

Jegyzőkönyvek

az „Erdélyi Múzeum-Egyesület“ orvostudományi szakosztályának szaküléseiről.

IX. szakülés 1913. április hó 5-én.

Elnök : DAVIDA LEO.

Jegyző : KONRÁDI DÁNIEL.

I. KENESSEY ALBERT: *Magától megrepedt aorta.* (L. Értesítő 225—232. lap.)

II. VESZPRÉMI D. dr. 1. *Volvulussal szövődött atresia ilei congenita* esetét mutatja be. A 36 órát élt újszülött boncolása alkalmával feltűnt, hogy a vékonybelek nagyon puffadtak, ki vannak tárgúlva. Ennek oka gyanánt teljes 360°-os bélcavarodást lehetett találni, a mely az ileum alsó részén a megfelelő helyen igen erős leszorítást is okozott. Igen szokatlan s első pillanatra alig érthetőnek látszott az, hogy a leszorítás helyétől elvezető ileum részlet szintén nagyon kitágult, sőt fokozottabb mértékben, mint a volvulus fölött levő bélkacsok. Tüzetesebb megtekintésnél kiderült, hogy a bél ezen legalsó — s legnagyobb görbületén mérve, mintegy 20 cm. hosszú — része vakon végződik, nem folytatódik a vakbélbe és azzal egyáltalán semmi összefüggésben nincs. Ez utóbbi rendes helyétől kissé magasabban és a gerincoszlophoz közelebb fekszik, s proximalisan egy 6 cm. hosszú, összeesett, lúdtollszár vastag, szintén vakon, egy kissé csúcsosan végződő, zárt ileum részletbe megy át. — Egyébként a vakbél, vastagbelek, S. Romanum végbél ugyancsak összeesett, alig czeruza vastagságú. Helyzetük, lefutásuk — eltekintve a vakbélről — rendesnek mondható. Ebben az esetben tehát az atresia az ileumon 6 cm.-re keletkezett az ileo coecalis billentyű fölött. A felső vakon végződő — és előzetesen a meconium felhalmozódása miatt bizonyára nagy mértékben kitágult — bélrészleten képződött minden valószínűség szerint a volvulus, a melynek kifejlődésére a feltűnően hosszú, kivongált szabad mesenterium és az ileum vakon végződő részének szálagos odanövések által történt rögzítettsége kedvező viszonyokat teremtett.

2. *Ascarisok által okozott choleangitis.* Egy 47 éves nőnél a duct. hepaticusban, a májból jövő nagy epeútakba mintegy beékelődve, néhány ascaris találtatott, köztük egyik szinte összetöpörödött, epésen beivódott. A duct. choledochus és hepaticus ki van tágulva, nyákhártyájuk dűzzadt, belővelt, tartalmuk zavaros, gennyes híg epe. A máj felületes részeiben szétszórtan pár helyen tályogok vannak. A sárgaság hiányzott, a minék az a magyarázata, hogy az epe utak nem voltak teljesen elzárva, s így epepangás sem állott fenn, mert az epe kiürülésében az ascarisok számbavehető akadályt nem képeztek.

III. MAKARA LAJOS dr. 1. *Ascarisok okozta ileus.* „*Ileus verminosus.*“ H. V. 18 éves földmives fiú, felvétetett 913. III. 14. Négy nappal az előtt hasfájdalmak lepték meg, azóta széke nem volt, szelek nem mennek, időnként csuklik. A nyurga beteg nagyfokban elesett, halvány, szemei becsettek. A has feszes, elődomborodó, mindenütt érzékeny. Májtompulat kisebb, léptompulat nagyobb. Érlökés 96, kis hullámú, könnyen elnyomható. Hőmérsék 36.5. Fehér véresejtek száma 14000. Műtét azonnal, a hasat köldök alatt megnyitva tágult belővelt vékony bélkaesok tűnnek elő, melyek közül siller borszínű, vörhenyes véres savó ömlik. A véres exsudatum körülbelül 2 liter lehetett, a belek kissé fényüket veszítették, de fibrines felrakódások nincsenek. A folyadék kiitatása után a kismedenczéből összeesett bélkaesok kerülnek elő, ezeket követve egy körülbelül 20 cm. hosszú oly bélrészletre jutunk, mely ascarisokkal van kitöltve olyformán, hogy a bélfal szorul mintegy az ascarisokra, mert a bélürtere itt inkább szűkült, mintsem tágult. A belek tágultsága és belőveltsége ezen hely fölött kezdődik. Nyomkodással sikerül az összegomolyodott ascarisokat szétmozgatni annyira, hogy a bél átjárhatósága helyreállottnak látszott, azért is további beavatkozás nélkül a hasat bezártuk. Physostigmin után másnap híg székletét. III. 18. Santonin-calomel porokra bő székürülés 2 ascarissal; III. 21. újból 12 ascaris távozik az üreléssel. A fehérvéresejtek száma IV/2. 6000; ascaris peték a bélsárban ez idő szerint nem találhatók. — Jelenleg a beteg teljesen jól érzi magát s így elboesátjuk.

Esetünkben az ileus okozójául az ascarisokat vehetjük csak föl, mert az ascarisoktól kitöltött bél fölött a belek tágak és belőveltek, míg alatta összesettek voltak. A véres exsudatum a tágult belővelt belektől származhatott. Sehol a beleken leszorítást vagy csavarodás nyomát látni nem lehetett. Maguk az ileus tünetei is enyhébbek voltak, nevezetesen a beteg a négy napos szél- és székrekedés dacára nem hányt, viszont azonban a beteg gyengesége nagy fokú volt.

