

## Jegyzőkönyvek

az „Erdélyi Múzeum-Egyesület“ orvostudományi szakosztályának szaküléseiről.

VIII. szakülés 1911 április 1.-én.

Elnökök: PURJESZ ZSIGMOND.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

I. HIRSCH HUGÓ 50 éves egyénben kifejlődött enormis nagyságot elért *sarkomát* mutat be MAKARA tanár klinikájáról. A daganat a bal *czomb adductor* izomesoportjából indul ki, kerülete a *czombbal* együtt 97 cm., hosszátmérője 28 cm., súlya 10 klg. A daganat kiirtásának technikájával foglalkozva részletesebben kiterjeszkedik a MOMBURG féle vértelenítési eljárásra. A különbség e közt és a régi pelottás aortacompressiók eljárások (BRANDIS, PANCOAST, ESMARCH) közt egyrészt az, hogy a MOMBURG-féle eljárásnak a nyomás elosztásával az egész hasfalkerületre a zúzó hatása csökkent, viszont magasabban (a bordaív niveaujában) nyomván le az aortát, esetleg vele együtt a már elágazott *arteria mesenterica superior*ot, oly nagy vérterületet iktat ki a vérpályából, hogy a vérkeringésre való hatása nagyobb a régi eljárásokénál. Ezért oly egyéneknél, kiknek szívizomzata beteg, vagy kiknek szive csak tartalékeréjének igénybevételével képes a keringést jól fentartani, alkalmazása nem ajánlatos.

*Hozzászól:* ÁKONTZ KÁROLY.

II. GYÉRGYAI ÁRPÁD bemutat 23 éves férfibeteget, kinél a jobb hátsó rostsejtekből, vagy az iksont és rostasejt érintkezési helyéről kiinduló nagy fibroma van jelen, igen nagy exophthalmussal. A fibroma a rostasejt labyrinth minden irányba, a koponyaüreg felé is igen kitágította és a jobb iksontüregbe, álcsontüregbe és részben a homloküregbe is betejedt. A betegség 4 év előtt kezdődött; 2 $\frac{1}{4}$  év előtt készített RÖNNGEN-kép csak a hátsó rostasejtek táján, a most készült az említett kiterjedésben sugarakat átbocsátó kerek területet mutat.

III. GYÉRGYAI ÁRPÁD 19 éves nőbeteget mutat be, kit 2 $\frac{1}{2}$  hó előtt közvetlen közelből az álla alatt meglöttek, azóta a jobb füle

zúg, szeme elődülledt (exophthalmus) és visszeres vérbőséget mutat, a jobb szem mozgásában minden irányban kissé elmarad a baltól. GYERGYAI által felfedezett direct epipharyngoskopiával vizsgálva, a jobb ROSENMÜLLER-féle árok tetőzetének mellső részén kiemelkedés látszik.

GYERGYAI a fülkürtbe fémsondát vezetett be az isthmusig és így készített két irányból RÖNTGEN-képet, a melynek segítségével meg tudta határozni pontosan, hogy a golyó helyzete a foramen lacerum anterius-ban a carotis interna mellett és a sinus cavernosus alatt foglal helyet. Az említett helyre villanycsengettyűvel összekötött, egymástól izolált kettős tűt szúrt be, a melynek a golyóval való érintkezését az áram záródásával a csengettyű megszólalása mutatta.

IV. BÜCHLER DEZSŐ: *Portio tuberculosis* esetének bemutatása. 22 éves O. P.-nál talált portio tuberculosis esetét mutatja be. Kiemeli a histológiai vizsgálat fontosságát, a jelen esetben is csupán ennek segítségével sikerült a portión talált ulcus suspectumnak tuberculo-ticus természetét eldönteni. Általában a portio és cervix gümős megbetegedését a klinikai képből — mint bemutató megjegyzi — felismerni igen nehéz és csak kivételes esetekben sikerült, részint mert igen ritkán fordul elő, részint mivel különösen kezdeti szakban semmi jellegző különbséget sem lehet tükörben látni, pld. lobos polypusos ectropium, erosio és tbc. között.

A jelen esetben is — mint microphotogrammokkal igazolja — a tbc.-tól eltekintve a portión levő erosiót találjuk; a jellegző sajátos hámburjánzással és hámosodási zavarral (felszínen levő laphám cylinderhámossal szegélyezett mirigyacinusok beszájadzásai által van megszakítva), több helyütt hámbiánynyal a kórszöveti metszetben, mint elsősorban feltűnő képet, ezen felül azonban látható a mirigyacinusok között szétszórta, vagy több helyütt összefolyóan a típusos gümők csoportja épp úgy a felszínen, mint mélyben, az izomszövet majdnem teljesen hiányzik. Elég sok óriás sejt, azonban a bacillusfestés nem járt pozitív eredménnyel.

A gyógyeljárás magas collum amputatióból állott. Metszés mindenütt ép szövetben történt, a mit az innen készített szövettani metszetekkel is igazolt. Reactionentes p. p. egyesülése a csontknak.

Bemutató SIMMONDS statisztikája nyomán felemlíti, hogy a gümőkór 6000 nő hullán végzett sectionál az esetek  $1\frac{1}{3}\%$ -ában csinált a genitáliában elváltozásokat, továbbá, hogy a gümőkórra a genitáliakon első sorban praedilectionalis hely a tubák, erre több statisztikai adatot közöl, többek között SZABÓ DÉNES professor klinikájáról is, hol 117 laparotomiára (53 adnexotomia) 2 tuba tbc. esett.

Ismerteti, hogy HEGAR nyomán az ascendáló és descendáló

alakot különböztetjük meg, az esetek túlnyomó többségében az utóbbi szerepel és majdnem mindig secundaer megbetegedés eredménye. Még ma is sokan tagadják a primaer genitaltuberculosis lehetőségét.

COHNHEIM, majd HEGAR igyekeztek azt bebizonyítani és jelenleg a legtöbb szerző akként fogja föl, hogy bár feltétlenül a leggyakoribb mód a secundaer megbetegedési typus, a primaer fertőzés lehetőségét sem lehet kizárni; számos meggyőző argumentum és bizonyító erővel bíró eset közöltetett erre az irodalomban. Többek között DERVILLE és mások a spermában kimutatták a gümöbacillust. SCHUCHARDT férfihúgycső gonorrhoeás váladékában 2-szer, MENGE látal közölt cohabitatiós tbc. infectio esete stb.

A primaer tuberculosis leggyakoribb keletkezési módja a coitusnál történő fertőzésben van megadva, de történhetik eszközökkel, műszerekkel, szennyezett ujjal is.

A bemutatott esetben a férj vizsgálata is megtörtént, ilyen irányban azonban gümőkört bizonyító adat nála nem találtatott és bár a fertőzésre megadott alkalom nem ismeretes, inkább tartja valószínűnek a primaer fertőzést és portio primaer megbetegedését, a mire, bár ez olyan felette ritka, éppen a jelenlevő erosio adhatta meg a megtelepülésre kedvező alkalmat.

Bár nem tartja értékelendőnek, de felemlíti, hogy a műtét után 3 hétre végzett PIQUET reactio gyengébb volt, mint a műtét utáni közvetlen napokban végzett.

