt is daganat tetején a kis méh. Sagittalis metszéssel a daganat tokjából kihámozott s minthogy a daganat nagy ágyának elvarrá-a nem látszott czélszerűnek, szintén supravaginalis amputatio végeztetett.

Hozzászólások: BÜCHLER Dezső.

Felemlíti, hogy az interstitialis corpusfibromák olyan hűen utánozhatják a terhes méh alakját, hogy még a hasmetszés után láthatóan előttünk fekvő méhről is kétségeink lehetnek e tekintetben. (Különösen ha pl. climacteriumban a vérzés is kimaradt). Ilyenkor a méh színe, consistentiája, esetleg próbapunctió az irányadó. Azonkívül egy esetet említ fel a klinikán fekvő betegről, kinél subserosus

fibroma göb kocsányesavarodással leváltott és a hasfalón keresztül spontán kiürült, mire a hosszú ideig fennálló hőemelkedések teljesen megszűntek.

ÁKONTZ KÁROLY:

A gyógyítás szempontjából fontosnak tartom annak eldöntését, hogy a fibromyomákat teljesen jó, vagy rosszindulatú daganatoknak tekintsük-e? Az újabb irodalomban mind gyakrabban olvasunk méh fibromák rákos, vagy sarcomás elfajulásáról. Az ily eseteket közlő szerzők sürgetik az operációs kezelést. Ezzel szemben, épen legújabbban KRÖSIG, a méhfibromáknak Röntgen-kezelése mellett foglal meglehetősen határozott állást.

Ha azonban a statisztikai adatokat figyelembe vesszük, mely szerint — nem beszélék természetesen az úgynevezett kombinált esetekről, hol a fibroma mellett egyszerre más daganat faj is fejlődik a méh valamelyik részén — akkor WINTER szerint sarcomásan volt elfajulva a subserosus myomáknak körülbelül 2%-a, az interstitiálisoknak 4-5%-a és a submucosus ilyen daganatoknak mindegy 9%-a. Ugyancsak ő myomás méhnek nyálkahártyáján a méhürben 1%-on felül talált rákot. 12 ilyen betege közül csak 8-nál tudta ezt már a műtét előtt kórismézni. E veszélyes elfajulásoknak a korai felismerése nehéz. Rákos elfajulásra jellegzőnek mondott tünetek: bizonyos időben jelentkező ú. n. SIMPSON-féle fájdalmak, vérzések a menopausában közöszülés után. Ezek azonban nem elég megbízhatók. Hasonlóan vagyunk a sarcomás elfajulásra jellegzőnek tartott tünetekkel is, törékeny consistentia, lebenyes alak, oedema az alsó-végtagokban, ictericus szín (VEIT). Ha mindezeket figyelembe vesszük, tekintettel még a műtéti beavatkozás kedvező eredményeire is, akkor részemről is indokoltabbnak tartom a korai műtévest, legalább most, mikor még nem elég biztos alapon áll az elfajulások kórismézése.

SZABÓ DÉNES: A fibromyoma a méhen bár szövettanilag a jó indulatú képletek közé tartozik, szöveti változásaival, lobjaival, a környezetre gyakorolt befolyással stb. annyi bajt okozhat, hogy ma már a műtétel kivételének jobb módzatai mellett, nem indokolt a várakozó álláspont előtérbe toléása. — Ha nem is indokolt minden fibromyomás méhet műtételnek alávetni, mert fibromyomás, mégis a körülmények számba vételével nemcsak meglevő, az egészséget aláásó következményei miatt mint vérzés, bentszorulás a medencében, fogunk a műtételhez, de bizonyos tekintetben megelőzni is akarunk károkat. A fibromyoma a mai gyakorlattal aránylag csekélyebb beavatkozás, különösen kisebb daganatoknál, a daganatok természetét ismerve, ha hasmetszés után jól áttekinthetjük a viszonyokat, a legszükségesebbre is szorítkozhatunk pl. egy nagy göböt kihámozunk és a méh munkaképességét még terhesség szempontjából is megőrizhetjük. Azokat az óriási daganatokat, melyekhez

régebben oly félve fogott a műtő, ma már alig látni, mert korábban kerülnek műtéltre. Kétségtelenül a műtéti technika ma ezekkel szemben is jobban megállja helyét, de természetes a műtétnél a veszedelmessége, azért fokozott marad. A veszedelmet mindenkor növeli, ha a fibromyómban vagy a környezetben előállott szövődmények kényszerítenek a műtéltre. Sajnos nem egyszer volt okom fájlalni, hogy valamely jóindulatú fibromyómát nyugalmi állapotban el nem távolítottak, a midőn lobos, fertőzött, elhaló daganatnál a műtétet kivihetőnek már nem találtam.