Az ileus verminosus létezése felől egész az utolsó időkig vitatkoztak, aminek okát kétségtelenül az képezi, hogy az ascari-

sok rengeteg elterjedtségéhez képest feltűnően ritkán fordulnak elő ilyenmő komolyabb bélpassage zavarok. Így LEICHTENSTERN is kétségbe vonja az ileus verminosust, s a között eseteket hibás észleletből igyekszik kimagyarázni. Manap azonban úgy pontos bonczleletek, mint jól észlelt operált esetek alapján el kell fogadnunk, hogy az ascaris lumbricoides egyrészlől ileust okozó bélspasmust képes kiváltani, másrészlől tömegbe gabalyodva el is zárhatja a bél üreget, tehát obturatiot okozhat.

WOLFLER és LIEBLEIN (Die Fremdkörper des Magen-Darmkanals. 1909. Deutsche Chirurgie) néhány belsőleg orvosolt eset mellett 10 kőbonczolással igazolt ileus verminosust sorolnak föl, továbbá 3 ascaris okozta enterospasmust, 4 invaginatiot és 5 ileust, melyek műtétileg voltak igazolva. Azóta is szaporodott a kasznitika, úgy hogy RYBAK A. legújabban (orosz Arth. ref. Zentrbl. f. die gesamte Chirurgie etc.) már 46 ileus verminosust tudott összeállítani saját esete mellé.

Az ascaris az ileuson kívül, vándorlásával, tályogba kerülésével, bélfekélyek átfurásával, sőt nagy tömegével sebészi jelentőségű — de mindezekre nem akarok e bemutatás keretében kiterjeszkedni; csak azt kívánom még jelezni, hogy Erdélyben a köznépnl laparotomiáink alkalmával szerzett tapasztalataink szerint az ascaris rendkívül elterjedt bélféreg.

2. *Kardiolysis Brauer szerint, mediastino-pericarditis adhaesiva miatt.*

F. L. 22 éves napszamos. Baja 6 év előtt kezdődött, amikor hat hétig ágyban fekvő beteg volt, állítólag nagy lázak, mellkasi fájdalmak és fulladás voltak a gyengeség mellett betegségének kísérői. Ezóta mindig beteges, mert betegsége végén hasa elkezdett dagadni, s ez azóta hol nagyobb, hol kisebb, de teljesen le nem apad. 5 év múlva 1911. szept.-ben a belklinikára vétette föl magát betegsége miatt, majd 4 hét múlva javúltan haza ment. 1912. okt. 14.-én vétette föl magát újból a belklinikára, mert most már járni sem képes, gyorsan elfárad, szívdobogása van, étvágya nincs, lélegzése nehéz, köhög, hasa nagy mértékben dagadt.

Felvételkor a beteg halvány, cyanotikus. Mellkas domborad, a has jelentékenyen tágult. A tüdőhatárok egy borda közzel feljebb végződnek, a hasban szabad folyadék ad tompulatot. Hátul a tüdők teljes éleshangja a VIII. b. alsó szélén végződik, ezenalul tompult, gyengült légzéssel. A tüdők felett mindenütt apró hólyagú nedves szörcszörejek hallhatók. Belégzésnél a mellkas alsórésze különösen behúzódik. A szív orthodiagramos felvétel szerint minden irányban megnagyobbodott, hosszátmérője 15 ctm., szélessége 10 cm. A szív fölött a 4. bordaközben a systolekor behuzódás látható és tapintható, míg diastole alkalmával a mellkas fal előre löketik. Érverés

kissé szapora, kis hullámú, eléggé feszes, rhythmusos, paradox. A szív fölött diastolikus zörej.

A májtompulat a 6. borda felső szélén kezdődik s 2 harántujjal a borda ív alá ér. Tapintásnál felszíne egyenetlen, tömött. A lép is két harántujjal a borda ív alá ér, tömöttebb, sima felületű.

A has kerülete a köldök magasságában 93, a proc. xyphoid. magasságában 98 cm. A vizelet fs. 1022, fehérje és cukormentes, az üledékben sok kilúgozott vörös vérséj van. Nov. 7.-én a hasból 9 lit. 1017 fs., 9% fehérje tartalmú savót bocsatottak ki, de az ascites csakhamar újból fokozódik a diureticumok daczára.

Műtét 1912. decz. 23. morphin 0.01, chloroform-aether oxgyén bódítás óvatosságból a TIEGL-féle magas nyomású készülékkel. Lefelé domború lebenyes metszéssel szabaddá tesszük a szívtájékot, eltávolítjuk a 4., 5. és 6. bordákat a sternumtól a mellső hónalj vonalig s még a sternum jó részét Luerel, amíg a szívburoknak a mellkas csontos falával összenőtt területe látszólag felszabadul. Óvatosan eltávolítjuk mindenütt a hátsó esonthártyát is, azután a sebet teljesen elzárjuk.

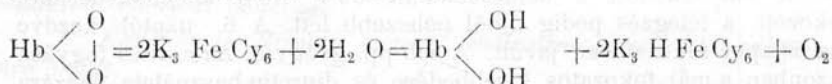
A műtét után közvetlen megkönnyebbedés volt tapasztalható a lélegzésben és a szív működésben, de 3., 4. és 5. napon a tüdőhurut súlyosbodott s délutánoként 39.7—39.3 hőemelkedéseket okozott, a lélegzés pedig újból nehezebb lett. A 6. naptól kezdve az állapot fokozatosan javult. A seb pp. gyógyul. Az ascites fogyása azonban a máj fokozatos kisebbedése és diuretin használata daczára csak lassan következett be. Mivel a has az utolsó hetekben változatlan III. 27. megcsapoljuk s 5 lit. folyadékot tudunk még kibocsátani (novemberben 9 lit. volt a lecsapolt savó.) A beteg közérzete máig, tehát 3¹/₂ hónap múlva sokat javult, cyanosisa megszűnt, egész nap fenn jár, mája tetemesen megkisebedett, a has megapadt, a pulsus paradoxus elmúlt. Meg van azonban még a beteg munkára még nem volna képes. Hogy a továbbiakban fog-e még az állapot javulni s milyen fokban, azt az eddig közölt esetek eredményei alapján meg nem mondhatjuk, de remélhetjük. A csontos mellkason készített ablak jól látható és tapintható; e területen jól láthatjuk a szívcsúcs systolicus behuzódását és diastolekor a szív előreboltosulását.