Bimanualis vizsgálatnál uterus és függelékek, környezet részéről semmi eltérés nem találtatott; később, műtét utáni három hét múlva a douglasban néhány apró, alig borsónyi mirigy benyomását tevő güb volt érezhető. Hereditarius terheltség a betegnél nem volt, semmi erre vonatkozó anamnestikai adat nincs, a szervezet általános vizsgálatánál sehol gümős megbetegedés jele nem találtatott, bár a különben elég jól fejlett testalkatnál kissé laposdad mellkas és némileg beesett supraclavicularis árkok és a csúcsok felett valami kevéssé érdeesebb sejtes légzés a gyanút nem oszlatthatják el tökéletesen.

A későbbi észlelések eredményét is mindenesetre értékesnek tartja arra vonatkozóan, hogy a primaer fertőzés felvett eshetőségét megerősítsék.

V. PURJESZ BÉLA előadása: *A lobos és nem lobos folyadékgyülemek mai differentialis kórisméjéről.* (L. Értesítő 105—122. l.)

Hozzászól: BUDAY KÁLMÁN.

## IX. szakülés 1911 április 8.-án.

Elnök: DAVIDA LEO.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

I. BLAZSEK EMILIA: Az ovarialis cysták két érdekesebb complicatiójával társult esetét lesznek bátor bemutatni.

1-ső eset. 55 éves nő III. 18.-án jelentkezik az ambulantián. 2 $\frac{1}{2}$  év óta klimakteriumban van. Panaszát képezi, hogy  $\frac{1}{2}$  év óta nő a hasa, ugyanezen idő óta méhe is előesik. Hasvizsgálatokor a szabad hasvízkór physikalis tüneteit kaptuk, helyzetváltoztatásnál a megfelelő tomputatváltozásokkal, ellenben tumort mélyebb betapintásnál sem sikerült kimutatni. A beteget belgyógyászatra útasítottuk a hasvízkór okának megállapítása céljából. Belgyógyászatról azzal a küldték vissza a beteget, hogy szabad hasvízkórt nem találnak s a betegnek mindenek szerint cysta ovarija van. Tüdők, szív, vese részéről lényegesebb eltérés nincs.

Has pontos vizsgálatánál a következő statust kaptuk: has egyenletesen előredomborodó, mérsékelten lóg, kidomborodó köldök, hason vivőerek rajzolata. Haskerület 106 cm. Köldök alatt közel tenyérsnyi terjedelemben és fölötte éles dobos kopogtatási hang, hasonló a bal ágyéktájon, míg jobboldalt tompa, baloldalra fektetve a beteget, jobboldalt éles dobos lesz a kopogtatási hang.

Mivel a betegnek légzési nehézségei is voltak, műtétre határoztuk el magunkat. A műtétet III. 21.-én lumbal analgesiában végezte SZABÓ professor. Hasmetszés a köldök és symphysis között a peritoneumig. Peritoneum kékesen áttűnő, mintha folyadék volna mögötte, punctióra azonban folyadék nem ürül. Peritoneum megnyitása után bőven ürül barnás kocsonyaszerű tömeg, melyet részben nyomással, részben kézzel távolítunk el a belek közül mintegy 9 klg.-nyi mennyiségben. Peritoneum megvastagodott, belövelt. Baloldalt az adnexumokkal összefüggésben találjuk a megpukkadott és zsugorodott cysta falát. Mindkét oldali adnexumokat eltávolítjuk, jobb ovarium sorvadtt, tuba elzárt. Réteges hasfalvarrat. Haseb per primam gyógyult, a beteg jól van. A cysta falából készített szövettani metszet a kystadenoma papilliferum simplex képét adja.

Az esetet főleg a diagnosis nehézsége miatt tartottuk bemutatásra érdemesnek; a diagnosis nehézségeit ugyanis itt az a körülmény okozta, hogy bár a folyadék szabadon volt a hasüregben, de consistentiájánál fogva helyét nem változtatta oly promptúl, mint hasvízkórnál. A tömöttebb cystatartalom vizsgálat közben esetleg nem engedte a beleknek felszínre jutását s így a kopogtatási viszonyok nem voltak oly egyértelműek, mint hígan folyó ascitikus folyadéknál az lenni szokott.

2-ik eset. 43 éves nő 6-szor szült, utolsó szülés 6 hét előtt, szülés rendes lefolyású, azóta székelése renyhe és nagyon fájdalmas. Alhasi fájdalmai vannak, lázas, erősen legyengült.

III. 20.-án vizsgálatnál azt találjuk, hogy a portio erősen felhúzott, méhszáj ujjhegynyi harántrés, elől a symphysishez szorított, douglas mérsékelten kitöltött vastag, kemény téstapatintatú tömeggel. Nehány napi észlelés alatt a beteg állandóan lázas, alhasi fájdalmai vannak. Újabb vizsgálatnál a hátsó hüvelyboltozatot ledomborító képlet felett fluctuatiót kapunk, ugyanitt próbapunctiónál gennyel kevert barnászörös vért kapunk, a tú mentén keresztmetszés a hüvelyfalon át egy tág, sima, de vékonynak látszó falzattal bíró üregbe jutunk, melyből geny és barnás vér mellett fibrin és szövetezafatok között szörgomolyag ürült ki; ez a körülmény azt bizonyítja, hogy egy dermoid cystával van dolgunk. A cystát, mely a terhesség és szülés lefolyását nem alterálta, a gyermekágyban, midőn a has ürterének megváltozása következtében a hosszú kocsányú cysták, mint tudjuk, gyakran kocsánycsavarodást szenvednek, a jelen esetben is hasonló sors érte. A kocsánycsavarodást keringési és táplálkozási zavar követte; ez pedig belsejében vézést, a környezetben pedig összenövéseket hozott létre. Ez a műtét nem volt radicalis, de a beteg erőbeli állapota és a cysta tartalmának inficiált volta mellett a legmegfelelőbb.

Gyógyulás, minthogy a táplálkozási zavar folytán valószínűleg a cysta falát kibélelő epithélréteg is necrotisált és kiürült, az üreg sarjadzás útján való szűkülése folytán így is létrejöhet. A beteg azóta majdnem láztaan, fájdalmai szüntek, az üreg szűkült, váladéka kevés.

Az utóbbi időben még két esetben végeztünk hasonló legyen-gült, hosszasan lázas betegünk-nél colpotomiát, az egyiknél valószínűleg egy pyosalpiux, a másiknál egy extrauterinalis terhességből létrejött szétcsúszó haematoma retrouterinum volt a hátsó hüvelyboltozat felől megközelíthető (mindkét esetben jó eredménnyel).

*Hozzászól:* SZABÓ DÉNES.

II. SZABÓ JÓZSEF előadása: *Akut (apoplexiás) bulbaris paralysis esete.* (L. Értesítő 123--127. 1.)

III. GERGELY ENDRE: *Sarcoma myxochondromatosum femoris* esetének bemutatása.

Szerencsém van jelen alkalommal bemutatni ezen daganatot, mely azon 50 éves napszámosnőtől származik, ki a mult szakülésen volt bemutatva. A daganat, mint látható volt, a bal czomb belső és hátsó felszínén foglalt helyet s a nő bemondása szerint a mult év ősze óta fejlődött, a mikor is kicsiny csomó alakjában jelentkezett, mely azóta aztán folyton növekedett, míg a jelenlegi nagyságát érte

el. A czombbal együtt mérve a daganat kerülete 97 cm. volt. Ezen daganatot 4 nappal ezelőtt a sebészeti klinikán kiirtották.