A mint a bemutatott daganatok sokfélesége is mutatja, a műtétnél alkalmazkodnia kell az anatómiai viszonyokhoz, bizonyos típus azért mégis fennáll; ha kivihető, úgy legezészerűbb a supravaginalis amputatio. Ma már aránylag nem nagy veszélylyel, különösen a szegényebb nőknek munkabírását adjuk meg, azért szaporodott meg nálunk, a klinikán ezeknek a műtételeknek száma.

VI. szakülés 1911 márczius 11.-én.

Elnök: KLUMÁK ADOLF.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

I. GENERSICH GUSZTÁV bemutatásai. a) *Feltűnően kifejezett kondylomák 3 éves leánygyermeknél.*

Az elég jól fejlett, némileg angolkóros, de feltűnően jó színben levő leánygyermek, bőre és szájnyákhártyája egészen tiszta. Mirigyei nem tapinthatók. Ellenben külső nemi részei egészen tele vannak jól kifejezett babnyi barnás-vöröses papulákkal. A mons pubis alsó része, a nagyajkak, kisajkak s clitoris tája sűrűn egymás mellett álló papulákkal takart, de különálló papulák vannak a mons pubis felsőrészén is s a papulák gyöngysora az inguinalis hajlatig terjed ki. Hátra és lefelé a papulák az egész perineumot ellepik, a bélnyílás is még köröskörül papulákkal takart. A papulák élénken elütnek barnás vöröses színükkal, a környezet különben szép fehér bőrétől. Az ajkak belfelületén a bélnyílás körüli s a perinealis tájon nagyobb területen vannak kifekélyesedve, valamint a czombhajlékban is néhány kifekélyesedett.

A bántalom jól kifejezett és jellegzetes képe a gyermekkorban előforduló syphilis recidivának. A gyermeket 3 hónapos kora óta ismerjük, akkor egészséges volt és dajkaságba adatott. 1910 aug. ban a telep orvos stomatitis ulcerosát konstataált, mely valószínűleg lues volt. A gyermek egészséges, szinte viruló külseje nem árulta el betegségét, más telepre való áthelyezés alkalmával azonban a telep felügyelőnő észrevette a bajt és intézkedett, hogy az intézetbe hozassék.

b) *Balanitis 2 éves fiúcskánál bárány által való megszipás folytán.* K. M. nevű fiúcskát egy közeli faluról azzal hozták be 1910 III./11.-én a gyermek ambulatoriumra, hogy 10 nappal ezelőtt himtagját egy kis bárány megszipta. Eleinte nem láttak a gyermekén semmi változást, de 3 nap előtt a praeputium megdúzzadt s nyílásából sárgás folyadék jött ki. A hímvessző végének bőre mérsékelt dűzzadt, piros s némileg érzékeny. A praeputium szűk nyílása dűzzadt, belőle önként is némi sárgás fehéres, részben sávos, részben túros váladék szivárog ki, nyomásra ennek mennyisége szaporodik. A húgycsővet végig nyomva, több váladék jön ki. A váladék góreső alatt sejt-szegénynek mutatkozik, fehér vérsajt elég van, néhány laphám mellett detritusok, coccusok és gonococcus nem voltak, ellenben néhány hosszúkás pálczika alakú bacillus. A hímvessző bőrén semmi rágási nyom nem látható, mely a bárány által okozott szopási insultust egyenesen bizonyítaná. A szülők azonban állítják, hogy a hímvesszőnek bárány által való megszipását nem gondolták ki s nem kombinálják utólag, mert saját szemükkal látták, hogy a bárány mit csinált a fiúval és a gyuladást azt követőleg látták kifejlődni. A bántalmat góresői lelete szerint egyszerű balanitisnek kell tartanunk, melynek okául a bárány által való megszipás szolgálhat, mely egyrészről traumát képvisel, másrészről infectiót is vihetett át.

c) *Gonorrhoeás fertőzés intézeti csecsemőknél.* (Lásd Értesítő 46—69. l.)