Esetünkben a BRAUER-féle mediastino pericarditis minden tünete meg volt, a mellkassal systolés behuzódása és diastolés előboltosulása, a PICK-féle hypertrophiás májcirrrosis, a pleura kérgesedések, a paradox pulsus, ascites, cyanosis. Méltán várhattuk tehát, hogy a szívvel összenőtt csontos mellkassal mobilizálása jó eredményt ad, amennyiben a beteg fiatalkorra a következményes változások javuló képességét engedte remélni. Reményünk ez ideig csak részben tel-

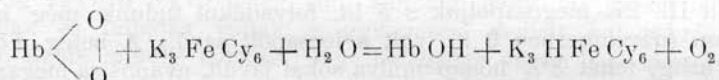
jesült, amennyiben tényleg jelentékeny javulás állott be, de a munkaképesség még nem tért vissza.

Az irodalomban eddig közölt kardiolytic esetek nagy részénél a javulás szinte közvetlen mutatkozott a műtét után s a betegek munkaképesek lettek, persze más részénél csak javulás volt — ilyen a mi esetünk is. A műtét maga a BRAUER-féle kardiolytic a mediastino pericarditis adhaesiva eseteiben feltétlenül megállja helyét, az ember műtétkor szinte látja, mint szabadul föl a szív azon óriás muokavesztességtől, mely a csontos mellfal mozgatásával az előtt reá hárult. Kivitele aránylag egyszerű, csak a narcosis aggályos ezen rossz körülmények közt levő szívnél. Az eddigi esetekben azért nincs nyoma, hogy narcosis végzetes bajt okozott volna. Helyi érzéketlenítéssel eddig nem boldogultak.

IV. REINBOLD BÉLA dr. *Adatok a methaemoglobin szerkezetének ismeretéhez.* Előadó az oxyhaemoglobin és ferricyanalkium között végbemenő reakciót abból a célból tanulmányozta, hogy a folyamat stöchiometriáját megállapítva, ebből a methaemoglobinnak kémiai szerkezetére következtethessen. Az eddig ismert adatok alapján a methaemoglobin molekulájában az oxyhaemoglobin „laza” oxygen atomjainak helyét két, vagy egy OH csoport foglalja el. A fennebb említett reakció menete az első esetben



a második esetben



kell, hogy legyen. Előadó részben spektrophotometerrel, részben gázmérési kísérletekkel megállapította, hogy 1 mol. oxyhaemoglobint 1 mol. O₂ felszabadulása közben 1 mol. ferricyanalkium alakít át aequivalens mennyiségű methaemoglobinná. Ebből következtethető, hogy a methaemoglobinban az oxyhaemoglobin „laza” oxygeniumának helyén egy OH csoport van. Ez a lelet KÖRSTER felfogásának helyességét bizonyítja. Arra nézve, hogy a Hb törzsnek a methaemoglobin keletkezése közben felszabaduló vegyértékével mi történik, további kísérletektől kell felvilágosítást várnunk.

X. Szakülés 1913. április 12.

Elnök: KLUMÁK ADOLF.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

I. VERESS GÉZA: Marschalkó pr. úr szíves megbízása folytán van szerencsém e 2 megjelenési formájában aránylag ritka, igen tanulságos universalis syphilises leukoderma esetét bemutatni.

Mind a kettő tipikus syph. leukoderma, mely talán a bőr különbeni természetes hyper pigmentatioja, sötét színe miatt ilyen kifejezett formákon ritkán található s növeli az esetek érdekességét az is, hogy unvers. az egész törzsre kiterjednek e leuk. foltok.

A Leukoderma syphiliticum élesen határolt, kerek, szabályos, egymással egyenlő depigmentatio foltjai össze nem téveszthetők a más dekoloratio folyamatok okozta vitilligo, leukoderma psoriatic albinismus stb.-vel. E kicsiny, egymással össze nem folyó, egyenlő foltok könnyen differenciálhatók a Leukod psoriatic. nagy foltjaitól, valamint a pseudo leucodermának nevezhető és a vonalas, csikolt hyperpigmentatio folytán előálló látszólagos festeny hiánytól is. (Pl. meleg borogat.)

Praedilection. helye a nyak tájéka, azonban igen gyakran a vállakra s hátra is terjed, vagy ritkán mint e 2 esetben is, az egész törzsre s végtagokra is.

Nőknél aránylag gyakrabban fordul elő, mint férfiaknál, ennek valószínű oka a nők pigmentatiojának a labilitásában keresendő, minek phys.-körülmények közt is nem egy példáját láthatjuk pl. terhességnél. Hogy barnáknál gyakrabban fordulna elő, annak valószínű oka a színcontrast miatti szembetűnőség, könnyebb felismerhetőség lesz.

A L. s-cum főleg az infectio I. félévében szokott fellépni. Tehát a korai stadiumban, a mikor legvirulensebb a betegség. Éppen ezért diagnostikai fontossággal bír, mely csak azóta csökkent, mióta a W. R. elhódította előle a teret. Azért most is biztos kriteriuma a syphlisnek s igen fontos symptomája a lateus lues. nek.

A Leukoderma átlag 5—8 hónapig fennáll, azonban sokszor évekig is fennállhat. Kezeléssel nehezen befolyásolható. Ennek érdekes példáját láttuk nemrég klinikánkon, hől egyik puellánál, kinél klinice biztos leukoderma volt a W. R. negatív volt. Illető ezelőtt 3 héttel egy előrement Hg. Salvarsan kurát végzett, mely a W. R.-t ennyire befolyásolta, míg a leukodermát nem változtathatta meg.

