

É R T E S I T Ő

AZ ERDÉLYI MUZEUM-EGYLET

ORVOS-TERMÉSZETTUDOMÁNYI SZAKOSZTÁLYÁBÓL

I. ORVOSI SZAK.

XIII. kötet.

1891.

II. füzet.

AZ ARTERIA TEMPORALIS PROFUNDA ANTERIORBAN SZÉKELŐ ANEURYSMA TRAUMATICUM GYÓGYULT ESETE. *)

Dr. Brandt József tanártól.

Salamon Benjámín 37 éves, nős, szobafestő, múlt őszön — szeptember közepe táján — a kolozsvári vasúti állomás emeleti párkányát a nap hevében mázolván, elszedült és létrájáról ledőlván, előbb a táviró sodronyon fennakadt; innen a perron üveg fedelére s ezt áttörve, a kőjárdára esett. Ezen esés után órákig eszméletlen volt s baloldali koponyasérülést is szenvedett, mely utóbbi két heti orvosi kezelésre teljesen begyógyult.

Az — állítólag ezen esés után 2—3 nap mulva fellépett — fülzugás miatt a beteg mult év november 12-én klinikámat kereste fel.

A füljárat tükrözése, annak — mint nem különben a dobhártyának — normalis állapotát tüntette fel a hallási működésnek teljes épsége mellett. Beteg a hangvilla rezgését mindkét oldalon egy és ugyanazon távolságra hallja. Az állítólagos fülzugás ezek szerint annál kevésbé lehetett annak az ismert subjectív zugásnak a tünete, mely a hallási szervek különböző bántalmainak a kísérője; miután zeen vizsgálatnál a zugást magam is hallottam. — Ha a stethoscopot

*) Bemutattatott az erdélyi Múzeum-egylet orvos-természettudományi szakosztálya 1891. január 31-én tartott orvosi szakülésén.

ezen egészséges és jól fejlett férfiú bal fülére, vagy a bal halánték és falcsontjára helyeztük, akkor systolicus zörejt hallottunk. Ezen zörej a beteg jobb fülén is hallható volt, sőt a koponya és az arc egész felületén, a fogsorokon, a szájpardon is, ha a stethoscopot ezen területek különböző helyeire helyeztük, — de különböző erősségben. A legnagyobb intenzitással birt a zörej, különösen a mi a hang magasságát és élességét illeti — a bal halántéktájon, közvetlenül a járomcsont és hid felett, míg annak mélyebbi teltsége a járomcsont és hidon belül székelt.

Systolicus, érdes fúvás, mi a diastoleban egy magasan csengő és élesen ékelt hanggal végződött, képezték a zörej hangárnyalatait. Hasonlításképen mondhatjuk, hogy a zörej annak felett meg, melyet rendszeren az aneurysmáknál szoktunk hallani és anélkül, hogy a szervezetben előforduló ilyen zörejeknek bővebbi taglalását — főleg esetünkre vonatkozólag — megelőzni akarnám, hiszem kimondhatni, hogy itt egy aneurysmával volt dolgunk. — Ugyanis ilyen zörejek nem kizárólag aneurysmáknál fordulnak elő, míg túlfelől aneurysmák ily zörejek nélkül is létezhetnek. Például: előadásaimban hallgatóimat többször figyelmeztettem, hogy czombficzamnál hátrafelé, ha ujjainkkal az arteria cruralist érintjük, egy az aneurysmáéhoz hasonló zörejt is érezünk. Ez egy ugynevezett szűkületi zörej, mely az által áll elő, hogy az arteria a fan-íven megtörést szenved, a vér az ezen törés által létrehozott szűkületen át erős surlódással sodortatik tova az arteria további tágabb folytatásában, és ez a surlódás idézi elő a zörejt. Ehez hasonló demonstráltam egy alkalommal, egy ascitessel complicált veleszületett inguinal sérvnél, mikor a folyadékot a tág hasürből a tág sérvtömlőbe a szűk sérvnyakon át gyorsan menesztettem. — Hogy ehez hasonló szűkületek, az arteria megtörése által, ebből kifolyólag zörejjel, csonttöréseknél is fordulnak-e elő, arra nem emlékszem. Csonttöréseknél a helyi változások — szövetfeszülést és összeállást tekintve, rendszeren mások, mint a ficzamoknál.

Az arteriák a törvégektől vagy egészen, vagy részben elszakaszthatnak, vagy aztán a környező szövetek nagyobb surlódásánál nem is szenvedhetnek olyszerű eltolatást, melynek szűkület lehetne a következménye. — Ha az arteriák a csontvég által csak megsértetnek, akkor egy aneurysma traumaticum létesül, a mi azonban nem lehet gyakori, mert 24 évi működésem alatt ezen klinikán csak egy-

szer észleltem. Ennek egy alszártörés és az art. tibialis ant. sérülése volt az oka, minek következtében mondhatnám szemem előtt fejlődött ki egy álaneurysma, a mely 6 hét multán Theden-féle compressio alatt meg is gyógyult. Mindazonáltal lehetséges, hogy bizonyos helyi viszonyok között, pl. egy lapos csont betörésénél, — ha felette egy arteria fut el — ez olyan behajlást szenvedhet, mely szűkülést és ezzel összefüggésben zörejt idéz elő. Megengedve ilyen lehetőségeket, tehát a zörejt nem mindig jelent aneurysmát, túlfelől a zörejt hiánya sem zárja azt ki. Nem nagyon régen műtöttem klinikámon egy aneurysma popliteumot Hunter szerint; — egy pár évvel később demonstráltam az aorta ívnek egy aneurysmáját, mely a sternum usurája után ökölnyi nagyságban került a bőr alá, — s mindkét esetben teljesen hiányzott a zörejt, két év előtt pedig megint egy kis aneurysmát, tulajdonképen arteriectasiát találtunk a koponya jobb oldalán zörejt nélkül. Az aneurysma lényegéhez szükséges egy arteriosus vért tartalmazó ürdaganat, a mely egy arteriával összefüggve a systoleban minden átmérőjében nagyobbodik, a diastoleban kisebbedik s a vér odaáramlásának elzárásával elenyészthető. Mindezeket a jelen esetben — legalább egyelőre — nem mutathatjuk ki, mivel a megtámadott hely feszes bőnyék, vastagrétegű izmok és csontok által is fedve van. Mindazonáltal a sajátságos fúvó, sőt zúgó systolicus zörejből ítélve, — ha erős voltának egy részét a koponya nagyfoku rezgés-képességének tulajdoníthatjuk is, — a diagnosis aneurysmára tehetjük, és csak annak helyét és természetét jelezni állana klinikai érdekünkben. — Hogyha már mint okot, az esést a főre, — a mi kétségkívül — tekintjük: akkor nagyon közel esik egy arteriának beszakadását feltenni és az azzal járó aneurysmára gondolni. Valószínűségben ez a feltevés még az által is nyer, hogy a beteg állítása szerint, e zörejt már az esés utáni 2—3-ik napon jelentkezett. Ha ezen állítás a ténynek nem felel meg, és a zörejt csak egy későbbi időben állott volna elő, akkor közelebb állana egy traumaticus ütéllyel kifejlődött aneurysma verumnak a felvétele. Therapia szempontjából véve, ezen praecis megkülönböztetés — jelen esetben, különben egészen közömbös, miután mindkét kórállapot csak egy és ugyanazon eljárás alá esnek, t. i. az aneurysma felé a vérkeringést beszűntetni.