II. HANASIEWICZ OSZKÁR ezredorvos. *A koponyaboltozat törés egy esetéről.* Beteg bemutatásom alapjául szolgáló eset magában véve még nem indokolná annak közlését, mert hasonló esetek gyakran fordulnak elő a praxisban s casuistikailag is bizonyára ki vannak merítve, mégis nem tartom egészen feleslegesnek publicálni, mert azon sérülések közé tartozik, melyek mindjárt eleitől fogva legnagyobb figyelmünket igénylik.

A koponyatörések már a laikusoknál is rossz hírben állanak, mert kimenetelük sokszor végzetes szokott lenni. Ennek oka pedig legtöbbször abban keresendő, hogy a koponyatörés nem ismertetett fel elég korán.

Hogy itt részben az orvos részéről is történnek sajnálatos félreismerések, azt törvényszéki orvosi vizsgálatok eléggé bizonyítják. Legyen szabad idevonatkozólag KENYERES professornak érdekes, ez irányú bemutatásaira s előadására hivatkoznom.

Nehogy tehát a koponyatörés félreismerésének hibájába essünk, igyekeznünk kell még a legjelentéktelenebbnek látszó fejsérülésnél is alapos anamnesist felvenni.

Az anamnesis, mely esetleg a sérülést okozó tárgyak beható megfigyelése által lesz kiegészítve, igen becses következtetéseket enged vonni a sérülés súlyossága s kiterjedése fokára nézve.

Tüzetes helyi vizsgálattal első sorban megállapítjuk, vajjon boltozat vagy agyalapi törés van jelen?

Jelen esetben csak az előbbiekre akarunk rátérni.

A törés kórismézésénél itt is az általános törési tünetekhez fogjuk magunkat tartani.

Ezek tudvalevőleg a törvégek rendellenes elhelyezkedése és mozgathatósága, törés helyén való fájdalommasság, vérzés. E tünetek azonban itt gyakran cserben hagynak. A törvégek rendellenes elhelyezkedése: dislocatio, koponyatöréseknél leggyakrabban a koponya felszínén mutatkozó és tapintható depressio (besüppedés) alakjában jelentkezik, a rendellenes mozgathatóság pedig abban nyilvánul, hogy a besüppedési tölcseért alkotó csontszilánkok elasticusan benyomhatók.

A depressio TILMANN szerint azonban nem mindig könnyen felismerhető: „a fejhaematoma besüppedt puha közepével a sáncz-alakúlag kiemelkedő környi részletével — impressióval való összetévesztésre ad alkalmat, így tovább syphil. necrosisok, fejlődési rendellenességek a koponyán, Worm-féle csontok — előbb szerzett régi traumatikus depressiók mind megannyi tévedések kútforrásai lehetnek. Így pl. QUERVAIN felemlít egy esetet, midőn egy orvos a magasból lezuhant munkás fejbőrét készült felvágni keresztmetszéssel, egy talált depressio felett, a sérült azonban ájulásából felébredve, azzal a kijelentéssel tiltakozott a beavatkozás ellen, hogy a depressiója még „a gyermekkorból származik“.

E kitérés után esetem története a következő:

„Szabó Miklós 23 éves katona, f. év januárius 8.-án este rá féltékenykedő bajtársától hátulról súlyos ütest kapott. A tettes a merényletnél a következőleg járt el: Oldalfegyverét a derékszíjjal lecsatolva, azt nagy erővel a sérült fejére suhintotta s homlokesontját éppen a bajonet fokával érte. Az ütés oly nagy erővel történt, hogy a tábori sapka szövete a keményalapon a csont felett félhold alakúlag (berepedt) meghasadt.

A sérült erős szédülést érzett, kerítéshez kapaszkodott, nehogy összeessék. Öntudatát nem vesztette el. Sebét a mentők kötözték be s a csapatkórházba szállították. Szállítás alatt többször hányt. 9.-én jelen állapot a következő volt: hőmérsék normalis, érverés 60 nem feszes, szabályos. Közérzet szédülések által zavarva. A homlok-táj középvonalában a hajzat határain egy szabálytalan négyszögletű besüppedés látszik a csont felszínén, a besüppedés alsó jobb zúgában a lágyrészek kb. fillérnyi területen össze vannak zúzva, innen ferdén fel és jobbra, illetve lefelé s balra két, kb. 2 cm. hosszú folytonosság megszakítások indulnak ki. Sérült nincs tudatában súlyos sérülésének s saját lábán jött le az emeletről.