Késői stadiumban ritkán fordul elő. BRAUDWEINER statistikája 9-et említ. Congenit s. nél szintén ritka. RILLE írt le egy esetet 1½ éves gyermeknél Az eshetősége ennek is meg van, a menyenyiben a partus alatt acquiralt csecsemő s. e lefolyásában semmiiben sem különbözik a később acquiralt s.-lefolyásától s így a leukoderma képződést sem zárja ki.

Régebben az eredetre vonatkozólag egy post maculosus v. post papulosus, v. postexanthematicus és egy primär idiopathic leukodermát vettek fel. Ma már tudjuk, hogy a leukodermát ugyanaz a virus hozza létre, a mi az eflorescentiát, a syphlis mérge, mely ha nem durva elvált. nyomán lép is fel, okozhat klinice, makroskopicen nem látható olyan gyulladási folyamatot, mely a basalis-

sejtek festékképzését felfüggeszti, a tönkrement festékanyag eliminálása után, a bőrön most már makroszkopice jól látható festényhiányt okoz. Klinikai vizsgálataink győztek meg arról, hogy ha idejében, frissen vizsgálta, régiiek által primär-leukod. tartott elvált-ból szövettani metszetet készítettünk, mindig találhattunk a cutis mélyebb rétegeiben s a subcutisban endo peri phlebitist s kifejezett sejtes infiltrációt, mely megegyezik egy specific. gyulladás képével.

A leukoderma fellépésének a feltételeit nem ismerjük. Valószínű, hogy a fény vagy hő hatással bír, EHRMANN legalább kísérletileg is előidézett exanthemából egy uviol lámpa segítségével. Egyéb momentumok, mik a leukoderma képződést elősegítenék, csak hypotheticusak.

Hozzászól: VERESS FERENC és GÉBER JÁNOS.

II. BENEDEK LÁSZLÓ: A paralysis progressiva aetiologiájáról. Referáló előadás. (L. Értesítő 233—243. l.)

XI. szakülés 1913. május hó 10-én.

Elnök: DAVIDA LEO.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

I. VERESS GÉZA: MARSCHALKÓ professor klinikájáról beteg bemutatás.

25 éves fiatal ember. Homlokán 5 év óta fennálló fekélylyel. Orrgyök és a két szemöldök iv közti területen, egyenetlen, felhányt szélű, hámglyűrűvel övezett fekély. Klinikai kép és az anamnesis adatai is megfelelnek az ulcus rodens-nek. A kuriozumképpen végzett W. R. negatív. A szövettani vizsgálat basocellularis epitheliomát mutatott. Ezen aránylag jobb indulatú cancer ily fiatal korban ritka.

Theraphiája RÖNTGEN vagy sebészi. Ez esetben a radicalis seb beavatkozásnak nemcsak hogy akadályai nincsenek, de a fekély helyzete ép alkalmassá teszi arra.

Hozzászólás: MARSCHALKÓ TANR: A bemutatott esetben meglepő az, hogy a bőrök aránylag egészen fiatal egyénnél lépett fel. A klinikai kép — majdnem porczkemény, kissé kiemelkedő, de nem lobos, hanem neoplasmás jellegű szegély — oly jellegző, hogy a lassú éveken át húzóódó fennállásra tekintettel, mikroszkopos vizsgálat nélkül is biztosan meg lehet a körjelzést ejteni. Annál fontosabb, hogy a gyakorló orvos is korán felismerje a kezdődő epitheliomát, mert a gyökeres gyógyítás — egyelőre sajnos, itt is csak a radikális műtétben van; a RÖNTGEN sugár hatása — bár a klinikai eredmények meglepőek, s az eredmény kozmetikus tekintetben majdnem fölülmulhatlan, mégsem oly biztos, miután mint ezt újabb

vizsgálatok, köztük hozzászóló vizsgálatai is beigazolták, a RÖNTGEN sugár csak az egészen felületesen fekvő rákfészkeketképes elpusztítani.

II. ZACHER PÁL: *Többszörös máj és hasüreg echinococcus egy esetét mutatja be.* 52 éves napszámos, első ízben 1912. januárjában jelentkezett a belgyógyászati klinikán. Elmondja, hogy 5 hó óta beteg, 2 hó óta hasának felső részén csomókat érez ki, a melyek fájdalmasak. 5 hó előtt súlya 75 kg. volt, most 55 kg. Véretet nem hányt. Jelen állapottól fontosabb adatok a következők. Tüdőhatárok egy bordaközzel lejjebb végződnek. Nyelv bevont. Has a rendesnél nagyobb terjedelmű, különösen felső részén erősebb elődomborodás látható. Tapintásnál jobb borda ív alatt, egy dudorzos ellentálló képlet érezhető, melynek felületén 2—3 kb. alma nagyságú a legnagyobb. Tömöttek, nem fluctuálnak. Ezen kívül a hasüreg egyéb tájékán is érezhetők ki hasonló csomók az előbbiekkal egyező consistentiával, de ezek mozgathatók. Próba reggeli után kiszivattyuzott gyomor bennékben az összsaeciditás 54. HCl 13, tejsav 0. A beteg 5 napi benfekvés után elhagyta a klinikát.

Másodízben a beteg 1913. március 31-én kereste föl a klinikát. Állapota ezen idő óta folytonosan rosszabbodott. Hasa feszegebb, fullad. 1912. ősz óta naponkint hideglelései vannak, éjjelenkint izzad. Két hét óta végtagjai dagadni kezdenek. Fizikális vizsgálat alkalmával nagyjában ugyanazon elváltozásokat találjuk, mint az előbbi alkalommal. Máj most is nagyobb, göbös. Icterus hiányzik. A beteg 5 nap alatt hashártyagyulladás tünetei között meghal. Boncsolás eredménye a következő:

Férfi holttest. Csont és bőríg lesoványodott. Kachexiás kinézésű. Has mérsékeltén előbultult. Alsó boka körül mérsékelt vizenyő.