A daganat, melynek *súlya 10 kilogramm*, nagyjában gömbölyded, egyik irányban 33, másik irányban 32 cm. széles, *vastagsága* mintegy 20 cm. A daganatot rostos kötőszöveti tok veszi körül, melyet látszólag a daganat seholsem tört át. Egy kiálló, gyermekfejnyi részén a bőr is eltávolított, mely területen a bőr s az alatta levő fascia a daganattal erősebben függ össze. A tumor felülete egyik oldalt simább, laposabb, másik oldalt sekélyebb, mélyebb barázdák által különböző nagyságú lebenyekre, dudorokra osztott. Tapintásra ezen dudorok egy része meglehetősen lágy, elasticus, a burok alatt sárgás, vagy vörhenyes színnel tűnik át; a dudorok nagyobb része s általában a daganat túlnyomó része valamivel tömöttebb, hústapintatú. A metszéslapon a lágyabb részletek kocsonyaszerűen áttetszők, halványsárgák, vakarásra tapadós folyadékot adnak; a tömöttebb részletek átlátszatlan szürkés rózsaszínűek, meglehetősen egyenlők, azonban sokszorosan tarkítva vannak opálsárga, igen szabálytalan foltokkal. A daganat centralis részében az épebb, szürkés-fehér daganat csak apróbb szigetekben található, túlnyomó az elfajult daganatszövet. Vizenyősen áttetsző, szürkés-zöld területek váltakoznak kénsárga foltokkal, avagy csíkokkal. Ugyanezen centralis helyekben néhol rostos szerkezet, kötőszöveti hosszú nyalábok látszanak, a melyek véredényekéi vastagodott fallal bírnak; azonkívül néhány, egész tyúktojásnyi, vörhenyes savóval kitöltött üreg is feltűnik. A daganat egyik polusán kocsonyaszerűen áttetsző részekről körülvéve egy igen resistens terület is található, mely javarészen kékes-fehér hyalinporcából áll, de a melyben szabálytalanul csontkemény, meszes részek vannak elszórva s ez utóbbiak kevés, vaskos csontszálkászerű képletekből s közöttük vörös, lágy, csontvelőnek látszó részekből állanak. A porc rész a daganat többi részével való összefüggés helyén rostos szövetbe megy át lassanként.

A daganat góresői vizsgálat tárgyát is képezte. A lágyabb, hússzerű részeiből készített fagyasztott metszet haematoxylin-eosin festéssel már macroszkopice is igen változatos képet nyújt: sötétebb kékre színeződött területek váltakoznak halvány kékes-rózsaszínűre festettekkel, úgy hogy a metszet nagyjában agytekervényszerű rajzolatot mutat. Góresó alatt a már macroszkopice látható színváltozásnak megfelelőleg aránylag teljesen ép daganatszövet váltakozását találjuk elhalásban levő, avagy teljesen elhalt daganatszövettel. Az ép daganatszövet igen sejtdús, a daganatsejtmagvak meglehetősen nagyok, gömbölydedek, vagy ovalisak, elég sötétre festődnek, sejtestük is elég jól kivehető. Számos daganatsejtben magoszlási alakok látszanak. A daganatsejtek között kevés orsóalakú kötőszöveti sejt foglal helyet, rostos sejtközi állomány ellenben csak nyomokban

van. Nagyobb sejtesoportok egymástól rostos septumok által választatnak el, úgy hogy némi alveolaris elrendeződés ismerhető fel. A már *elhalásban levő* daganatrészletekben még elég nagy számmal vannak jól festődött maggal bíró daganatsejtek, de a kép tarkítva van az alapállományban található halványkékre színeződött, mintegy myxomás elfajulásnak tekinthető részletekkel. A *teljesen elhalt* daganatrészletek semmi magfestést nem adnak, egynemű, halvány szürkőrszászínűre festett szövetet mutatnak, a melyben itt ott néhány plasmasejt ismerhető fel. Úgy a teljesen elhalt, mint az elhalásban levő, avagy a tökéletes elhaláshoz közelálló daganatrészletekben az említett elváltozásokon kívül vizenyős fellazulást s nagyszámú zsírgömböt találunk, mely sudánnal igen élénken festődik.

Megvizsgáltatott még ugyancsak fagyasztott metszetekben a porczos daganatrészlet oly helyről, a hol a porczos rész vaskos, rostos kötőszövetbe megy át. Ezen metszetek göröcsői képe sem egy séges. Eltekintve a meglehetősen vaskos, rostos kötőszövevtől, mely a porczos daganatot határolja, a metszetek nagyobb kiterjedésükben porczszövetet tüntetnek fel a jellegzetes, tokokba zárt porczsejtekkel, de itt is találunk kocsonyás alapállományt, melyet vékony rostos kötegek szőnek át. Itt általában porczos, nyákos és rostos kötőszövet közt a legkülönbözőbb átmenetek láthatók.

A myxomás részletekből fagyasztott metszetet előállítani nem sikerült.

Az elmondottakból kiderül tehát, hogy itt egy *vegyes daganattal* állunk szemben, a mennyiben a daganat sarcomás, myxomás, chondromás és részben fibromás részekből áll. Túlnyomó a daganatban a kereksejtekből álló sarcoma, mely legnagyobb részében már necrosisban van, vagy teljesen necrotisált éppen a daganat gyors növekedése folytán.

A daganat kiindulását pontosan megállapítani nem lehet. Tekintettel azonban arra, hogy a daganat egyik területén csupa jóindulatú daganatszövetet találunk, nevezetesen myxomás, chondromás, fibromás daganatszövetet, arra kell gondolnunk, hogy ezen nagy tumor nem volt kezdettől fogva sarcoma, hanem utólag a jóindulatú daganat fajult el sarcomásan.

IV. VIDA KOVICH KAMILL: *A benőtt köröm egyszerű műtéti módja.*

Két betegen, kiknek egyikét előző napon, másikat pedig két hónap előtt operált, bemutatja műtéti eljárásának közvetlen és késői eredményét.

A már nagyrészt elavult conservatív, a részben divatjukat mult és még használatos műtéti eljárásoknak egymással való összehasonlítása és bírálata után leírja saját egyszerű módszerét, kiemelve annak előnyeit a többiek felett. Az eljárás a divatos elveken ala-

pul; ollóval lecsapja a körömszélét egész hosszában, azt lecsavarja, a matrixot eltávolítja, a sarjakat kikanalazza, a körömbarázdát menél teljesebben meghagyja, a sebet carbol-alcobollal kitörli, a sebet a körömbarázdával teljesen fedi, ügyelvén, hogy annak széle a köröm széléig érjen. Kötést (perubalzsamos) csak a vérzés megszüntetése után tesz az ujra. Ha a köröm mindkét széle benőtt, úgy hasonlóképpen járunk el a másik széllel is. A műtétet ambuláner OBERST-féle érzéstelenségben végzi; fontos, hogy az ujj bőrét köröskörül ott, a hol a gummicsovét feltesszük, szintén infiltráljuk; csak úgy érhetünk el teljes érzéstelenséget, illetve kerülhetjük el a vértelenítő cső fájdalmas nyomását. Az eljárás előnyeit a következőkben foglalja össze: a műtét egyszerű, a köröm meghagyása miatt nincsenek utófájdalmak, azonnal járkálhatnak, a kötés késői feltevése miatt nem ragad és nem szárad az ujra, prima gyógyulás, a betegek 4-5 nappal a műtét után már cipőt húzhatnak, jó kosmetikai eredmény. Ha mégis sarjadzana a seb, úgy igen fontos a sarjagnak mielőbbi elpusztítása pokolkövel. A bemutatott betegek igazolják a mondottakat.