A mi az aneurysma helyét illeti, hajlandó voltam azt az arteria meningeae mediával összefüggésbe hozni, mely feltevésre azonban nin-

csen más támpontunk, mint hogy a zőrej a bal halántékesont területén legélesebb és a beteg ezen oldali állandó nyomó fejfájdalomról panaszol.

A carotis externának különben bármelyik ágában is székelne az aneurysma, az oly kórállapotot képez, mely úgy objective, mint subjective véve — a betegre nézve veszedelmes és így annak radicalis műtéte okvetlenül szükséges. Miután a carotis communis vagy a carotis externának momentán compressiója a zőrejt teljesen szüntette, e műtetre az útnak is elő volt írva, t. i. az egyik vagy másik compressiójának az állandósítása. Önök előtt ismerve van, hogy a vérkeringés megszüntetésére a legjobb út az edénynek alakötése, és azt itt a carotis externán végrehajtva, leghamarább értünk volna célhoz. De nem szabad felednünk, hogy a carotis externának — éppen az alakötési helyen alól — több hatalmas ága van és az ezek felett képződő rög a véráram által könnyen kilökethetnék. Akkor oly nagy utóvérzéssel volna dolgunk, a mely esetleg a carotis communis gyors alakötésére kényszerítene. Ilyen eshetőségek ellen biztosíthatjuk magunkat, ha a carotis externát magasan fenn a gland. parotis melletti bevonulásánál kötjük alá. A mi esetünknel is ezt a műtétet voltunk megteendők, ha egy másik eljárás nem vezetne célhoz. Ez az eljárás, melyet különösen Vanzetti pártol, tudvalevőleg a digital compressio. Én ezen eljárást eddigelé már három ízben kísérlettem meg aneurysma popliteumnál, de mindig eredmény nélkül és mind a három esetnél kénytelen voltam az arteria cruralist Hunter-Anel módszer szerint alakötni, mikor is nem maradt el a jó eredmény.

Mivel a beteg a véres műtétől vonakodott, — míg a digital compressio eredménytelenségéről meg nem győződött — egyelőre ezt az eljárást követtük.

1890. november hó 16-án déli 12 órakor megkezdett a compressio, majd a carotis communis, majd annak ágazatain, a bal állszöglet táján és a zőrej teljes megszüntetésével tartott $7\frac{1}{2}$ óráig este. A carotis communis compressióját a beteg nagyon rosszul tűrte, az ágazatok összenyomása $7\frac{1}{3}$ órán keresztül szintén oly nagy fokú általános izgatottságot és fájdalmat okozott a nyak baloldalán, hogy be kellett szüntetni, és a zőrej utána épen olyan volt, mint azelőtt. Az eljárás folytatva lett 17-én, 6 órán át, 18-án 8, 19-én 10, 20-án 10, 21-én 12, 22-én 12, 23-án 12 órán át. 24-én a beteg elhagyta

a klinikát és azontúl csak mint ambulans járt be naponta, mikor is 6 órán át lett a digital compressio alkalmazva. Összesen 179 órai digital compressio minden eredmény nélkül maradt. Beteget az ambulatoricus kezelés alatt magam nem észleltem és csak berlini útam után — midőn december 22-én a fentebbi megjegyzéssel nálam jelentkezett — láttam, még pedig ezen hónap alatt némileg megváltozott — következő kórképpel: A zúgás erősödött, különösen a járom-csont és híd alatt; a bal fej és arczfél megnagyobbodott, legkiállóbb a járomcsont és híd és az a feletti temporal terület, úgy, hogy az utóbbi a jobb oldalnak a bemélyedése helyett, inkább kifelé van domborodva, a mint ezt múlt év december 27-én az arcz- és fejről vett gypsz-gyűrűk is mutatják. Az alsó szemhéj is vizenyösen duzzadt, mint nemkülönben a bal pofa, úgy, hogy a száj-zug melletti redő teljesen elenyészett. A járom-hídra a cavum temporale irányában gyakorolt energicus nyomás annak ruganyos engedékenységéről és benyomhatóságáról győz meg s ez alkalommal a zúgás teljesen szünetel. Ugyanígy eláll a zúgás, ha újjal vagy írónnal közvetlen a járom-híd felett gyakorolunk nyomást. Utóbbi hely az art. temporalis profundának felel meg, s így ezen útér az aneurysmával közelebbi viszonyban kell álljon, sőt biztosan mondhatjuk, — miután az útér compressiója alatt a zúgás teljesen megszűnik — hogy az aneurysma csakis ezen, vagy ebben az útérben székelhet. — A diagnosznak ilyszerű helyreigazítása mellett kérdésbe jön az, ha valjon annak gyógyítása ezéjából még mindig az az előtt tervezett útat t. i. a carotis externa alakötését választjuk-e, vagy mást? E kérdésnek eldöntése jelen esetben egyfelől attól függ, hogy a környi alakötés nyújt-e annyi biztosságot, mint a központi, másfelől pedig, hogy a kettő közül melyik jár nagyobb technikai nehézségekkel? Miután meggyőződtem arról, hogy az arteria temporalis profundának a járom-híd feletti órákig tartó compressiója a zúgást teljesen megszüntette, megfontolt számításom mellett, hogy a technikai nehézségeket legyőzhetem, az arteria temporalis profunda alakötésére határoztam el magamat. Mit 1891. január 21-én végre is hajtottam, hogy milyen szép eredménynyel, azt az igen tisztelt urak az itt bemutatott, teljesen gyógyult betegnél láthatják.

Ha már most végül azt említem, hogy ezen műtét a musculus temporalison át egy mély, tölcészerű, feszes szélekkel bíró térben

különös nehézségekkel járt, úgy, hogy hasonló esetben szivesebben venném elő a carotis externa alákötését, továbbá, hogy az ütér fel-fedésénél ennek csontos alapján az íksont nagy szárnyának egy jól érezhető hasadását constatáltam, mi által az arteria temporalis profundában székelő traumaticus aneurysma jelenléte meg lett erősítve: oly esetet véltem önökkel közölni, mely tudtommal az irodalomban eddig leírva nincsen.

EPISPADIA ÉS ECSTROPHIA VESICAE URIN. ESETE. *)

Dr. Höntz Kálmán egyetemi tanársegédttől.