A szokásos előkészítés után, elaltattuk. A már meglevő lágy-

rész repedések meghosszabbítása és egy segély metszéssel lebenyt képeztünk, melyet felpraeparáltunk. A homlokcsont külső lemeze kb. korona nagyságban látszott kitörve s többszörösen összeropesztva, a szilánkok meglehetősen mélyen voltak benyomva. Sondával, elevatoriummal nem lehetett a csontdarabkák alá kerülni s emiatt vésővel két oldalon a rést tágitanom kellett. Most elevatorium és makfogó segélyével vízszintes irányban történt óvatos húzással eltávolítottam a legnagyobb darabot. A többi 6 csontdarab részben a szélek alatt volt elrejtve. A dura egy helyen csontszilánk által megvolt sértve. Az ezáltal fennálló vérzés alákötésre megszűnt. A tabula interna sokkal nagyobb kiterjedésben volt kitörve, itt a hiány kb. ezüzt forintnyi. A csontszélek simítása után a durára 3 drb. Collargol-tablettát téve, a sebzúgba egy gazeccsikot vezetve, a sebet összevarrtam.

A 7 csontszilánkot syndetikonnal egy darabba lehetett összerakni, melynek méretei a következők: Külső felületen átmérő 22—24 mm. a belső felületen 30—35 mm.

A körlefolvás láztalan volt. Mint egyedüli érdekesség fölemlíthető, hogy a betegnek 10 napon át feltűnő kevés pulsusa volt 48—52. Normalis pulsus frequentiaját csak febr. 8.-án érte el.

Továbbá az első hetekben folytonos fülzúgásról panaszkodott, a mit talán labyrinthus rázkódtatásból magyarázhatnánk. A seb gyógyulása zavartalan volt, februárius 25.-én a beteg teljesen meggyógyult. A heg közepén behúzódott, ujjbegyet befogad. A csont-hiány nem látszik oly nagynak a megtapintásnál. A heg a betegnek nem okoz semmiféle kellemetlenséget. A beteg a felülvizsgálatnál mint fegyveres szolgálatra ez idő szerint alkalmatlannak lett minősítve. A tettes pedig két évi börtönnel lett sújtva.

Minthogy jelen esetben nyílt koponya csonttöréssel volt dolgunk, az infectio lehetőségével kellett számolnunk s így azonnal beavatkoztunk, egyrészt, hogy az infectiónak útját vágjuk, másrészt, hogy a szabad szilánkokat eltávolítsuk. — Mig zárt koponyatöréseknél többnyire várakozó álláspontra helyezkedhetünk, addig nyílt töréseknél erőlesebben kell eljárunk.

ALBERT nyílt koponyatöréseknél, melyek nem nagy szilánkképződéssel járnak, az összes mozgatható szilánkok eltávolítását ajánlja, kiterjedt koponya csonttörésnél nagy szilánkképződéssel csak egyes szabad szilánkok eltávolítását ajánlja, sőt ebben az esetben a depressiót sem szünteti meg.

ALBERT e tekintetben egészen BERGMANN nézetén van, ki azt állítja, „minél kiterjedtebb a törés, annál kevesebbet szabad kiemelni, lecsipni és simítani.“ Nagy törvégek (csontszilánkok) eltávolítása után hiányok keletkeznek, melyeket ismét művi beavatkozással kellene fedni, ezért újabban csak a szilánkok emelése és újból való reponálására szorítkoztak.

Esetünkben sajnos, nem gondolhattunk ezen egyszerű eljárás alkalmazására, mert a szilánkképződés nagyfokú volt, továbbá a seb sem látszott tisztának.

Traumatikus koponyadefectusok elsődleges fedését a sebből eltávolított és megtisztított csontdarabokkal legelőször MACCVEN ajánlotta 1888-ban. Eljárását „Csont autoplasztikának” nevezték. — BRENTANO e methodust 5 esetben próbálta ki és pedig 3-szor erősen elpiszkított sebeknél, midőn is a csontdarabkákat a replantatio előtt 1‰ sublimat oldatban desinfiálta és azután phys. konyhasó-oldatban kimosta. Nagyobb számú sikeres esetről BUNGE és STIEDA számolnak be. Ha a szilánkok igen piszkosak voltak, akkor kifőzték őket és csak másodlagosan tették be a sebbe, mikor az is már kitisztult. Ha az az első 48 órában történt, akkor a csontdarabok odagyógyultak, későbbi replantatióknál a szilánkok felszívódtak.