## X. szakülés 1911 április 22.-én.

Elnök: PURJESZ ZSIGMOND.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

I. MAKARA LAJOS: *Májechinococcus* bearrtan gyógyított esetét mutatja be.

Az echinococcus Erdélyre vonatkozó gyakoriságára számadatokkal ugyan nem rendelkezünk, de úgy látszik ez a betegség nem ritkaság itt. Erre enged következtetni az a körülmény is, hogy míg az állattenyésztés eléggé elterjedt, a vágóhidak felügyelete pedig bizonyosan ritka helyen mintaszerű.

Szerencsére nem minden echinococcus beteg tudja, vagy érzi baját. Sokszor az echinococcus rendkívül lassan növekedik, máskor az élősdí magától is elpusztul. Az orvoshoz csak a nagyra nőtt hólyagokkal, vagy a következményes bántalmakkal fordulnak a betegek.

Az echinococcusok elgenyedéséről, vagy az azok okozta genyes cholangitisekről már ismételen volt szó a szakosztályban. A minap az echinococcus betegségnek egy ritkább végét volt alkalmunk észlelni, az önkéntes megrepedést, mely elpusztította betegünket a nélkül, hogy műtéti megmentését megkísérthettük volna. Az esetről a készítmény bemutatásával VESZPRÉMI tagtárs úr leszíves beszámolni.



Habár a májechinococcusok műtéti kezelése az utolsó évtizedekben a gyógyulás aránya és biztonsága tekintetében sokat haladt, az általában szokásos műtétmódot — a tömlő kivarrását — nem mondhatjuk ideális sebészi módszereknek. Előbb-utóbb genyedés támad a műtétkor fertőzésmentes tömlőüregben, a gyógyulás lassú, sokszor a sipoly évek alatt sem gyógyul be. DOLLINGER egyik betegénél 2 év, a másiknál 7 év után is még megvolt a sipoly. További kellemetlenségei lehetnek a tömlőkivarrásnak a melléktömlők elgenyvedése, utóvérzés, a genyrekedés okozta lázak és a nem ritkán észlelt utólagos epefolyás. Ha az epefolyás teljes és tartós, a beteg elpusztulását okozhatja.

Mindez érthetővé teszi és indokolja azon törekvést, hogy az echinococcus tömlőket is lehetőleg genyedés nélkül gyorsan gyógyítsuk meg. A tömlőnek punctiója, összekötve, az élősti elpusztítása céljából gyógyszeres befecskendéssel megbízhatatlan. Így a még legtöbbször kipróbált BACCELLI-módszer, a sublimát befecskendés is hatástalan a sokhólyagú tömlőknél; úgy hogy csak azon módszerekre támaszkodhatunk, melyeknél az anyatömlő egészen eltávolíttatik. BILROTH volt az első, ki az echinococcus eltávolítása után a visszamaradó zsákba jodoform emulsiót öntött, azután azt hermetícusan bezárva elsüllyesztette. POSADAS 1895-ben a kiürített tömlő egyszerű elzárását kísérlette meg; ugyanígy BOBROW, a ki előbb a tömlőt sterilis sóoldattal megtöltve zárta be, később az egyszerű bevarrásra tért át. DELBER pedig a zsák falát elsüllyesztett varratokkal összefektette, hogy így a holt üreg képződését megakadályozza; módszerét capitonage-nak nevezte. Ide tartoznak még azon ritkán alkalmazható módok, a mikor kocsonyás tömlőket teljesen kiirthatunk több-kevesebb májszövet roccálásával, vagy e nélkül is. A kiirtásra csak azon esetek alkalmasak, a mikor utána a máj sebe pontosan elzárható.

E drainage nélküli módszerek, daczára a már sokfelől közölt sikereknek, nehezen tudnak tört hódítani, mert a sikerek mellett kétségtelenül balsikerek is vannak a módszerek rovására jegyezve és némelyeket visszatart még a recidivának lehetősége. Ez utóbbi aggályok ugyan egyelőre inkább elméleti természetűek, e módszerek mortalitása pedig az utolsó kimutatások szerint kisebb, mint a kivarrásos műtéteké, miért is véleményem szerint a drainage nélküli módszereket kell alkalmaznunk, ha csak az alkalmazást valamely körülmény, így különösen a tömlő genyes tartalma nem ellenzi.

A bezárt és elsüllyesztett tömlő utólagos meggenyvedése az a körülmény, mely e módszerek terjedését főleg Németországban gátolja, bár e bajon segíteni módunkban áll s a beteg akkor sincs rosszabb helyzetben, mintha tömlőjét mindjárt kivartuk volna. Az asepticus sebkezelés újabb tökéletesedése, különösen a keztyűk alkal-

mazása óta pedig remélni engedi, hogy mind kisebb arányban mutatkozik az elzárt tömlő ilyen genyedése.

Nekünk 6 esetben volt módunkban májechinococceust drainage nélkül operálni. Az esetekre ez alkalommal bővebben nem terjeszkedem ki, csak annyit jegyzek meg, hogy ezen eseteink mind meggyógyultak és pedig 5 per primam, egynél kénytelenek voltunk a tömlőt utólagosan drainezni. De ezen utóbbi esetben a tömlő tartalma már műtétkor genyes volt, mivel azonban a fedőlemez készítményeken a hirtelen megejtett vizsgálatnál mikrobákat nem találtunk, megkísértettük az elsődleges bevarrást. Utólagosan a tömlőt meg kellett drainezni, mire a beteg a szokásos módon, hosszú hónapok mulva gyógyult, tehát a próbából kára nem származott.

Jelen bemutatott betegünk D. I.-né, 28 éves, lesóványodott asszony. Egy éve veszi észre, hogy a gyomorgödörben daganata nő, mely a műtéig gyermekfejnyi nagy lett, a máj bal lebenyével látszott összefüggeni. A domború felszínű, rugalmas daganat májechinococcusnak diagnostizáltatván, a belgyógyászatról április 5.-én a sebészetre tették át. Itt április 7.-én a DELBET féle capitonage módszer szerint megoperáltuk, előbb a tömlőbe kevés jodoform-glycerint is öntöttünk. Ma, két héttel a műtét után, a beteget gyógyult sebbel van szerencsénk bemutatni, mivel távozni készül. A tömlő tartalma mintegy 2 liter viltiszta folyadék volt, az anyatömlőben csak kevés leányhólyagot találtunk. A gyógyulás zavartalan volt. Betegünknel a tüdőcsúcsok felett tompult a kopogtatási hang, jobb oldalt érdes, megnyult a kilégzés, tehát különösen fontos volt, hogy a hónapokra terjedő genyedés gyengítő hatása nélkül szabadulhatott meg májechinococcusától, mely viszont nagysága miatt a gyomor működését és így a beteg táplálkozását zavarta.