(Egy ábrával.)

A fejlődéstanból tudjuk, hogy a húgyhólyag az allantois hátramaradó részéből fejlődik, mely a középső csirlevélből két solid edénydús kinövés alakjában ered. Ezen két dombocska symmetrice fekszik a középvonal mindkét oldalán, összenőnek egymással s addig hosszabodnak, míg a cloaca falát nem érintik. Míg az ébrényből kinövő allantois hólyagcsa a chorion képződéséhez járul, addig a cloacával érintkező részből, az urachusból a húgyhólyag képződik.

Az urachus alsó részében orsószerűleg kitágul és képezi a húgyhólyagot, míg többi részeivel egy ürmenet alakjában a köldök-zsinórba szájadzik.

Az ébrényélet 4-ik hetében, midőn a bél- és az uro-genital szervek egy közös cloacába szájadznak, a majd még csak leendő gáton egy nyílás található, t. i. a cloaca külső nyílása. Ezen cloaca későbbben egy haránt irányú válaszfal által egy mellső és hátsó csőre osztatik. A mellső képezi a sinus urogenitalist, mely nőknél még egyszer, húgycsőre és hüvelyre lesz elválasztva, a hátsó a végbelet. Ezen osztást megelőzőleg a 6-ik hétben a symphysis pubis helyének megfelelőleg az u. n. nemi dombocska lép fel, mely lassanként kiemelkedik; alsó felületén egy a cloaca nyílás felé vonuló barázda az u. n. nemi barázda található. Mialatt az egyesült nemi dombocskában a glans kifejlődik, a meghosszabodó gát addig a cloaca mellső nyílását azaz a sinus urogenitalis nyílását a symphysis alsó széle felé tolja.

Rose szerint a húgycső maga is három részből képződik t. i. a hólyagnyakból a pars prostatica, a külső bőr betüremkedéséből a finemű magzatoknál a húgycső makktuyi részlete, — a bélcső hátsó végének kitüremkedéséből pedig a húgycső többi része a prostataig.

A hólyag és a húgycső fejlődésének rövid vázolósa után átterhetek első sorban az epispadiára. Epispadia alatt értjük a húgycső falának vele született hasadását! Coset szerint ezen fejlődési hiba oly

*) Bemutatott az orvosi szak 1891. január hó 31-én tartott ülésén.

módon jön létre, hogy a segnyilás képződése kezdetén a külső nemi részek fejlődésére szükséges és már fentebb említett nemi dombocs-kák a belső húgy és ivarszervek fejlődésével lépést nem tartanak. A húgycső azért a segnyilástól csakhamar eltávolodik, nemsokára a nemi dombocs-kák közé, azután pedig azok fölé jut, mi által a corpora cavernosák egyesülése lehetetlenné van téve.

Ez a húgycső abnormis helyzetét ugyan megmagyarázza, nem azonban felső falának hasadását; mindkettőnek egyidejű előjveteléből felvehetjük azt, hogy az abnormis irányt fentartó ok egyidejűleg oly módon is hat, hogy a húgycső különböző hosszban nem egyesül csővé, hanem csak mint vájulat marad fenn.

Egyes szerzők e fejlődési hiba létrejvetelét a húgycsőnek abnormis helyzete és hasadásában, mások a corpora cavernosák hiányos egyesülésében keresik.

A hasadás különböző terjedelmének megfelelőleg megkülönböztetnek: 1. Fissura incompletát (Dolbeau) v. epispadiasis glandis (Bergh) ha a hasadás csak a glansnak megfelelően van és 2. Fissura completát v. Epispadiasis penist, ha a hasadás a mony felső felületéig, sőt a pars membranaceáig terjed.

Esetünkben egy igen szép fissura completával van dolgunk, párosulva ecstrophia vesicaevel.

Ecstrophia vesicae urinariae névvel jelezzük a húgyhólyag mellső falának veleszületett hasadását, párosulva az egyidejű hasfal hasadásával. Ezen fejlődési hiba a hasfalak hiányos záródásában alapszik; miután a hasfalak a symphysis felett tökéletesen nem egyesülnek, az allantois a hasüregben teljesen el nem záródhatik és az urachus nem képződhetik; az allantoisból fejlődő hólyag melől egész hosszában hasadtan maradt s miután fala a hasfalak széleivel mindenütt össze nő, az pótolja a hasfal hasadását. Az urachus ilyenkor hiányzik és a köldök edényeivel együtt a hólyaghasadás felső szélén található. Miután a hólyag mellső fala hiányzik, a hátsó hólyagfal nyákhártyája elődudorodik s rendszerint ránczos megvastagodott s erősen belövelt s érzékeny. Az előesett hólyagrészletnek hosszátmérője rendszerint nagyobb, mint szélességi átmérője. — A hasfal hiányos képződésének következményei azonban nemcsak a hólyagra, hanem az urethrára, penisre, clitorisra és symphysisre is kiterjednek. A fancsontok nem egyesültek, tökéletlenül fejlettek s gyakran 10—15 cm.-nyire

állanak egymástól, legfeljebb rostos kötszövet által egyesítve. Hasizmok kifejtettek, csak az egyenes hasizmok állanak távolabb egymástól és a fehér vonal hiányzik. Nőknél ilyenkor az urethra és a clitoris teljesen hiányzik, néha a vagina elzáródott vagy szintén hiányzik.

Férfiaknál rendszerint ilyenkor epispadia van jelen, mely állapot már előbb említve volt. Férfiaknál e fejlődési rendellenesség gyakrabban fordul elő, mint nőknél. A húgy elválasztó és nemi szervek többi részei sok esetben egész normalisak, különösen a vesék és a húgyvezérek, — a méh, hüvely p-tefészek, — férfiaknál az ondóvezetékek, ondóhólyagsák dűlmirigy azonban némely esetben szintén hiányos fejlődést mutattak. Ezen fejlődési hiba létrejöttére nézve számosak a föltevészek, számosak azért, mert a hólyag és szomszédos részeinek rendes fejlődésére vonatkozólag ez idő szerint még döntő vizsgálataink nincsenek.

Roose a fancsontok kimaradott egyesülését tekinti előidéző okul, Roose ellenben a fancsontoknak ezen nem egyesülését a hiányos hólyagképződés következményének tartja. Miután azonban a symphysis hiánya előfordul rendes hólyag és húgycső mellett is, Rose feltevése elejthető. Highmor, Duncan, később Märgelin és Velpeau az ecstrophia képződését annak tulajdonították, hogy a hólyag nagyobb mennyiségű vízgyülem által szét lesz szakítva, mi által nemcsak a hólyagfal, symphysis és genitáliák egyesülése, hanem a hasfal hasadása is föl-tételeztetik. Bartels a gátolt fejlődés okát a hasüregbe helyezi és kimaradt összenövésnek tulajdonítja. Miután a gerincoszlop egész normalis, a fejlődés gátját a bélsatornába helyezi oly módon, hogy az ébrényi élet negyedik hetében a középbél a végbéltől abnormisan szétválék.