Igen fontos, hogy az egyes darabkák úgy a durával, mint maguk között is *szoros érintkezésbe* lépjenek, azaz az egész seb felület mozaikszerűleg összetett, a *sebszéleket is érintő* csontdarabokkal legyen, mintegy kitapacsirozva. Kíváncos még továbbá az is, hogy a seb a replantatio előtt teljesen száraz legyen.”

Esetünkben nem járhattunk volna el e pontos utasítás szerint, mert még úgy is elég nehezen sikerült a csontdarabkákat mozaikszerűleg összerakni és abban a helyzetben rögzíteni. Esetleg csupán a legnagyobb csontdarabkát replantálni, talán szintén illusorikus lett volna, mert a kíváncos széli érintkezés hiányzott. Ezek miatt eltekintettünk a csontautoplasztika alkalmazásától.

Ha azonban a heg a betegnek kellemetlenségeket csinálna, a vagy cosmetikai szempontok mérülnének fel, akkor a heteroplastikai eljárásra határozniuk el leginkább magunkat. Anyagul a celluloidot választanánk.

A celluloid heteroplasztika eredményei igen jók, így HERTLE statistikája szerint az esetek 75%-nál teljes eredmény állott be.

VII. szakülés 1911 márczius 18 -án.

Elnök: PURJESZ ZSIGMOND.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

I. STEINER PÁL: *A nyílt, áthatoló hasüri sérülésekről.* (Beteg bemutatással.) 19 éves férfibeteget mutat be, kit egyik környéki faluban, f. évi februárius 5.-én esti 11 órakor két helyen hasba szúrtak, az alsó seben belei előestek, ezeket az orvos helyretette és a bőrt felette lazán egyesítette. A beteget februárius 6.-án déli 12 órakor szállítják be a klinikára.

A beteg kötése erősen átvérzett s minthogy a hasüri sérülés

bizonyos, rögtön narcosis. *Sérülések*: 1. a balbordaív alatt azzal párhuzamosan futó, kb. 10 cm. h. sebzés a bőrön, egyenes hasizom és hashártyán át. Gyermektenyéryní cseplesz prolapsus. 2. a bal hasfélén a köldök alatt s attól kifelé két harántujjnyira kezdődik egy ferdén lefelé futó sebzés, mely a Poupart-szálag külső harmadánál a Poupart-szálagot is átmetszi; a sebzés az izmon, hashártyán áthatol, csomós laza selyemvarratokkal a bőr egyesítve van, a tátongó varratok közt szennyes vékony bél és cseplesz tűnik elő. — A bőr száraz megtisztítása jodbenzinnel és jodtincturával. — *Műtét*: (MAKARA tanár). A 2. sz. sebzés varratainak eltávolítása után gyermekfőnyi vékonybél tömeg esik elő szennyes fibrinosus lepedékes serosával. E belek bőséges lemosása után sterilis konyhasóoldattal, kiderül, hogy a vastagbélben és egy vékonybélkacson 2 cm.-nyi serosarepedés van, melyet katgutttal egyesítünk; a szennyes csepleszrészrt resekáljuk. A sérülés a bal m. ileo-psoas is érte, de a csipőereket megkímélte. A Poupart-szálag és az izomzat varrása. Drainezés. Az 1. sz. sérülés ellátása, az előesett cseplesz resectiója, réteges hasfalvarrás.

Kórlefolyás: A műtétet követő napon a beteg hőmérséke 39.2° C., pulsusa 140 üres, ezen rossz általános statusnak nem felelt meg a hasnak aránylagos behúzódot, kevésbé érzékeny volta. A 2. napon a pulsus teltebb lesz, 108 perczenként, csőrére széke volt s a javulás állandó volt s jelenleg a beteget gyógyultan mutatja be.