VESZPRÉMI DEZSŐ bemutatja azt a készítményt és referál arról az esetről, melyről MAKARA tanár előadása elején megemlékezett volt.

*Hozzászól:* SZABÓ DÉNES.

II. GYERGYAI ÁRPÁD: *Az orrsövény különös fejlődési rendelle-  
nessége.*

22 éves tanítónőt mutat be, kinél a septum az orralapon a spina nasalis anteriortól számítva 37 mm.-nyire megszűnik, a csontos orralapnak hátsó 27 mm.-nyi részén orrsövény egyáltalában nincs. A septum a felső részen ott végződik az ikesont testén, a hol szokott; ennek következtében az említett alsó és felső pontot egyenes vonalban összekötő septum hátsó széle az orralappal igen hegyes szöveget alkot s aránylag hosszabb.

Az orr hátsó részének pontos vizsgálatát úgy végezte, hogy az általa feltalált direct orrgarat és orr hátsó rész vizsgálatát combinálta a cső végére alkalmazott ferdén álló tükkörrel (rhinoskopia posterior superior indirecta). Ha a tükröt úgy állította, hogy az

körülbelől 110° szöget képezett a vizsgálati cső tengelyével, az orralapot is az előbb említett hátsó 27 mm.nyi septum nélküli területén igen jól, eléggé a lapjáról meg tudta szemlélni. Ezen a területen a két orrfél egészen simán közlekedik egymással, a nyálkahártya rendes szíűű, hegeknek, lefolyt gyulladásnak sehol, a septum hátsó szélén sincs semmi nyoma. Sohase operálták, lues is kizárható, úgy hogy az eltérést GYERGYAI fejlődési rendellenességnek tartja.

III. SZABÓ JÓZSEF előadása: *A Butenkó-féle vizeletereactio diagnostikai értéke.* (L. Értesítő 128—133. 1.)

IV. DAVIDA JENŐ előadása: *Kraniometriai vizsgálatok magyarországi lakosok koponyáin.* I. (L. Értesítő 134—222. 1.)

## XI. szakülés 1911 május hó 6-án.

Elnök: DAVIDA LEO.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

I. GYERGYAI ÁRPÁD bemutatott egy 46 éves nőbeteget, kinél a choanák megett teljes hártvás elzáródás volt. A hártva atúl közel a septum hátsó széle mögött kezdődött és fent a fornix pharyngison tapadt úgy, hogy a tuba-nyílások és a ROSENMÜLLER-féle árkok felső részei a hártva elé és részben fölé estek. Úgy tükkörben, mint a GYERGYAI direkt epipharyngoscopiájával látszott, hogy a hártva felszíne semmiben sem különbözött a garat többi részének a képétől; hegeknek semmi nyoma sem volt látható. A szájon át ujjal vizsgálva a diaphragma hártvás, puha tapintatú volt; mélyebben benyomva a hártván át lehetett érezni a torus tubariust. A fel és előre vakon végződő orrgaratról plasticus lenyomatot készített; a lenyomat anyagot abban a helyzetben nyomta be, a melyben a direkt vizsgálatnál a csövet szokta bevezetni; a lenyomat eltávolítása ugyanebben a helyzetben történt, egyik végén belékeményedett erős selyemszál segítségével. GYERGYAI az első, a ki ilyen lenyomatot élőben készített.

A hártva eltávolítását két nap előtt végezte, még pedig a szerző által felfedezett direkt epipharyngoscopiával; a csövön át a szem ellenőrzése mellett horogkással a fornixtól a choana alsó széléig a középvonalban végig hasította a hártvát és legnagyobb részét 14 mm. átmérőjű kerek conchotommal, a choana alsó része táján visszamaradt kis részt pedig kettős curettelval távolította el a csövön át. A beteg, műtét után, azonnal teljesen jól tudott szuszogni az orrán át. A hártva szövettani képe nagyrészt lymphaticus szövetből (folliculusok) és kevés kötőszövetből állott, mindkét felszínén részben henger, részben laphámmal fedve. Hegyszövetnek sehol

semmi nyoma sem volt. WASSERMANN reactio negativ; sem az anamnesisben, sem a betegnél, luesnek semmi nyomát sem találta. GYERGYAI a szövettani képből s a többi jelekből bebizonyítottanak tartja, hogy a hártya képződése fejlődési rendellenesség.

II. IMRE JÓZSEF előadása: *A klinika hályogműtéteiről való jelentés a legújabb műtéti módosítások ismertetésével.* (L. Értesítő 223 - 247. l.)

## XII. szakülés 1911 május 13.-án.

Elnök: PURJESZ ZSIGMOND.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

I. KAPPEL IZIDOR: *Komplementum kötési vizsgálatok scarlatinánál és morbillinél* czímen tartott előadást. Az erre vonatkozó irodalmi adatok rövid ismertetése után saját vizsgálatait említi fel, melyeket scarlatinás és morbillis betegek vérsavójával végzett. Vizsgálatait úgy végezte, hogy antigennek azokat a vérsavókat vette, amelyek a kiütési szakból, antitestnek pedig azokat, amelyek a reconvalescentia legkülönbözőbb szakjaiból származtak. Első kísérleti sorozatánál az antigen és az antitest is ugyanattól a betegtől származott, majd egy másik sorozatnál az antigen és az antitest is más-más betegtől vétetett. Eleinte az alkalmazott vérsavók legnagyobb mennyisége 0.20 cm<sup>3</sup>, később pedig 0.30, sőt 0.50 cm<sup>3</sup> volt. Vizsgálatait összesen 20 scarlatinás és 6 morbillis beteg vérsavójával végezte, de kötést egyetlen egy esetben sem kapott.

A mikor ilyen módon nem jutott eredményre, scarlatinás hullákból frissen kivett tonsillákat használt antigenül, antitestnek pedig scarlatinás betegeknek úgy a heveny, mint pedig az üdülési szakból származó vérsavót vette. A tonsillákból alkoholos és konyhasós vizes antigeneket állított elő, melyeket az antitesttel a szokott módon hozott össze, de kötést így sem kapott.

Végül a scarlatina hámlási szakában levállott felhámrészelektől állított elő alkoholos antigen, melyet úgy a kiütési, mint a reconvalescentia szakában vett inaktivált vérsavókkal hozott össze, de ilyen combinációban is mindig oldást látott. Előadó vizsgálatai alapján állítja, hogy a BORDET—GENGON féle reactio scarlatinánál és morbillinél ezen alakjaiban gyakorlati jelentőségre nem tarthat számot.