Felsoroltakból láthatjuk, hogy a hólyag hasadás létrejöttének lényege még felderítve nincsen, annál is inkább, mert felsorolt hypothesisek a húgycső falának egyidejűleg előforduló hasadását egyáltalában nem magyarázzák meg. E kérdés tisztázása tehát a normalis fejlődés körében tett tapasztalatokra egyfelől, másfelől pedig a pontos anatómiai vizsgálatokra van utalva.

A hólyaghasadás által feltételezett zavarok még lényegesebbek, mint az epispadianál, miután a hólyag előfekvése által annak nyákhártyája a ruhanemű izgatása által, folytonosan bántalmaztatik, mi miatt azon exoriatiók könnyen létre jönnek, melyek a folytonosan áramló vizelet által igen fájdalmasakká válnak s nem ritkan fekélye-

sedésre szolgáltatnak alkalmat. Vérzések, melyek gyakran profusak, nem tartoznak a ritkaságok közzé. A vizelet kiválasztás többnyire folytonos, mi miatt a bőrön is excoriatiók lépnek fel és a vizelet bomlása által beteg maga körül nagy bűzt terjeszt, ritkán a vizelet időszakonként is ürítettik több kevesebb mennyiségben, mely jelenség oly módon magyarázható meg, hogy a vizelet egyik vagy másik húgyvezérben felgyűl és csak azután ürül ki vékony sugárban. A vizelet kiválasztás különben a két uretheren át egymástól egészen függetlenül történik. A nemi functio zavara szintén fontos; férfiaknál a közösülés, immissio penis, és a mag rendellenes módon kiömlése által lehetetlenné van téve; nőknél Hasham, Oliver, Bonnet és mások az ilyen állapot daczára terhességet észleltek.

E bajokat ezelőtt gyógyíthatatlanoknak tartották és az egyes eljárások csupán csak az alkalmatlan vizeletcsepegés és következményeinek elhárítását czélozták, külön e czélra készített és a vizelet felfogására szolgáló készülékekkel és a gondos tisztántartás által. Az első therapeutikus ajánlatok 1830-ból erednek Delpech, Büngr és Frorieptől; az első tényleges gyógykísérlet Gerdytől ered, mely a hiány széleinek felfrissítésében és összevarrásában állott, fáradságát siker nem koronázta, — a genialis Diffenbach e bajjal szemben tehetetlennek vallotta magát, említett gyógykísérlet után azonban 1837-ben egy esetet ő is műtött különös eredmény nélkül. Diffenbach eljárása abban állott, hogy a vajúlat széleit felfrissítette és egészen a hátsó részig egyesítette, egyesülés csak a makkyúi részleteken jött létre, beteg másod ízben nem akarta magát műtétnek alávetni. Hasonló módon operált Bégin (1838.) és Blankin (1848.)

Azóta a művi beavatkozások szaporodtak és tökéletesebbek lettek, úgy hogy már manapság a beteg állapotán lényeges javulást idézhetünk elő, bár tökéletes normalis húgy kiválasztást még el nem értünk, miután a húgycső izomzatát helyettesíteni hatalmunkban nem áll.

1852. John Simon ismét oly módon próbálta meg szerencséjét, hogy az urethereket a végbélbe ültette be; ugyan az az eszme vezérelte Jules Rout 1853., azonkívül azonban a hiányt még két — a scrotum és a hasfal felső részéből vett lebeny által akarta elenyésztetni, mi azonban neki a lebenyek gangraenája miatt nem sikerült. Demme későbbben mechanikai uton akart segíteni a fancsontok közéletése és a hólyag reponálása által, mit oly módon vélt elérhetőnek,

hogy a felfelé hajtott csökevényes penist egy pelotával rögzítette. Egy figyelemre méltó lépést tett Foncher, ki a nyákhártyából és bőrből készített lebenyeket, a nélkül azonban, hogy eredményt tudott volna felmutatni. Nelaton (1852.), Jobert de Lambal (1855.), Fallin (1862.), Dolbeau (1860.) és Verneuil (1868.) lebenykészítésekkel már több-kevesebb szerencsével dolgoztak.

Említett műtétek mindegyikében a vizelet elfolyása a csatornán át akadályozottnak mutatkozott, mit katheter alkalmazása által igyekeztek kikerülni. Thiersch (1869.) oly eljárást alkalmazott, mely egyéb előnyök mellett egy gáti sipoly képzése által a vizeletet a műtéti terrainumból távol tartotta. Thiersch műtétét több szakban végezte és rendszerint egy évig tartott. Két oldal-lebenyt vesz, melyek közül az egyik hiány az alsó, a másik annak felső részletét volna hivatva fedni. A lebenyek oly nagyságban vágatnak ki, hogy mind-egyik magában véve képes volna a hiány befedésére. A lebenyek különböző időben képezetnek; a második lebeny csak az első lebeny teljes odaforradása után vágatik ki és illesztetik az előbbi lebenyhez, mi által az előesett hólyag már most teljesen be van fedve. Ezek után áttér Thiersch az epispadia elenyésztetéséhez, mely feladatot ő három részre osztja. Először a makki részleten levő vájulatot alakítja át csővé és kivezető nyílását a makk hegyére helyezi, másodízben a penis háti vájulatából csinál csövet, azután következik a cső egyesítése, mit oly módon ér el, hogy a praeputiumot átszúrva, azt a makktyún át a két cső közzé helyezi és a felfrisített szélekkel egyesíti.

Ha az eddigi eljárások mind sikerültek, akkor áttér a még esetleges hólyaghiány és a képezett cső hátsó tölcseírszerű hiány befedésére, mit ismét a has bőrétől vett kettős lebeny átültetése által éri el. Ezzel egy hólyag és egy vele közlekedő cső képezetett, mely azonban záró izommal nem bír, de egy alkalmas compressorium által helyettesíthető. Thiersch betegei egészen 200 ccm. vizeletet voltak képesek tartani. Ha említett eljárásokat bírálat alá vesszük, akkor a Thiersch eljárását kell első helyre tennünk és olyannak declarálni, mely a betegeknek tetemes hasznot hoz, megmentve őket a folytonos vizeletcsepegéstől és az ez által feltételezett excoriatióktól.

Mielőtt a beteget in vivo demonstrálnám, e fényképet van szerencsém a t. szakgyűlésnek átadni. A megtekintésre szükséges időt betegünk kórtörténetének felolvasására fogom felhasználni.