Az esetnek érdekessége abban van, hogy ilyen mélyreható, az ileo-psoas izmot is áthatoló sérülése mellett sem a belek, sem a csipőerek nem sérültek; továbbá, hogy a sérülés elszenvedése után 11 órával végzett műtét kezdődő hashártyalob mellett is eredményes volt, hogy a szervezet képes volt megküzdeni a hasürbe jutott baktériumokkal, melynek kifejezője volt a műtétet követő napon észlelt magas láz és pulusszám. Czélszerűnek bizonyult ez esetben is a száraz előkészítés és az előesett beleknek bőséges lemosása a visszahelyezés előtt. A sérülés után előhívott orvos helyesen járt el, mikor az előesett beleket reponálta, hogy felette ideiglenes varrást alkalmazott, bár azt precízebben kellett volna egyesíteni, helyesen járt el, hogy végleges ellátás végett a kórházba utalta.

Ezen eset kapcsán előadó összefoglalja a klinikán az utolsó 5 évben észlelt nyílt áthatoló hasüri sérüléseket, összesen 48 esetet, ezek közül szűrő, metsző eszközzel, állati szarvval, felnyársolás útján 34, lövésí sérülés útján 14 eset került észlelésre. A szűrési 34 sérülés közül a hasürnek megnyitásával bélsérülés nélkül 26 eset, bélsérüléssel 8 eset szerepel. Áthatoló volt a bélsérülés 6 esetben, csak a savós hártýára szorítkozott 2 esetben. Az áthatoló

bélsérülés 2 esetben a vastagbélben volt; az áthatoló bélsérülések már kifejezett hashártyalobbal kerültek észlelésre s mind a 6 halálos kimenetelű volt. A 2 csak a serosára szorítókozó sérülés meggyógyult. A bélsérülés nélküli 26 eset közül 5 eset halt meg, 21 meggyógyult. Az 5 halálos eset közül 3 már kifejezett peritonocitissel került műtetre, a másik 2 halálos esetet is 26—30 órával kaptuk a sérülés után. Feltűnő eseteinkben, hogy eseteink 76,5%-a bélsérülés nélküli volt és csak 23,5%-a járt bélsérüléssel. Míg a bélsérüléssel nem járó eseteinknek 81%-a meggyógyult, addig a bélsérüléssel járó eseteink mind halálosak voltak, mert a sérülés után későn, már kifejlődött hashártyalobbal kerültek műtetre.

A 14 lövési sérülés közül kizárólag a gyomor mellső falán ült a sérülés 2, a gyomor mellső és hátsó falán 5 esetben; a gyomron kívül a pankreas is sérült 1 esetben, a tüdő és a lép is 1 esetben. A haránt vastagbél mellső és hátsófalán ült a sérülés 1 esetben. A kizárólagos 7 gyomorsérülés közül gyógyult 5, meghalt 2; a pankreassérüléssel szövődött eset halálos volt, a tüdő és lép-sérüléssel meggyógyult. A haránt vastagbél sérülése gyógyult. 2 esetben májsérülés volt jelen, gyógyultak; 1 esetben áthatoló hasi lövés mellett minden sérült hasi szerv, ez eset is gyógyult.

Elvünk áthatoló hasi sérülés esetén minden esetben az azonnali műtét s itt a béke és a háború tapasztalása nem vág egybe. Az utolsó afrikai és japán-orosz háborúban jobb eredményt adtak a nem operált esetek, de ennek oka a hosszas szállításban, a késői műtétsben és a rossz hygienás viszonyokban keresendő. Helyesen mondja ÖRTINGEN, hogy a háborúban hasi lövésnél a laparotomia elméletileg helyes, a békében gyakorlatilag indikált. A gyakorló orvos feladata nem lehet hasi sérülésnél a laparotomia, de kötelessége gondoskodni arról, hogy a beteg jól felszerelt kórházba kerüljön, ne bizzék abban, hogy a bél sérülését a sokat említett bouton muqueus (Reclus) elzárja. Ha a betegnek már kifejezett hashártyalobja van, a szállítás többet árt mint használ, miként ezt a mi eseteinkben is tapasztaltuk, a hol a bélsérülés okozta hashártyalob eseteink közül egyet sem sikerült megmenteni.

Kiemelendőnek tartom, hogy a friss gyomorlövés esetekben a hasürben levő gyomortartalmat mindig száraz kitörléssel távolítottuk el, hogy a hasürt nem öblítjük, a hasfalat teljesen rekonstruáljuk, a hasüroget rendszeren REHN szerint 2 oldalt draineztük, a betegeket FOWLER féle ülőhelyzetbe hoztuk s jó eredményt láttunk szivgyengesség esetében a KATZENSTERN-féle rectalis konyhasós infúsióktól és az intravenás adrenalin befecskendezéstől.