II. DAVIDA JENŐ előadása: *Kraniometriai vizsgálatok magyarországi lakosok koponyáin.* II. (L. Értesítő 134—222. l.)

## XIII. szakülés 1911 május 20.-án.

Elnök: PURJESZ ZSIGMOND.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

I. GENEBSICH GUSZTÁV: *Pellagrás gyermekek bemutatása.*

Előadó első sorban kiemeli, hogy a bemutatás napja (május 20.) éppen XIII-ik évfordulója annak a napnak, mikor PURJESZ tanár úr ebben a szakosztályban döntötte el azt, hogy az észlelése alá jutott betegek pellagránban szenvednek és hogy a pellagra Magyarországon tényleg fellépett. A hivatalos körök tényleg csak 1898 óta mutatják ki a pellagrát; 1898 óta 392 haláleset fordult elő.

A betegek között van gyermek is, de aránylag csekély hányadrészben. A 392 haláleset közül csak egyetlen egy 7 éven alóli egyén van kimutatva. A gyermekambulatoriumon is csak elvétve fordultak elő pellagrás gyermekek. Az irodalom alig tesz említést a gyermekek pellagrájáról. A német gyermekgyógyászati irodalomban egyetlen egy referatum olvasható és ez is Olaszország határán észlelt esetről és Olaszországban előfordult irodalmi feljegyzésekről szól.

Mindenütt, hol a pellagráról irnak, mint valami különöst említik az egyének román származását, érte alatta a spanyolokat, olaszokat, francziákat és oláhokat. A bemutatott 2 gyermek magyar származású. A faj csak annyiban játszik szerepet, a mennyiben az eddig kimutatott kórokozó momentum a romlott kukoricza élvezete vele járhat. A kukoricza délvidéki növény. Nálunk oláhok és magyarok kapják a betegséget, az oláhok azonban túlnyomó számban, mert az oláhok úgyszólván kivétel nélkül puliszkaevők, a magyarok pedig nem.

A gyermekek közül az egyik csak 4 hónapig volt annál a háznál, melynél a másik is pellagrát kapott és így adatot véliünk kapni arra nézve, hogy romlott kukoriczának élvezése már 4 hónap múlva képes volt a betegséget létrehozni.

Bőrgyógyászok nem tartják a bőrváltozásokat jellemzőknek. A bemutatott gyermekeken utólag a nap hevének kitétt részeken oly gyorsan és oly intenzitású bullossus dermatitis keletkezett, milyent még a legsatnyább gyermekeknél erythema solare gyanánt észlelni nem lehet.

II. VESZPRÉMI DEZSŐ: *Periarteritis nodosa* esetéről számol be. 23 éves nőnél kb. 7 hétig tartó betegsége alatt állandó rendetlen hőemelkedések kíséretében heves végtagfájdalmakat, itt ott fellépő oedemákat észleltek, a melyek hol fokozódtak, hol alábbhagytak. Vizeletben fehérjét, hengereket, vesealakelemeket találtak. Egy időben erős hasfájdalmak mellett folytonos hányás kínozza a beteget.

Ágyéki gerincoszlopon gibbusa volt. Boneczolásnál nagyobb lép, kicsiny körülírt felrakódás a kéthegeyű billentyűn, mákszem kölesnyi vérzésnek tetsző néhány kissé kiemelkedő tömöttebb foltoeska a bélnyálkahártyán, szürkés pettyek a musculus bicepsben és ezeken kívül spondylitis caseosa, pszoastályogok, glomerulonephritis találtatott. Az erek részéről szabad szemmel semmi eltérést felismerni nem lehetett.

Góresői vizsgálatnál a belek-, gyomor-, vesék-, egyes izmok-, máj-, szív-izomzatban a legapróbb, mondhatni mikroszkopikus ütőerek részéről a periarteritis nodosára mindenben igen jellemző elváltozásokat lehetett találni. Nevezetesen az adventitiában fibrines izzadmányt, polynukl. leukocytákból tömeges infiltrációt, a mediának izzadmányos átívódását, nekrosist, a media helyét elfoglaló izzadmány hyalinos elfajlását, homogen, gyűrűszerű réteggé való átalakulását, a belső rugalmas réteg tönkremenetelét, egy-egy ütőerecskének a megbetegedés területében aneurysmás kitágulását, végül a szervülés jeleit, egyes erek obliterációját.

A szövettani vizsgálat eredménye szerint a folyamat gyulladásnak tartandó, a mely az adventitiában kezdődik, innen terjed át az ütőér belső rétegeire és azoknak teljes elpusztulásához vezet és szövetproduktióval végződik. Az aetiológiából a lues kizárható, a megbetegedés inkább infektiosus-toxikus hatásra vezethető vissza. E mellett szól a betegség lázas lefolyása, nagyobb lép, glomerulonephritis, endocarditis stb., valamint azon körülmény is, hogy az ütőerek leírt elváltozása lényegesen különbözik az arteriák biztosan bujakóros megbetegedéseitől.

III. GYERGYAI ÁRPÁD előadása: *Új módszer és műszer a rosta-sejteknak, állcsontüregnek, a középfülnek és az orbitának átvilágítására.*

GYERGYAI átvilágító lámpát szerkesztett, a melyet kis fokú érzéstelenítés után bevezet az orrgaratba (1), a chaanakon át az orr leghátsó részére (2) és a fül felé a ROSENMÜLLER-féle árok azon pontjára, a hol a porcinos fülkürt a csontosba átmegegy (3). Ily módon hátulról középről át tudja világítani a legvékonyabb (medialis) falon keresztül az állcsontüregget úgy, hogy az egész mellső és részben oldalsó fal a járomcsontig vörös színben látszik. Ezen kívül a rosta-sejteken keresztül haladó sugarak a belső szemzúg táját és a pupillát világítják meg. A középső, esetleg felső orrjárat leghátsó részére került hűtőkészülék nélküli lámpával az orbitát tudja éppen hátulról igen jól átvilágítani úgy, hogy a retina szabad szemmel jól látszik (retrobulbaris betegségek!). Középfület a fentemlített helyről átvilágítva, a dobhártyát a kalapács árnyékával jól láthatta. Ezután kóros esetekről számol be. Az eljárása nem helyettesítője, hanem kiegészítője kíván lenni az eddigi átvilágítási módoknak.

*Hozzászól:* IMRE JÓZSEF.

## XIV. szakülés 1911 május 27.-én.

Elnök: PURJESZ ZSIGMOND.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

I. DEMETER GYÖRGY: egy 25 éves katonát mutat be, a kinek mellén és karjain, nálunk aránylag ritkán előforduló szép *tátóválások* vannak.

Mellének felső részén lévő tátóválás, mint az illető mondja, két török nőt tüntet fel, a kik egy-egy kosáron könyökölnek. Jobb felkarján talán az egyik állítólagos török nő látszik, a töröknőknél szokatlan, tánczosnői jelmezben. A bal alkar feszítő oldalán már szőnyegen fekszik a török nő, ruházata meglehetősen hiányos, a mennyiben a ruházatot a mellén lévő lepke képviseli, a mi egyszerűs mint némi czélzás is a tulajdonképeni foglalkozásra. A bal karon lévő tátóváláson már öltözködés közben, alatta pedig arca látszik az illető babájának, a kit balkarjával szokott átölelni, mint a felírás elárulja. Az alkaron még a babája kedvencz virágjának is hely jutott.

A bal felkaron patkót, nyerget, lovagló ostorokat, szóval lovas katonai jelvények látszanak, talán ez volt az illetőnek, mint bakának, vágyai netovábbja.