Báthory András, 35 éves, ev. ref. nőtlen napszámos, dicső-szt.-mártoni (Kis-Küküllő) Diag. Epispadia et ecstrophia vesicae urinae. Atyja él és egészséges; anyja ezelőtt 25 évvel ismeretlen betegségben, 5 testvére kicsi korában halt meg. Állítólag ilyen bajban egyik sem szenvedett volna. Ő maga beteg sohasem volt. Hozzátartozói elbeszélése szerint jelen baja születése óta áll fenn.

Jelen állapot: A has rendes teriméjű, váltakozó mélységű dobos hangot ad. Köldök nem létezik. A has alsó részletében mindkét oldalt jól kitapintható csontok érezhetők, melyek ott is végződnek; a fansontok egyesülése tehát ki nem mutatható, egymásközi távolsága 13 cmet tesz ki. A mony hossza 8.5 cm., kerülete 9.5 cm., mell és a has felé hajlott, kissé lapos. A corpora cavernosa mindenütt szorosan egymás mellett fekszenek, pontosabb vizsgálatnál azonban külön-külön kitapinthatók. Alsó felülete normalis, felső felületén azonban a következő rendellenességek láthatók: A húgycső nyákhártyája az egész penisen át szabadon előfekszik, csövét nincs átalakítva; vastagsága és szélessége (8 mm.) a pars cavernosa hátsó részének megfelelőleg legnagyobb. Az arteria dorsalis penis helyett a mony mindkét oldalán érezhető gyenge lüktetés. A penis gyökén három nagy mogyorónyi elődudorodás látható, mely élénk pirosas színű, felületes anyagihiányokat mutat, puha tapintatu és gyenge nyomásra fájdalmak közepette a hasürbe visszatolható. A kis ujj bevezetése fájdalmak közt 3 cmnyire sikerül. Betegnél folytonos vizeletcsurgás van jelen, mely két oldalt az uretherek beszajadásának megfelelőleg, függetlenül egymástól történik. Hátra fekve beteg vizeletét több ideig tarthatja, fennállva vagy a hasprés működtetése után a vizelet azonnal kiürül. A felfogott vizelet maga savi vegyhatású, fehérjét, cukrot nem tartalmaz, könnyen bomlik. Heréi meg vannak, de kisebbek. Beteg elbeszélése szerint monya időnként megmerevedik, midőn is az hosszabb és keményebb lesz; egyenesen a hasfala felé egyenesedik fel. Beteg állítólag sohasem dörzsölte, de ha penise megmerevedése után azt kezével egy ideig dörzsölte, kéjérzetek közepette, tőle egy fehér nyúlós anyag távozott el, a mi valószínűleg sperma volt. Kórodánkban való tartózkodása óta ilyen magömlése nem volt. Erectiói különben gyakran nincsenek, a nemi ösztön úgy látszik lefokozott.

Ezek után magát az esetet fogom bemutatni, mely kiváló érdekléssel bír több ok miatt, egyrészt azért, mert a penis oly hosszú, mint a milyent leírva seholsem találtam, másrészt pedig azért, mert a hasadás nemcsak a húgycső egész cavernosus részére terjed ki, hanem magára a pars membranacea is, miután a mony csekély lehúzásánál a már a pars prostaticában levő colliculus seminalis látni lehet. E tény érdekessé teszi esetünket annál is inkább, mert Dolbeau szerint a hasadás a pars membranacea és prostatica sohasem fordul elő.

ÖNKÉNYT KIÜRÜLT NAGY EPEKŐ. *)

Dr. Genersich Antal tanártól.

A bemutatott epekő galambtojásnyi (4·5 cm. hosszú és 2·5 — 2·7 cm. vastag, haránt kerülete 8·5, hosszkerülete 11·8 cm.) s a felfűrészelés után teljesen kiszáradt állapotban 15·8 grammot nyom, úgy, hogy eredeti súlya bátran 18 grammra tehető. Alakja majdnem szabályosan hossztojásdad, csak egyik sarka hegyesebb egy kissé s egyszerűs mind simára csiszolt, világosszürke, barnás középponttal, míg a kő egyebütt egyenetlen, érdes, dudorkás, morzsolékony sötét zöldesbarnás lerakodással van bevonva, mely az aequator táján, mintegy mandulányi területen le van horzsolva. — Csiszolt átmetszetén az excentricus sötét mag körül, vastag rétegben világosabb és sötétebb sárgás és barnás cholestearin tömeget látunk, melynek jegeczes alkata a csiszolt felületen kivehető sugaras csíkokban és még inkább a törési felületen nyilvánul. E mellett a kő vízben úszik, csiszolt felülete zsírfényű és zsiros tapintatu, tehát kétségkívül epefestékes cholestearinból áll.

A követ Dr. Szini János gyergyó-szárhegyi orvos küldte nekem. Szives értesítéséből a kiürítés körül észlelt adatokat is közölhetem. Az egyén, kitől a kő származik öregrendű (60 éves) kissé elhízott asszonyság, ki megszokott székrekedésétől eltekintve, jó egészségnek örvendett.

Mult év tavaszán jó izüen elköltött ebéd után 2 - 3 óra mulva nagy foku hasfájdalmak lepték meg, melyekhez hányásinger és hányás is csatlakozott. Nagy mennyiségű híg, zöldes epével kevert hányadékot ürített ki s bár mit evett, ivott azonnal kihányta. Dr. Szini e tünetek ellen a szokásos kezeléssel küzdött: morhium cseppek aqua laurocerasival; extractum nucis vomicae, bicarbonas sodae, hideg borogatások semmi javulást nem hoztak; jéglabdacok, resorcin, Priesnitz borogatás, lassu beöntések hiába valók voltak és a fájdalom morhium befecskendésre is csak rövid időre csökkent; időnként tűr-

*) Előadatott az orvosi szak 1891. február 20-án tartott ülésén.

hetetlen rohamokban újult meg. A negyedik napon folyton ismétlődő fájdalom mellett a hányás bélsárszagu lett, a has erősen puffadt és nagy bélkorgás volt észlelhető. Bélbetüremlésre gondolván, több ízben nagy (3—4 literes) hüvös vízbeöntést eszközölt s keserű vizet adott; a beteg ezt kihányta, amazz kibocsátotta minden számba vehető eredmény nélkül. Az ötödik napon a beteg már erősen elgyengült, a bélsárszagu hányás sokszor ismétlődött, a tűrhetlen fájdalom tovább tartott. Dr. Szini a beöntéseket ismételte, felülről aqua laxatívát adott és morphiomot fecskendett a bőr alá; a hajtószer benmaradt, de mikor az utolsó beöntés $\frac{3}{4}$ óra múlva kiürült, a cseber fenekén nagyot koppant s megszületett az epekő, utána még igen nagy mennyiségű hig bűzös bélsár ürült ki. A hányás azonban teljesen megszűnt, szintúgy a fájdalom is és bár a beteg már másnap nagy étrendi kihágást engedett meg magának, semmi baja sem lett. Később sem szenvedett hasonló rohamokban és mai napig is jó egészségben él, a minek collegánk annál inkább örvendhet, mert a súlyos beteg közeli rokona: anyósa.