Hasfal megnyitásakor kb. 800 kbc.-nyi borleves színéhez hasonló, fibrin cafatokat tartalmazó folyadék ürül. Gázok nem távoznak. Már a folyadék ürülésekor is meglátni a benne uszkáló borsó, mogyorónyi gömbölyded, folyadékkal telt hólyagokat, melyek meglehetősen nagy számmal vannak és a hasüreg minden részében megtalálhatók. Máj a hasfalhoz hegesen odanőtt. A vékony bélcsok fibrines összetapadásban vannak. Úgy a vékony, mint a vastagbelek mesenteriumán elég nagy számmal ülnek alacsony kocsányon borsó, mogyoró nagyságú, gömbölyded szőlőszemszerű hólyagok. Ezek megtalálhatók a kis medencében a végbél falán is.

A jelentékeny, főleg jobb lebenyében eltorzult máj egész felszínét mogyorónyi, diónyi hólyagok teszik egyenlőtlené, melyeket a hasfalról eltávolított kérges heg szövet fed, a mely egyúttal a máj dudorzos felszínét elsimulttá teszi, csak a hól a heges szövet el van praeparálva, tűnnek át a hólyagok. A máj karélyos alsószéle össze kapaszkodott a haránt remesével, bal széle a gyomorral, mely-

hez egyúttal 5—6 kis diónyi, mogyorónyi szőlőfűrthöz hasonló, alacsony kocsányon ülő hólyag van rögzítve. A diaphragma több helyt diónyi gömbszerűen elő emelkedő hólyagok által van előböltösítva. Ezeknek megfelelőleg az izomzat annyira sorvadt, hogy áttűnni engedti a fluctuáló cystákat. Barna vörös májszövet a máj rekeszi és hátsó felszínén látszik csupán. Alakjában leginkább még a máj bal lebenye megtartott, de ennek is a rekesz felé eső alsó felszínén almányi tömlős elődomborodás van. A jobb lebeny mellső felületének kb. a közepén a hólyagok közt a kérges heg szövetben egy kis ujjat befogadó nyílásból epétől élénk sárgára festett nyúlós folyadék ürül, sűrűn tartalmazva hól ép, hol már megpukkadt leány hólyagokat. Megnyomva a még épnek látszó máj felszínét, akkor is ürül *epés geny.* Metszéslapon a máj jobb lebenye egy nagy, de több rekeszű barlanggá van átalakulva, melynek egyes inkább cylinder alakú rekeszeit keskeny szürkés fehér hegyszövet választja el egymástól, másutt még kevés barnás, megmaradt májszövet. A máj bal lebenyében székelő egy rekeszes barlang közlekedésben van a jobb lebeny több rekeszes barlangjával. Mindkettőt csupán fibrines gennyel takart sarjadzások szövet béleli és a hydatida saját falát csipővel sem lehet levonni. Ezen metszéslapon kiderült az is, hogy a máj mellső felszínét dudorzatossá tevő hólyagok nem a máj parenchymájában fekszenek, hanem a májat borító Glissontok felett s hogy azok a máj felszínét oly erősen benyomják, hogy a májban önmaguknak mintegy lenyomatát adják és pedig a máj állomány nyomási atrophijája folytán. Ép így csupán benyomják és sorvasztják a máj állományát a rekeszi felszínén székelő hólyagok is. Ezeket a Glissontokkal együtt ki lehet emelni a májból és meglehet kapni azok sima, sértetlen ágját a májban. Felemlítendő még, hogy a máj felszínén fekvő kisebb hólyagok sem egymással, sem a máj többrekeszű barlangjával nem közlekednek. Az ephólyag heges, zsugorodott, benne besűrűsödött törmelések epe. Az ephólyag az eddig említett hydatidákhoz teljesen hasonló hólyagok által van közre fogva, mely utóbbiak betörnek a mesocelon transversumba, sőt beburjánznak a retroperitonealis kötőszövetbe is. A flexura coli dextra alatt egy szinte ökölnyi hólyag komplexum található, a mely a máj felületét fedő és a mesocolon transversumba beburjánzott hólyagokkal összefüggésben van. A flexura coli sinistra mesocolonjában két hólyag fekszik. Ezek közül az egyik kis almányi, a másik diónyi. A mesocolon descendentben, a mesosyngmoideumban, a mesorectumban egymással összekapaszkodó férfi ökölnyi, dudoros felületű hólyagtömegek fekszenek. A kis medencéből jó ökölnyi, szinte feszülésig telt hólyag emelkedik elő, szorosan összekapaszkodva a húgyhólyaggal s a mennyire követni lehet, nagyobb tömegével a keresztcsont vajúla-

tát tölti ki. Ugyanily hólyagos, de kisebb, gyermekökölnyi tömeg tapintható ki a mesococumban is. A bal vese medencze, a bal ureter nyomatása folytán kis almányira tág, pyramisok lelapítottak. Egyéb különösebb elváltozás nem volt. Az elgennyedt máj echinococcus tartalmában igen sok staphylococoust találtunk és kevés coli szerű bacillust. Végeredményben a halált az elgennyedt máj echinococcus perforációjához esatlakozó általános gennyes hashártyagyulladás idézte elő.

Az irodalomból felsorolt esetek, kísérletek alapján a hasüreg többszörös echinococcusát a máj echinococcusából származtatja oly formán, hogy a máj echinococcusát tartja elsődlegesnek, melyek — tekintve a hasüreg disseminált echinococcusainak nagyságát — talán két, három évvel beállott spontan repedése után indulhattak fejlődésnek a hasüreg többi echinococcusai, melyeknek egyrészt éppen a májkörüli gömbszerű csoportosulása, kocsányossága, másrészt a kismedenczében való elhelyeződése szinte kísérletszerűen tanuskodnak feltételének valószínűsége mellett.