II. DEÁK ISTVÁN bemutatása: Egy 11 éves gyermeket, a múlt év nov. 10.-én atyja azzal hozott be a klinikára, hogy két hét előtt egy tauóra alatt hirtelen nagy főfájás, szédülés lépett föl nála, úgy,

hogy nem volt képes tanításon maradni s midőn e miatt tanára szobájába küldötte, felgyújtotta a szobája butorzatát. Ez a két hét alatt még két ízben ismétlődött. A rohammentes időközökben egészen jól érzi magát a gyerek; a rohamai alatt elkövetett dolgokra nem emlékszik.

A gyerek nagyon terhelt családból származik. Az elődök között több alcoholistát, sőt elmebeteget is találunk. — Nagyobb betegséget sohasem állott ki. Kisebb korában enuresis nocturnában szenvedett. Két év előtt nagy főfájásai, szédülései voltak, a melyek azonban ascarisok eltávolítása után megszűntek. Azóta jól érezte magát, egészen a múlt év okt. végéig, jól tanult, ekkor azonban fellépett nála a fönnebb említett állapot.

A gyerek korához képest elég jól fejlett, nála a vizsgálat alkalmával anaemián, kiskokú strabismuson, s myopián kívül más feltűnőbb eltérést nem találtunk, sem a test, sem a psyche részéről.

Mi kezdetben pontosabb anamnesis hiányában epilepsiára gondoltunk, annyiival is inkább, mert behozatala után sikerült nála epileptiformis göresöket észlelnünk, ezért EHRLÉNMYER f. bromkeveréket s sótalán diatétát kapott. Azonban már pár napig tartó brom adagolás után feltűnt, hogy a rohamok daczára a bromnak s sótalán diatétának, nem hogy kevesbbedtek volna, hanem még sűrűbben jelentkeztek, úgy, hogy naponta 2—3 epileptiformis rohama is volt. Egy reggel pedig jelentették, hogy a gyerek a szobában a pirosra festett bútordarabokat nézegeti, a kezébe kerülő gyufához hasonló fadarabkákat igyekezik surolás által meggyújtani. Bemenvé az osztályra láttuk, hogy a gyerek nyitott szemmel járkal a szobában, a piros színű bútordarabokat nézegeti, azokat ujjával megérinti, majd hirtelen visszakapja ujjait s boldogan mondja: „No már ez is ég”. Ha gyufát adtunk a kezébe, azt rögtön meggyújtotta s igyekezett azzal a szobában lévő bútordarabokat is meggyújtani. Ha gyufához hasonló fadarabkát talált, azt szintén igyekezett surolás által meggyújtani. Ha a villanylámpát felgyújtottuk, futott feléje, gyönyörködött benne, ha magasra helyeztük a villanykörtét, keresett oly bútordarabot, a melyre fölállva, egészen közelről gyönyörködhetett az égő villanylámpában. Ha eloltottuk, igyekezett gyufával meggyújtani a villanykörtét.

Ez az állapot kb. $\frac{1}{2}$ óra hosszáig tartott, ez idő alatt kérdésekre nem reagált, figyelmét csakis a tűz s az illusio folytán tűznek képzelt piros színű tárgyak kötötték le. Pupillái ez idő alatt bár renyhébben, de reagáltak. Inreflexek fokozottak voltak. Ezután lefeküdt aludni (grand mal) s kb. 5—6 óra hosszáig aludt, a melyből fölébredve, teljes amnesia állott fenn a rohama alatt vele s körülötte történt dolgokra.

Ekkor — mivel megtudtuk atyjától, hogy már két év előtt.

voltak főfájásai, szédülései a gyerekeknek, a melyek ascarisok távozása után megszűntek —, s mivel a rohamok brom adagolás után nem hogy kevesbbedtek volna, hanem még szaporodtak — ascarisok jelenlétére gondoltunk s ezért nála megpróbáltunk santonin — calomel-t adni. Ekkor két ascaris távozott tőle, a rohamok pedig teljesen kimaradtak 8 hétig. Ekkor azonban újból a fennebbihez teljesen hasonló állapot lépett föl epileptiformis göresökkel, a miért újból santonin-calomel kapott a mire ismét két ascaris távozott. Azóta 7–8 hét telt el, a gyerek egészen jól érzi magát. Étvágya jó. Közérzete állandóan kellemes.