A roham elején csekély láz is volt (38·2). Icterusról nem szól a kórtörténet s a kő alakja szerint nem is valószínű, hogy ez a ductus coledochuson keresztül jutott volna a bélsatornába. Bízást föltehetjük, hogy a kő az epehólyagban képződött és előzetes odanövés után átfekélyedés folytán egyenesen a bélsatornába talán a nyombélbe jutott, a súlyos bélelzárási tünetek pedig onnan eredtek, hogy a kő a bélsatornába, talán a Bauhin billentyű táján fennakadt, de a kövér beteg vastag hasfala mellett nem igen volt kitapintható és felismerhető.

Ily nagy kő önkénytes kiürülése mindenesetre a ritkaságok közzé tartozik s különben is ily nagy kő nem mindennapi jelenség.

(Intézetünk legnagyobb köve dr. Nemerad Lipót lindewieseni orvostól beküldve, 20·7 grammot nyom.) Esetünkhöz hasonlót v. Dessauer, valparaisoi (chilibeli) orvos írt le (Virchow Archiv 66 k. 271. lap), midőn egy éltes asszony, ki nagy fokú icterusban szenvedett, borzasztó hasfájdalmak közt, 11 napig tartó székrekedés és tömeges bélsárhányás után két igen nagy epekövet ürített ki; az egyik 7·5, a másik 15 grammot nyomott. Ezen kövek egymásután, a Bauhin billentyű táján fennakadtak, úgy, hogy az általuk okozott daganat a hasfalon át érezhető volt. Ezen esetben az orvos sikeres kezelését annak tulajdonítja, hogy igen nagy opium-adagokat használt. Az első kő kiürítése előtt egy nap alatt 11 szikfű csőrében összesen 11 drachma = 48 gramm opiumtincturát, a második kő kiürülése előtt egy nap alatt 6 drachma = 26·25 gramm opiumtincturát fecskendett be betegének azon célból, hogy a bél görcsös összehúzását megszüntesse és a kő kiürítését elérhesse.

KOCH-FÉLE KEZELÉS UTÁN ELHALTAKBAN TALÁLT KÓRBONCZTANI ELTÉRÉSEK.

Dr. Mégay Gyula kórboncztani tanársegédttől.

A Koch-féle szer: „Kochin“, vagy a mint újabban nevezik „tuberculin“-ról annyit írtak már, daczára a rövid időnek, mely Koch első fellépte óta eltelt, hogy ez új gyógymódnak egész kis irodalma van. Eleinte minden oldalról csak lelkesedett dicséret volt hallható. De csakhamar, mondhatnám váratlanul hamar, bekövetkezett azon idő, midőn a várakozásaikban csalódott szakemberek felszólaltak e dicsőhymnusok ellen; sőt Virchow nagy horderejű közleménye óta a hangulat annyira megváltozott, hogy szaktekintélyek komolyan foglalkoznak már azon kérdéssel, vajjon egyáltalában folytassák-e a kísérletezést e szerrel, vagy nem? A rossz eredmények a legbuzgóbb követők táborában is nagy lehangoltságot eredményeztek s ha vannak is még egyes optimisták, kik jó eredményekről referálnak, általában mondhatni, hogy az újabb közlemények hangja nagyon tartózkodó. Gyógyulásról nem igen lehet hallani, s ami a javulást illeti, az nagyon bizonytalan. Hisz tudjuk, hogy ha valamely beteg nem is kezeltetik tuberculinnal, akkor sincs folytonosan egyformán; egyszer sokat köhög, nagy lázai vannak, éjjel erősen izzad, — máskor pedig betegségéhez képest ismét egészen jól érzi magát. De nemcsak az általános tünetek, hanem a kopogtatási hangnak tompább vagy élesebb volta sem teljesen megbízható annak megítélésére, hogy milyen terjedelmű a gümősödés a tüdőben. Mert a tompulat intenzitásának megítélése egyfelől igen nagyon alá van vetve a vizsgáló individualitásának; másfelől tudjuk, hogy a tompulat nemcsak maguktól a gümőktől származik, hanem az azok között fellépni szokott külön-

*) Előadott az orvosi szak 1891. évi. évi február hó 20-ántartott ülésén.

bőző pneumonikus affectiók is hozzájárulnak annak létrehozásához. S ha ezek eltűnnek, a tompulatnak mindenesetre tisztulnia kell, daczára annak, hogy a gümök maguk még fennállanak, sőt még meg is szaporodtak. A mi végre a teljesen gyógyult eseteket illeti, ilyenek egyszer nagyon is ritkán említetnek s még a mellett be sem bizonyítható ezekre nézve, hogy csakugyan eltűntek-e a gümök teljesen. Ezt ugyanis véleményem szerint ily rövid idő alatt csak úgy lehetne teljes biztonsággal eldönteni, ha az illető valami más baj miatt elhalna és bonczoltatnék. De még ha ily úton teljes gyógyulás constatálható is volna, még akkor sem vagyunk biztosak a felől, hogy a gyógyult esetekben nem fognak-e recidivák beállani. Az eddig szerzett tapasztalatok közül legalább egy sem mutat arra, hogy a tuberculin immunitást hozna létre a gümőkór ellen. A tuberculin hatását a gümős folyamatokra élőben csak akkor lehet megfigyelni, ha a szemnek hozzáférhető helyen vannak olyanok. Ezeket az lehet látni, hogy a szer behatása folytán rendszerint heves szétesési tüneteket mutatnak és a fekélyek rohamosan nagyobbodnak; szomszédságukban pedig többnyire új gümök lépnek fel, mire nézve a szaklapokban számtalan adatot lelhetni.

A mint a fentebbiekből kitűnik; az élön megejtett vizsgálat eredményei a tuberculin hatásának megítélésére és biztos ismeretére nem kielégítőek. És pedig főleg nem azon hatásra nézve, melyet a szer a belső szervekben fészkelő gümős folyamatokra gyakorol. Egyedüli biztos mód erre a bonczolat és kórszövetteni vizsgálat.