Hozzászólás: VIDAKOVICH KAMIL dr. ritka elhelyeződésű echinococcus hólyagot mutat be. A tömlőt 1909 aug. 16-án írtotta ki a sebészeti klinika járóbeteg rendelésén. M. Gy. 34 éves szobafestő nyelvvalatti tájáról. Mint baja előzményeit a beteg előadja, hogy két év óta veszi észre, hogy nyelve alatt mindjobban megdagad. Eleinte a daganat, mely nem is nőtt feltűnőbben, különös bajt nem okozott, utóbbi időben azonban rohamosan megnövekedett és súlyos kellemetlenségeket okozott neki. Utóbbiak főleg abban állottak, hogy száját nem tudta becsukni, állandó nyálfolyásban szenved, lélegzése akadályozva van és emni nem tud. — Mindezek miatt esont és bőrre soványodott le. Kérdésünkre, hogy városunk lakója lévén, miért juttatta ennyire a dolgot, azt a választadta, hogy társai lebeszéltek a műtétről, melytől ő maga is félt.

Klinikailag a daganat nyelvvalatti tömlő képét nyújtotta, mindenestre szokatlan nagyságban. A nyelvvalatti tájat úgy a szájfelé, mint kifelé is erősen kidomborította. A szomszéd képletek felől elmozdíthatóságot nem mutatott. A száj nyálkahártyáján keresztül kékesen tünt át. Kifelé ép bőr fedte. A nyelv a szájpadhoz volt nyomva, mozgásai nagy fokban korlátoztak, épp úgy a nyelés, valamint a lélegzés is. Száját becsukni nem tudta; nagyfokú nyálfolyás.

Mindeme tünetek alapján ritka nagyságú ranulának tartottuk és mint ilyen, ambulanter rögtön meg is operáltuk. Legnagyobb meglepetésünkre a bemetszésnél, melyet a nyelvtől jobbra ejtetünk ott, hol a daganat a szájnyálkahártyát legjobban elődomborította, a készítményt képező 7 cm. átmérőjű gömbszerű echinococcus hólyag toltult elő. Kifejtése könnyen sikerült, benne számos leányhólyag volt. Az üreget jodoformgazeval tömtük ki és ily formán

kezeltük kb. másfél hónapig, mely idő alatt teljesen meggyógyult. A beteg két hónap alatt a műtét után 25 kilogrammot hízott.

A eset felemlyését 3 oknál fogva tartom érdemesnek: Először elhelyeződésénél fogva a ritkaságok közé tartozik. A rendelkezésemre álló irodalomban a következő nyaki echinococcusokat találtam: Bizonytalan elhelyeződéssel közölnek eseteket: PERIĆ és LALIĆ 1897, REICH 1898, DE NICOLA 1901; a nyaki és szomszéd izomzatban észleltek tömlőket STEINBRUCK a musc. cucullarisban 1899, FRIGOLI a musc. masseterben 1902, PINATELLE--LERICH a musc. pterigoideusban. A pajzsmirigyből távolítottak el echinococust: EHRHARDT 1905, RICHE és DEVÉR 1906, MAKARA 1906, SANDVOSS 1907 és ULZMANN (2 eset) 1909. Ebből látható, hogy az echinococcus kedvez helye a nyakon egyrészt az izomzat, másrészt a pajzsmirigy. A miénk is valószínűleg a nyelvatti izomzatban: musculus genioglossusban fejlődött. A nyakra a tömlő a vérpályák útján, vagy a mint DE NICOLA esetében valószínűnek tartja, a ductus thoracicus útján jut.

Fontosnak tartottam az eset megemlítését másodszer azért, mert a nyakon diagnostikai tévedésre adhat okot, mi is a hólyag próbapunctiója nélkül ramulának tartottuk. Azért a hólyag punctiója műtét előtt elengedhetlen. Végül harmadszor érdemes volt megemlíteni az esetet, mert tanúságot tesz nálunk még a városi lakosság részéről is néha tapasztalható ama indolenciáról, mellyel testi baja iránt viseltetik.

III. KENESSEY ALBERT *vulvovaginitis gonorrhoeica infantumhoz* társuló belső ivarszervi gonorrhoeás szövődmények 2 esetének kórboneztani készítményeit mutatja be. Az egyik egy 14 hónapos, a másik egy 10 hónapos csecsemőtől származik, kiknél klinikailag vulvovaginitis gonorrhoeica volt, pozitív gonococcus intracellularis lelettel. A klinikai lefolyás tekintetében a betegség különösebb tüneteket, nevezetesen olyanokat, melyek belső ivarszervi megbetegedések gyanúját keltették volna, nem okozott. A gyermekek bronchopneumoniában haltak meg. Boncsolásnál a kép általában megegyező mindkét esetben: a vulva, vagina nyákos-gennyes váladékkal fedett, belövelt. A nyakcsatorna gyulladáshoz, gennyes nyákot tartalmaz. A méh üreg tágabb, benne meglehetősen bő, kissé nyákos zöldes-sárga genny. A gennyből mindkét esetben sikerült intracellularisan is előforduló, Gram negatív diplococcusokat kimutatni, sőt az egyik esetben hydrocelés agaron ki is tenyészteni. A méh és függelékei, mindkét esetben, egymással és a kis medence peritoneumával többszörösen összenőttek, úgy, hogy amiatt tetemes dislocatio, a tubaknak, szalagoknak és ovariumoknak rendellenes elhelyezkedése, lefutása és megtöretése, valamint számos vak tasak keletkezett. Az egyik esetben pedig a méh jobb oldalán a lig. latum lemezei közt

erős proliferatios gyulladás a méh jobb oldalán, melynek sarjadzások szövetebe a jobb oldali, a rendes jóval nagyobb átmérőjű tuba mintegy be van ágyazva és microscopice maga is redőinek túltengését, a rendesnél vastkosabb voltát mutatja, míg hámja, bár lelapított, kifoszlásokat nem mutat. A tumorszerű interligamentozus képlet microscopice sarjadzások szöveteiből áll, melynek vándorsejtes elemeit túlnyomólag gömbsejtek és plasmasejtek teszik. A 2 bemutatott eset is támogatja azt az utóbbi időben mindinkább terjedő feltevést, hogy a vulvovaginitis gonorrhoeica a gyermekkorban is, habár nagyon ritkán, ascendalhat súlyos, maradandó elváltozásokat okozva.