Jelen esetben tehát — mint az eredmény mutatja — ascarisok okoztak epileptiformis göresök mellett vigilambulismust. Hogy az ascarisok által okozott göresök brom adagolásra nem szűnnek, sőt sűrűbben jelentkeznek, azt már FERGUSAN is észlelte az ő eseteiben.

Az esetet azért bátorkodtam bemutatni, mert sehol sem találunk az irodalomban oly esetet, a hol az ascarisok az epileptiformis göresök mellett automaticus cselekvéseket, még kevésbbé, hogy pyromaniát is okoztak volna.

III. VIDA KOVICH KAMILL bemutatása:

1. *Egyenes hasizom szakadásának esete.* 24 éves vasuti éjjeli őrt mutat be, ki tolatás közben két vasuti kocsit ütközője közé került, melyek jobb alkarját teljesen összezúzták, mellkasát pedig összenyomták. A szerencsétlenség után azt vette észre, hogy gyomorgödrében „sérve” keletkezett. A vizsgálat alatt kiderült, hogy míg jobb oldalt a köldök és bordái között az egyenes hasizom helyén a hasfal merev, kemény tapintatú, addig ennek megfelelően bal oldalt a hasfal, puha petyhüdt, a hasprés működése alkalmával férfi ökölnyi előboltosulást mutat; a hasfal ellazulásánál pedig a kéz ellentállás nélkül mélyen a bordák alá vezethető. Az elmondottak alapján nyilván a b. o. egyenes hasizom szakadásával állunk szemben. Az esettel kapcsolatosan előadó az izomszakadások keletkezéséről és jelentőségéről értekezik. A kórházban létele alatt az eset oly fokú javulást mutat már is, hogy műtéti beavatkozást nem fog igényelni.

Az eset az arczon, nyakon de főleg a szem kötőhártyáinak vérzései miatt is figyelemre méltó, melyek a bemutatás alkalmával intenzitásukból már igen sokat veszítettek, de melyek közvetlenül a szerencsétlenség után oly küllemet kölcsönöztek a betegnek, mintha a legnagyobb fokú cyanosisban szenvedne. Ezen vérzések előadó szerint a mellkasnak hirtelen nagyfokban történt összenyomtatása, illetve a vérnek a központból a periferia felé történt hirtelen kiszorítása által jöttek létre, különösen ott, hol a finomabb erek laza szövetekben futván, kellő támasz nélkül nem tudván ellentállani a fokozott belső nyomásnak, megrepedtek. Hasonló vérzések elő-

fordulhatnak a mellkas és a has belső nyomásának nagyfokú és hirtelen emelkedéseinél továbbá elgázolás, akasztás és fulladásnál is.

2. *Észleletek az antimeristem (Schmidt) alkalmazásáról.* (Lásd Értesítő 70—76 l.)

Hozzászólás: MAKARA LAJOS

Az antimeristemmel való kísérletezésre az indított bennünket, hogy az inoperabilis rákbetegek kezelésére ajánlott módszerrel személyes kísérleteink alapján ismerkedjünk meg; mert ezen szerencsétlen betegek szomorú sorsa kötelességünkkel teszi megpróbálni mindent, a mi halvány reménnyel is kecsesget. A halálra ítélt rákbeteg nem nyugszik bele az orvostudomány tehetetlenségébe, kapaszkodik, mint a vízbefuló a szalmaszál után is. Ha tehát mi orvosok nem nyújtunk neki reményt, esetleg könnyebbedést, úgy a kuruzslók kezébe esik.

Az antimeristem úgy látszik, hat a rákos szövetekre, ha nem is gyógyítólag, de tán a növekedést gátlólag s ez is valami. JENSEN ugyan a Deutsche med. Wochenschrift 1910 16. sz.-ban gyógyult nyelvrák esetéről számol be, de javulást többen észleltek (SCHULHOF). Az ellenkező tapasztalatok (TURCSÁNYI) is a szer hatásáról tanuskodnak csak úgy, mint a tuberculin kezelés balsikerei.

A mi csekély tapasztalatunk végleges ítélet mondásra nem alkalmas, de a bemutatott betegnél 5 hónapi kezelés alatt a rákos-fekély nem nőtt, sőt megtisztult, a szájjár jelentékenyen javult, a helybeli fájdalmak kevesebbedtek, a beteg általános erőállapota javult. Mindez indokoltta teszi az ez irányú kísérletek folytatását.