A tuberculin irodalmának kórbonczotani részét illetőleg mindenesetre legnagyobb fontossággal bír Virchow-nak általánosan ismert közleménye, mely a „Berliner klinische Wochenschrift“ ez évi 2-ik számában jelent meg. Virchow már akkor több mint 30 bonczolatból meríté tapasztalatait, melyeknek alapján a szer hatására vonatkozólag röviden a következőket mondotta ki:

A tuberculin a gümős részekre első sorban nagyon izgatólag hat; nagyfokú heveny vérbőséget és duzzadást idéz elő; a vérbőség sokszor annyira fokozódik, hogy vérzések is jönnek létre. De nemcsak mulékony vérbőség és duzzadás, hanem valóságos löbos folyamatok, nevezetesen activ szövethurjángzások is lépnek fel. A legtöbb esetben heveny pleuritis lépett fel és pedig igen súlyos alakban. Kiemeli, hogy a tüdőekben többször nagyfokú sajtos májasodás lépett

fel a befecskendések után. A fellépő catarrhalis pneumoniát befecskendési pneumoniának (Injections pneumonie) nevezi és megkülönbözteti a közönséges catarrhalis pneumoniától; mit főleg azzal indokol, hogy az izzadmány inkább phlegmonosus állapotokra emlékeztet, és hogy az ilyen helyeken lágyulási góczokat látott föllépni, melyek szétesés útján ürök képződésére adtak alkalmat. Azt mondja továbbá, hogy a Koch-féle szer friss gümők fellépésére ad alkalmat és hogy valószínűleg oly tüdőgümők szétesése által, melyeknek anyaga kinem küszöbölhető; sajtos nyelési pneumonia is jön létre.

A szétesésre magára vonatkozólag elismeri, hogy a szernek csakugyan van roncsoló hatása, de nem mindenütt. Így a submiliaris gümőkre nem hat roncsolólag, sőt sokszor nagy gümőkre sem. Belső fekélyekben a szer nagyfokú elhalásos folyamatokat idézhet elő; nagyfokú szétesést okoz végre a légutak fekélyeiben is.

Egy másik közlemény Hansemann D. berlini magántanártól való, ki 12 esetnek bonczolatából meríti tapasztalatait. Hansemann a befecskendések által okozott tüneteket elsődleges, másodlagos és harmadlagosakra osztja. Az elsődleges tünetek a következők: a belső szervekben a reactio alatt nagyfokú vérbőség lép fel, mely többnyire nagyfokú vizenyővel van egybekötve, a vizenyő ritkán tiszta savós, hanem rendszeren bőven tartalmaz sejtes alkatrészeket. E tünetek gyakran csak a gümős góczok szomszédságára szorítkoznak, de nem ritkán sokkal nagyobb kiterjedésűek. A tüdőben azután létrejönnek a Virchow által leírt befecskendési pneumoniák. E folyamatokhoz gyakran haemorrhagiák is csatlakoznak, melyek oly helyeken is lépnek fel, a hol gümő nincs. Feltűnőnek találja, hogy a reactio a gümős góczokban magukban sokszor kimarad, különösen a legfrissebb és legifjabb alakoknál.

A vérbőség és vizenyő egy részének visszafejlődése után mint másodlagos tünetek leucocytosis és proliferatiós tünetmények lépnek fel. Különös, hogy ezek nem mutatkoznak minden gümőnél, főleg nem éppen a legifjabb alakoknál, míg másfelől oly helyeken is mutatkoznak, hol gümők nincsenek.

Mint harmadlagos tüneteket Hansemann a tüdőben fellépő gyenyedést és a bélben, gégeben és tüdőben fellépő jellegzetes üszkösödést említi.

A szétronszolt helyeken egyszer sem látott hegedésre mutató

tüneteket, minek okát abban keresi, hogy az ilyen folytonosság hiányoknak ugy alapján, mint környékében is új gümők keletkeznek, melyek szétesve, a folyamatot mind tovább terjesztik. Végre azt állítja észlelései alapján, hogy a Koch-féle gyógymód bizonyos körülmények között heveny miliaris gümőkór kitörését okozhatja.

A harmadik közlemény szerzője Chiari, prágai kórboncztanár (megjelent a „Wiener med. Presse“ ez évi 2-ik és 3-ik számában). Chiari három esetet bonczolt, kiemelendőnek tartja különösen azt, hogy a gümős góczok körül fellépni szokott, gömbsejtű beszűrődés a szer behatása folytán igen nagy fokú lesz; fejlődik továbbá igen nagy fokú vérbőség, mely vérzéseket és véres beszüremkedéseket hoz létre; végre kiemeli, hogy a gümők között igen nagy fokú exsudatív lob lép fel, mely szerinte talán alkalmas volna a bacillusok eltávolítására. A Chiari eseteiben a gümős góczok közötti alveolusokban talált izzadmány rostonyás volt.

Ezeknek előrebocsátása után áttérek azon három eset tárgyalására, melyeket itt Kolozsvártt bonczoltunk s így alkalmam volt azokat részletesen megvizsgálni.

Első eset:

P. S. 53 éves férfi, ki 1890. decz. 19-én vétetett fel Brandt tanár sebészeti klinikájára és a kemény- s légyszájpad gümőkórja miatt kezeltetett tuberculinnal, de volt neki azonkívül tüdő-gümőkórja is. Összesen 4 befecskendést kapott: 1890. decz. 22-én 2 mgrm., decz. 25-én 4 mgrm., decz. 29-én 5 mgrm és 1891. jan. 3-án ismét 5 mgrm., tehát összesen 16 mgrm. tuberculinnal. A mi a reactiot illeti, csak azt akarom kiemelni, hogy ezen egyénnél a szájjpadon igen kifejezett helybeli reactio észleltetett. A beteg ez év jan. 10-én elhalt, az első befecskendés és a halál napja között tehát 19 nap telt el. A lesóványodott hulla bonczolatánál talált eltéréseket röviden a következőkben foglalhatom össze:

Mindkét tüdő részben szálagosan oda volt növe a mellkas falához, a szabad részleteken pedig savós rostonyás mellhártyalob találtatott. A mellhártyán ezenkívül baloldalt kevés, de jobboldalt tömémentelen mennyiségű, egészen apró, csoportosult, szürkés miliaris gümő volt kivehető. A bal pleura visceralis hátsó részében foltonkint sötét-piros ömlecek. Mindkét tüdőben, de főleg a jobboldaliban az idült gümőkór képét találtuk; szürkés és sárgás-sajtos hörgőcse-

megvastagodások lepték el a metszlapot (főleg a felsőbb részekben), melyek különösen, a hol nagyobb csomókat képeztek, palaszürke, savós, légszegény szövetbe voltak ágyalva, sőt a jobb tüdő csúcsában egy diónyi, egészen elkeményedett részlet is volt, melyben tömött, fehér sajtosodások sűrű csoportjai foglaltak helyet. A kisebb gümős csomók körött a tüdő szürkés kocsonyásan beszűrődött és törékeny.