Végül a jobb alkaron látható a teljes magyar czímer, a koronát tartó angyalok alatt két évszám tűnik fel, a melyek közül az egyik a gyöngy élet kezdetét jelzi, a másik annak végét jelentette volna, ha a körülmények másképp nem alakulnak. A czímer alatt ezredének megjelölése van, a mely Bécsben tartózkodott és ott a katonai fogdában az illető egyik fogoly társa készítette ezen tátóválásokat.

Ha ezen tátóválások tárgyát tekintjük, azok alig állanak az illető személyes viszonyaival összefüggésben, talán a bal karon levő magyar czímer és az alatta lévő felhívás értékesíthető e tekintetben. E körülménynek magyarázatát megtaláljuk az illető előadásában, mikor azt mondja, hogy ezen tátóválások közül társa csak a magyar czímert készítette fejből, a többit képes lapok illustratioiból másolta.

Törvénytiszteki orvosi szempontból érdekes példa ez is, mint a KENYERES tanár úr által mult évben bemutatott tátóválási eset, arra nézve, hogy a tátóválásból levont következtetéseknel mindig óvatosak legyünk.

Még pár szóval az ilyen tátóválások rögzítéséről szól. Ha holttesten fordulnak elő, akkor az ilyen területeket kivágjuk, a kivágott bőrt vagy megszáritjuk, vagy pedig formaliuba tesszük.

Élő egyéneknél a rögzítésnek egyik módja a lerajzolás. Vékony átlátszó papírt helyezünk a tátóválás helyére és egyszerűen lemásoljuk. Ha egyszerű vonalakkból áll a tátóválás, a másolás egészen

könnyű, ha azonban művészi, akkor már meglehetősen fárasztó munka.

A rögzítés másik módja fényképben való megörökítés. Ez a módszer mindenestre könnyebb, mint a lemásolás, ha a tátováláshoz fekete festéket használnak, azonban rendszeren kék színű festékeket, így indigót alkalmaznak. A kék szín iránt úgy a közönséges, mint az orthochromaticus lemez majdnem olyan érzékenységgű, mint a fehér fényvel szembe és ennek megfelelően a fehér, vagy barna árnyalatú bőrön lévő kék színű tátoválások még a legjobb felvételekről készített másolatokon is csak halvány szürkés színben jelentkeznek. Megfelelő szinszűrők közbeiktatásával, a melyek a kék fény hatását tompítják, némileg segíthetünk, bár az ilyen szűrők használata a megvilágítás idejét lényegesen meghosszabbítja, a mi élő egyén fényképezésénél különösen számításba jön.

Itt is igen jól értékesíthető a Lumière-testvérek felfedezése, az úgynevezett autochrom-lemezek használatával a tátoválásokat nemcsak hűen, hanem természetes színükben örökíthetjük meg.

II. ZACHER PÁL: *Prostata carcinomát* mutat be osteoplasticus csontmetastasisokkal. 64 éves férfi azzal vétette fel magát a klinikára, hogy 1 év óta gyomorfájdalmait vannak, étvágytalan, napról-napra fogy, ereje fokozatosan gyengül, vizeleti nehézségei vannak, melyek az utolsó 2 nap alatt annyira fokozódtak, hogy 2 nap óta vizelni nem tud. Beteg megvizsgálásakor köldökig érő hólyagot tapintanak, vizelet kibocsátása után tumort a hasüregben nem lehet tapintani. Prostata tömött, nem nagyobb, nem fájdalmas. Testsúly 39 kg. Igen erős anaemia, kifejezett kachexia, az erős lesorványodás, rossz indulatú daganat felvételét támogatta, a melynek helyét a klinikai tünetek alapján nem lehetett localisálni. A beteg időközben pneumoniát kapott s meghalt. Sectiona rejtett tumor diagnosissal került. Bonczolat prostata carcinomát állapított meg. Az alig megnagyobbodott prostata tele volt daganat szigetekkel, melyek jobb oldalon a burkot is áttörték. Kórszövetteni vizsgálatnál adenocarcinoma gócsői képét nyújtotta. Szivacsos csontok, bordák, sternum, csigolyák egészen tömörek, scleroticusak, szivacsos csont pirosas velővel, csak helyenkint látszik. Czombesont diaphysisében igen kevés piros csontvelő, de annál több daganat metastásis. Érdekes volt még a beteg vérlelete: piros vértestek száma 2,460.000, fehér vérszám 12.000, több myeloblast és myelocyt. Ezen vérkép is már a csontvelő izgalma mutató. Máj- és lép capillarisaiban nagyszámmal vannak fehér vérszám elemek és pedig myeloblastok, granulált myelocyták, magvas vörös vértestek s ezek között is oszlo alakok. Az esetet azért tartotta bemutatásra érdemesnek, mert ismét bebizonyosodott, hogy oly prostata carcinomák, a melyek a prostata részéről csak későn okoznak klinikai tüneteket a csont-



rendszer már korán elárasztják metastasisaikkal, melyek a csontvelőt úgy a szivacsos, mint a csöves csontokból kiszorítják, a mi a vér regenerációjára nagy veszteséget jelent. Ilyenkor a Röntgen vizsgálát is csak akkor helyes irányba a diagnosist, ha metastasisok exostosisokat is okoznak, vagyis oly osteoplasticus metastasisokat, a melyek a csontkérgen is túl búrjánóznak.

III. NAGY SAMU: *A scleromás betegnél* végzett haematologiai, bacteriologiai és serobiologiai kísérleteiről számol be.

Mind a négy beteg vére kifejezett *eosinophiliát* mutatott. Az egyes tokos bacteriumok culturális viselkedésük által nem voltak elkülöníthetők; ép így a serobiologiai reakciókkal sem. A betegek serumában nem lehetett homolog agglutinint kimutatni. Az Ascoli-féle meiotognum reactiót nem találta specificusnak a sclerománál. A betegek serumával végzett complement gátlás teljes kötést adott úgy a scleroma, mint az ozaena antigenekkel, ellenben a többi tokos bacteriumokból készült antigenekkel teljes haemolysist mutatott.

A therapia tekintetében a salvarsannal való eredménytelen kísérletekről és a Roentgen-fénnyel elért javulásról számolt be.

IV. GERGELY ENDRE: *Veleszületett rekeszsérv* esete.

A közelmúlt napokban került sectióra a szülészeti klinikáról egy 2040 grm. testsúlyú, 48 cm. hosszú, halva született leánymagzat, kinek bonczolatánál diaphragmasérvet találtam s ezt vagyok bátor bemutatni a tisztelt szakülésnek.

A hasüreg megnyitása után azonnal kitűnik, hogy a belek közül csupán a lehágó vastagbél foglaltatik a hasürben s a máj jóval lennebb fekszik szokott helyzeténél. Baloldalon a diaphragma erősen leszállott, eléri egészen a bordaívet s a hasúr felé kidomborodik. A hasürben a lehágó vastagbél s májon kívül még csupán a vesék s gyomor található a duodenum kezdeti részével s a pancreas fejével, valamint testének egy részletével. A belek többi része, nevezetesen az összes vékonybelek a duodenum kezdeti részének kivételével, továbbá a vak-, felhágó- és haránt vastagbél a léppel s pancreas farki részével együtt a bal mellüregben található, a bordá a diaphragmának bal, oldalsó hátsó részén levő, mintegy koronásnyi, sima, kissé dudoros szélű kerek nyílásán hatoltak be. A mellüregbe tódult belek s hasúri szervek folytán a mellür topographiai viszonyai változást szenvedtek; mindenekelőtt a szív helyéről kiemelve jobb oldalra tolatott át s kissé hátrafelé jutott; a bal tüdő pedig a belek alá s mögé került, illetve a mellüreg csúcsáig szorítottatott fel s egész kicsinyre nyomatott össze, bár az is lehetséges, hogy a bal tüdő fejlődésében maradt vissza.