IV. MATUSOVSKY ANDRÁS bemutatása: Egy 66 éves asszony a szemészeti klinikára azzal a panasszal jelentkezett, hogy nem lát a bal szemével 4 év óta, a jobb szemével 6 hét óta. A bal szemének fényérzete nem volt, a jobb szemével 2 méterről olvasott ujjakat. A klinikusok atrophia n. optici-t diagnosztizáltak. Így feküdt a klinikán márczius 31-ig, midőn reggel 1/27 órakor hirtelen rosszul lett, eszméletét vesztette és összeesett. Ezen állapotában szív működése felmagasztalt, légzése Cheyne-Stokes jellegű volt s nehányszor az egész testre kiterjedő clonicus göresöket észleltek. Egy óra múlva magához tért, azonban állapota nemsokára rosszabbodott s 9 órakor meghalt. Így került a kórboneztani intézetbe Hemiplegia l. d. (Embolia?) és Atrophia nervi optici (neuritis retrobulbaris) diagnosissal. A boncolásnál kiderült, hogy az a. carotis interna sin.-n az ér egész kerületére kiterjedő jó méretű aneurysma ül közvetlen az a. cerebri med. elágazódása felett, mely a b. o. n. opt. teljesen elsorvasztotta, úgy, hogy ép idegrostot a szövettani vizsgálat alkalmával nem lehetett találni. Az agyalapról elég sok híg vér ürült. Felemlíthető még az aortában talált súlyos arteriosclerosis.

Az agyalapi aneurysmák elég gyakoriak. HEY 322 esetből csinált statisztikát, melyből kiderült, hogy az a. cerebri medián a leggyakoribb. A kórboneztani intézetben már eddig 2 esetben találtak nagyobb aneurysmát. Keletkezésükre vonatkozólag legnagyobb szerepe az arterioscler.-nak van, a bujakór teljesen kizárható. Esetünkben is a WASSERMANN reactio negativ volt. A veleszületett hajlammal is fontosságot tulajdonítanak, melyet több szerző bizonyít eseteivel.

Az agyalapi aneurysmáknak az élőben való felismerése nehéz, mert igen sokszor nem is okoznak tüneteket, máskor pedig csak a bekövetkezett repedéssel kapcsolatos apoplexia árulja el. Jellemző tünete a koponyán hallható zörej. A hazai irodalomban KORÁNYI SÁNDOR báró közölt ilyen eseteket, melyekben sikerült neki felállítani az agyalapi aneurysma diagnózisát, ezen tünet segítségével.

Ha megreped az aneurysma, akkor az apoplexia tünetei lépnek az előtérbe. Ekkor sem lehet megállapítani, hogy aneurysma repedésről van szó, mert sok oly betegség van, mely azáltal, hogy az agy állományába vérzést okoz, hasonló tüneteket hoz létre. Megpróbálták az agyalapi aneurysmákat sebészileg kezelni, mely az a. carotis lekötésében áll. SATTLER 56 esetben végezte ezt a műtétet, állítólag 37 esetben eredménnyel.

Esetünk annyiban bír érdekességgel, hogy az intézetünkben eddig bonczolt agyalapi aneurysmák között a legnagyobb. Azonkívül a tünetei is érdekesek, a melyek arra indították a beteget, hogy a szemészeti klinikákat keresse fel. Beteg megvizsgálása alkalmával sem találtak tüneteket, sőt a bekövetkezett apoplexia sem nyújtott biztos alapot az agyalapi aneurysma felvételére.

Hozzászól: IMRE JÓZSEF. Az ismertetett eset egy része a szemklinikán folyt le. Az asszony látása felvételkor már igen rossz volt: ujjak olvasása 1—2 m-ről, ezért nem lehetett a látótér finomabb vizsgálatáról szó, mely jobb látás esetén a látóideg megbetegedésének mivoltáról, helyéről, fejlődéséről némi tájékozódást nyújtott volna. A diagnosis „neuritis retrobulbaris“ volt, a mit lényegében igazolt a lefolyás. Az egyetlen különbség a látás-élesség gyakori és gyors ingadozása volt, a mi az aneurysma változó feszességéből, tehát az opticus nyomatásának ingadozásából volna talán magyarázható.

XII. szakülés. 1913 május hó 31.

Elnök: DAVIDA LEO.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

I. KOLESZÁR LÁSZLÓ: *Aneurysma permagnum esete.* (L. Értesítő 244—245. l.)

II. STEINER PÁL: *Adatok Magyarország húgykő-statistikájához.*

A „Magyar Sebésztársaság“ megbízásából foglalkoztam a húgykővek elterjedésével Magyarországon és 1201 húgykőeset jutott tudomásomra, ezek közül 420 a 15. életéven alul, 781 a 15. életéven felül fordult elő. A gyermekkori 420 eset közül 135 eset, vagyis 32% esik Erdélyre; Erdély a gyermekkori lithiasist illetőleg nagy arányban szerepel. Épp így van ez a felnőtteknél is. A 781 felnőtt eset közül 200 eset, vagyis 25.5% esik Erdélyre. Saját eseteink is azt igazolják, hogy Erdélyben gyakori a húgykő. A kolozsvári sebészeti klinikán 1905 óta 117 húgykőeset fordult elő, 40 a gyermekkorban, 77 a felnőtt korban. A gyermekkori esetek mind erdélyiek, a felnőtt esetek közül csak 2 a szomszédos biharmegyei,

többi mind erdélyi. A segesvári kórház 103 esete, a tordai kórház 42 esete szintén mind erdélyi. Így Erdélyt húgykőben gazdag országrésznek kell tartanunk.

III. STEINER PÁL: *A prostata-atrophia sebészi gyógykezelése.* Előadó ismerteti a prostata atrophia kóroktanát, kórjelzését és gyógyító módjait. A 14 eddig sikerrel operált és irodalmilag ismert esethez egy új esettel járul. 47 éves tanító, kinél 10 év előtt gonorrhoea ment előre. 1912 július elején vette észre, hogy vizelési nehézségei vannak, csakhamar teljes rekedés állott be, úgy hogy állandó katheterrel élt. Minthogy conservatív kezelés eredménytelen volt és a vizeletrekedés centralis eredetét (tabes) kizártam és a rectalis, valamint kystoskopos vizsgálattal atrophia prostatae-re tettem a diagnosist, a betegnek műtétet ajánlottam, a melyet 1912 szeptember 4-én végeztem. A műtét transvesicalis prostatectomiából állott. Az eltávolított prostata súlya 8 gm. volt, eltávolítása a lobos, heges összenövések miatt nehéz volt. A beteg 1912 szeptember 26-án vizelt először spontán és október 5-én teljesen gyógyulva távozott. Jelenleg 8 hóval a műtét után a beteg teljesen jól vizel, rendes intervallumokban. Ezek alapján prostata-atrophia esetén a prostatectomiát, mint célhoz vezető műtétet, ajánlom.

IV. VIDA KÖVICH KAMILL dr. *A veseerek sérüléseiről:* Eddig a vesék sérüléseit a veseerek sérüléseivel egy közös fejezetben tárgyalták, holott különböző okoknál fogva kívánatos és jogos a kétféle sérülési formának különválasztása. Ilyen okokként említendőek: a fedett vesesérülések létrejövetelének sajátos mechanizmusa, a klinikai tünetekben mutatkozó különbség és az a körülmény, hogy a veseerek sérülései mellett a vese sokszor — legalább szabad szemmel — sértetlennek látszik. Ily értelemben ketté választva a két kórformát az irodalomból (kivéve a háborúk sérüléseit) 22 veseér-sérülést sikerült összegyűjtenie. Mint 23-ikat saját esetét említi, melynek lefolyása a következő: 20 éves férfi. 1912. augusztus 4-én hasba szúrták; mentők szállítják a kolozsvári sebészeti klinikára. Igen halovány, nyugtalan, érverése 140. Légzése igen szapora, mellkasi jellegű. Tüdő, szív épek. Hasa behúzódtott, igen feszes érzékeny. A köldöktől balra szúrt seb, melyből cseplesz lóg ki. Laparatomia a köldök alatt. A has teli vérrel, egy vékonybélkacs kettősen átszúrva. Retroperitonealis haematoma, melyben a vese fekszik. alsó polusa kettősen, az arteria renalis teljesen átszúrva. Nephrektomia, gyógyulás.

Úgy a saját, mint az irodalomból összeszedett esetek alapján a veseerek sérüléseinek sajátosságait a következőkben ismerteti.

A veseerek sérülései a legkritikább sérülési formák közé tartoznak. A kolozsvári sebészeti klinikán 1905. óta évi 1275 (92 szúrás, 116 lövés) sérülés között két vesesérülés mellett csak a leírt

veseérsérülés fordult elő. A sérülés ritkaságának oka a vesecereinek védett elhelyezésében keresendő.

Direct vagy indirect, fedett vagy nyílt sérüléseket képeznek. A fedett sérülések vagy a vesére tangentialis irányban ható erő következményei, vagy esésnél jönnek létre azért, hogy a test mozgásának megszűnésénél tehetetlenségüknél fogva még tovább mozognak, míg kocsanjuk elszakad, vagy direct erő következményei. A nyílt sérülések vagy szúrásai vagy lövésai sérülések. Mindezek szerint változik a kórboneztani képük is. Igen fontosak a behártyasérülések, mert thrombosis és aneurysma képzésre vezetnek néha az erek kiszakításnak az aortából és vena cavából. Kórboneztani szempontból fontos a haematoma, mely igen különböző elhelyeződésű lehet: intraperitonealis, retroperitonealis, intrathoracalis ritkán a hólyagban foglal helyet.

Klinikai tünetek közül említendőek a belső vérzés tünetei, az shok és fájdalom. Haematuria csak a vese egyidejű sérülése mellett fordul elő. Mindeme tünetek mellett igen nagyszámúak lehetnek a melléksérülések okozta tünetek.

A kórisme, ha a kórkép az utóbbiak által nimesen zavarva, a sértő eszköz behatolási helyétől és irányától nagy valószínűséggel megtehető.

Kórhóslási szempontból tekintetbe veendő az elsődleges elvérzés veszélye, a késői vérzések (aneurysma, thrombus ellágyulása, kilökődése) a sepsis lehetősége, a shok és a melléksérülések súlyos volta. Utóbbiak vagy a központi idegrendszer, vagy a csontrendszer, vagy a belső szerveket érik.

Kimenetelükről a következő számok adnak felvilágosítást: meghalt (a 23 közül) 10 = 43·5%, meggyógyult 13 = 56·5%. Műtétet végeztek 15 esetben, ezek közül csak 4 halt meg. = 26·5%.

A sérülés ellátásának módja a nephrektomia, mely várakozást nem tűr, csak így sikerül a beteget megmenteni. Lehet, hogy részleges ér-sérülések érvarrás útján is meg lesznek menthetők arra való esetekben. Kivételesen járhatunk el még olyan esetekben is, ha rendellenes vese ütérrel van dolgunk: több arteria renalis vagy egy arteria, mely több ággal látja el a vesét. Ha utóbbiak egyike sérült meg, szóba jöhet a veseresectio esetleges vesemedence képléssel (DOLLINGER szerint).