Az említett eltérésekből kitetszik tehát, hogy itt egy *rekeszsérvvel*, illetve a *rekesznek defectusával* állunk szembe. A rekeszsérvek, melyek veleszületettek és szerettek lehetnek, általában két

csoporra oszthatók, n. m. valódi és álsérvekre. A valódiak, melyek ritkábbak, azok, hol a serosa dohányzacskószerűen a rekesz nyílásán keresztül előtüremkedik s a beleket burkolja; az álsérveknél ily tömlő nincsen. Esetünk tehát *egy álrekesz-sérv*, mivel a hashártya nem fedi a beleket.

*Felnőtt* egyénektől is mutathatunk be rekesz sérveket. Ezen készítmény pl. egy tetanusban elhalt 50 éves férfitől származik; a sectionál a gyomor nem volt található rendes helyén; ugyanis a *gyomornak legnagyobb része* a kissé megnyult omentum maius baloldali részével együtt egy körülbelől *férfiökölnyi nagyságú tömlőben helyezkedett el*, mely tömlő a diaphragmának egy 5 koronás nagyságú nyílásán felterjedt a *bal* mellüregbe s a szívburok mögött foglalt helyet. A nyílás az oesophagus kilépési helyénél volt, illetve az oesophagus nyílása a tömlő tetején volt található. A tömlő belső felületét a betüremkedett hashártya képezi. Egy másik esetben 39 éves férfinál pedig *a haránt vastagbél középső részének mintegy 8—10 cm.-nyi darabja türemkedett be* egy a rekesz costalis s sternalis portiója között levő s a *jobb* mellűr felé boltsuló *gyermekökölnyi, hártýás, vékony falú tasakka*.

A rekesz-sérvek akár veleszületettek, akár szerzetek, általában sokkal gyakrabban fordulnak elő a rekesz bal oldalán, mint jobb oldalán. A szerzett rekesz-sérvek vagy az által keletkeznek, hogy a diaphragmának *természetes nyílásai* (oesophagus, aorta nyílás) *tágítatnak a belek befészkelődése által*, a mi mindenesetre ritkán fordul elő, vagy pedig *traumaticusan* jönnek létre, nagyon ritkán pedig *genyedés* folytán állanak elő. Azon esetben, ha a rekesznek valamely helyen való megszakadása, avagy a diaphragma rostjainak széjjelválása a hashártya megsérülése nélkül jött létre, lehetséges lesz, hogy igazi sérvtömlő keletkezzék.

A szerzett rekesz sérvek rendszerint minden baj nélkül sokáig viselhetők, beszorításuk esetében ellenben súlyos következményei vannak.

*A congenitalis rekesz-sérvek keletkezésének okát a diaphragma hiányos fejlődésében kell keresnünk*, azonban ismereteink erre vonatkozólag nem teljesen pontosak, mivel a diaphragma fejlődését embernél manap még nem ismerjük eléggé. Egyes szerzők (HIS, USKOW, CADIAT, BRACHET) stb. adatai szerint a has- és mellüreg közti határt kezdetben egy *mesodermális lemez* képezi, a melybe az izomrostok csak a fejlődés további menete alatt nőnek be az embryo hátulsó testfeléből kiindulólág. Ezen szerzők szerint *a rekesz két részből fejlődik*: egy elülső, ventralis részből, az ú. n. septum transversumból, mely előbb jön létre s a mesocardiummal, valamint a májjal függ össze és egy hátulsó, dorsalis részből, mely félholdalakú s a

ventralis résztől két oldalt a mellkas faláról indul ki s dorsal-medial irányban halad, majd végül összenő a mediastinum lemezeivel.

Ha már most *valami ok folytán a ventralis s dorsalis lemezek összetalálkozása kimarad, vagy egyesülése tökéletlen, létrejön a rekesz defectusa*, melyen aztán később a belek a hasúrból a mellűrbe nyomulhatnak. *A rekesz-sérvek keletkezésénél elsődlegesnek kell felvennünk a rekesznek hiányos fejlődését* már azon szempontból is, hogy a rekesz jóval előbb fejlődik, hogysesem a bélkacsok *tömegükkel* akadályozhatnák a rekesz záródását. Kutyaeembryokon végzett vizsgálatok igazolják, hogy az eredeti coelomaüreg a diaphragma által a 18. napon osztatik mell- és hasüregre, vagyis a diaphragma már a fejlődés 18. napján jelen van. A bélhuzam fejlődése embernél az intrauterinális életnek még 3-ik hónapjában is igen tökéletlen, sőt a felhágó vastagbél csak a 8-ik hónapban lesz rendes helyén.

Az álrekesz sérveknél, hol a sérvnyílás rendszeren nagy, felvehető, hogy a rekesznek hátsó része vagy egyáltalán nem, vagy csak durványosan fejlődött ki, míg a kisebb defectusoknál azt tehetjük föl, hogy a rekesz hátsó része kifejlődött ugyan, de növekedésében visszamaradt s a mediastinummal nem függött össze.

Találunk leírva az irodalomban oly esetet is, hol a veleszületett rekesz-sérv diagnosisa már *élő állapotban* is valószínűséggel felállítható volt. BÓKAY Z. is közöl egy ily esetet. (Orv. Hetilap, 1909. 42. sz.) Ugyanis egy több napos fiúgyermeknél, kit nehéz légzéssel s cyanosissal vittek be a „Stefánia“-gyermekkórházba, a vizsgálatnál a szívtempulatot jobb oldalra kihelyezve találták, de a májtompulat határozatlan, elmosódott volt. RÖNTGEN-átvilágítással a szív árnyéka jól kivehetőleg jobb oldalon volt, de a máj helyzete RÖNTGEN-nel sem volt jól megállapítható. A diagnosist situs transversusra, vagy hernia diaphragmaticára tették. A sectio aztán (a rekesz bal oldalán) egy valódi rekesz-sérvet állapított meg.

A veleszületett rekesz sérveknek *törvényszéki orvostani szempontból is van jelentőségük*. Ugyanis az *így született csecsemők* a születés után rövid idő múlva elpusztulnak, a mennyiben térhiány miatt a lélegzés igen meg van nehezítve, vagy lehetetlen is; rendszeren csak néhány napig élnek, tehát *életképtelenek*. Előfordultak esetek, a melyekben a születés után néhány nap múlva elpusztult, különben erőteljes csecsemők törvényszéki bonczolás tárgyát képezték, mivel a hirtelen halál folytán gyanú merült fel gyermekgyilkosságra. A sectiók rekesz sérvet állapítottak meg s ez által a természetes halál is beigazolást nyert.