Különös figyelmet érdemel a tüdőkön két elváltozás és pedig azért, mert nyilvánvalóan újabb keletűek. Az egyik az, hogy a tüdők számtalan, apró miliaris szemcsékkel beszórtak, melyeknek egy része még szürke, másrésze pedig sárgásfakó színezete által árulja el a bennük már folyamatban levő sajtosodást. A másik elváltozás a nagyobbacska sajtgóczokban található; ugyanis számos ilyen sajtgócznak a közepe szétlágyulván, sok kendermag-egész borsónyi ürse keletkezett, melyek helyenkint egész sűrűn fekszenek egymás mellett. Nagyobbacska ép sajtgóczokat a tüdőkben csak ott lehetett találni, hol azok körött egészen tömött és szívós szövet volt, tehát főleg csak a jobb tüdő csúcsában talált egészen elkeményedett részletben. Az említett ürscék között fekvő tüdőszövet részint sajtosan, részint szürkés-kocsonyásan volt beszűremkedve. A hörg- és légcső közötti nyirkmirigyek mérsékelten megnagyobbodtak és bennök itt-ott szürke szemcsék voltak láthatók. A légcső duzzadt és belövelt nyákhártyájában szintén találtattak apró szürke szemcsék. A gégeben főleg a hangszálalagok táján, kiterjedt, gümös fekélyedés volt látható, mely legnagyobb fokban a jobb hangszálalag hátsó részében mutatkozott, hol a szétesés annyira a mélybe terjedt, hogy az elmeszesedett kannaporc egy félkrajczárosnál nagyobb fekély fenekéből egész csupazon kiállott. A torokúrbán a kimaródások aláfelé csak a gyűrűporc felső szélének niveaujáig terjedtek, fölfelé azonban egészen a szájpádig voltak követhetők, az epiglottist és a ligamenta ary-epiglottikákat egészen belepték és az iveken felfelé hatolva egy nagy talélnyi fekély — felületté folytak össze a szájpádon, mely mellfelé egészen a második pofafogig ért és az egész felületet a foghus széleig elfoglalta. Az uvulán a kimaródottság az orrüri felületre is elterjedt. Ugy a kimaródások és fekélyekben magukban, mint azok szomszédságában is számtalan apró szemcse volt kivehető.

A megnagyobbodott felső torokmelletti nyirkmirigyekben néhány kis sajtgócz találtattott.

A balvese héjában itt-ott egy-egy fehéres szemcse volt kivehető, míg a lép és a májban szabad szemmel nem lehetett szemcséket látni. A belek gümős folyamatoktól mentek voltak.

A gümőkóron kívül e hullában csak nagyfoku idült, éktelenítő ütérlob találtatott.

A mi a göröcsövi leletet illeti a bal tüdő egyik kis ürcsójének bennékében nagyon sok Koch-féle bacillust találtam, míg a jobb tüdő csúcsában talált régi sajtosgócokban csak kevés bacillus volt kimutatható; a gégefekély váladékából készült fedlemez-készítményben pedig középmenyiségű bacillus van. A pleura miliaris gümőiben csak kevés bacillust lehetett kimutatni.

Göröcsövi metszeteket készítettem a tüdők különböző helyeiből, a jobb pleura diaphragmatikából, hörgi és nyaki nyirkmirigyekből, az epiglottisból, lágyszájpadból, lép-, máj- és veséből. A metszeteket Erlich—Biondi-féle hármás keverékkel festettem, vízben kimostam, alkohollal víztelenítettem, czedrus olajban felvilágosítottam, és végre xylos-canada balzsamban zártam el. Ily módon lett a legtöbb alább leírt metszet kezelve, néhányat azonban a gömbsejtű beszűrődés viszonyainak pontosabb megállapítása szempontjából timsós karminnal kezeltem.

A vizsgálat eredménye a következő: a pleurában minden metszeten nagyfoku vérbőség volt kivehető s a benne talált miliaris gümőkről kitűnt, hogy azok legnagyobb részt épek, csak itt-ott van bennük egy kis sajtosodás a hol nagyobbacska csoportokat képeznek. Egy részük még egészen kicsiny s óriás sejteket sem tartalmaz.

A tüdőmetszetekben feltűnő a vérbőség, mely főleg a gümők között mutatkozik és helyenkint oly nagy mérvű, hogy a tágult edénykék a láttérnek majdnem egy harmadát foglalják el. — A található számtalan miliaris gümők között van sok egészen apró csomócska óriás sejtek nélkül, de sokkal több az olyan csomó, melyben óriás sejtek is vannak és ezek az előbbieknél valamivel nagyobbak s. Még nagyobb csomócskák már sajtosodást mutatnak közepükön s a hol sajtgócok vannak; azok között mindenütt igen nagyfoku gömbsejtes beszűrődés látható.

Feltűnő mindezen metszeteken az, hogy (kivéve azokat, melyek a jobb tüdőnek egészen elkeményedett, elkérgesedett csúcsi részletéből valók) sehol tiszta sajttömegből álló nagy gócok nem láthatók, mint a hogy közönséges tüdőgümősödéskor szoktak

találni: Kochinnal nem kezelt gümőkórosak tüdőiből vett számos metszetekkel összehasonlítva ezeket, azt találtam, hogy míg rendszeren a gümős tüdőmetszetekben akkora tisztán sajt-tömegből álló, ép, szét nem esett góczokat találunk, hogy 100-szoros nagyításnál a látteret egészen elfoglalják sőt bele sem férnek, addig e metszetekben már igen kis sajtgóczok, melyek a láttérnek $\frac{1}{4}$ -ét sem teszik ki, hiányt mutatnak középső részükben, azaz ellágyultak. Ha a sajtgóczokat közelebből szemügyre vesszük, találunk is e tünetenyre némi magyarázatot; ugyanis a kicsiny, még szét nem esett sajtgóczoknak többnyire nemcsak a környékében, hanem a közepében is igen nagyfokú gömbsejtes beszűrődés látható s ebben határozottan különböznek a tuberculinnal kezelt sajtgóczai más közönséges gümős sajtgóczoktól. E gömbsejtes beszűrődés azután annál nagyobb mérveket ölt, minél nagyobb lesz a sajtgócz és egy bizonyos határon túl már hiányt találunk a középben, mely annál nagyobb, minél nagyobb a sajtgócz maga. A nagyobb hiányoknál már csak egy erősen gömbsejtesen beszűremkedett övöt találunk köröskörül és a nekrotizált szövet többnyire eltűnt. A gümők szomszédságában az alveolusok tele vannak sajt-dús izzadmánnyal, mely főleg levállott hámsejtekből áll. Ezen izzadmány olyan tüdőrészetek alveolusaiban is található, melyekben gümők nincsenek.

A vázolt képtől eltérőt találtam a jobb tüdő csúcsában helyet foglaló vastag, kérges kötőszövevtől egészen körül foglalt sajtgóczokban, melyek meglehetősen nagyok (egyik-másik 100-szoros nagyításnál két láttérnyi terjedelemmel bír), de sem bennük, sem pedig környezetükben gömbsejtes beszűremkedést nem látni. Az őket körülvevő kötőszövet durván rostos, igen sejtiszegény és oly nagy tömegben van jelen, hogy az illető metszetekben alveolusokat alig lehet találni.

A megvizsgált nyirkmirigyekben részint elszórtan, részint nagyobb csoportokban elhelyezett miliaris gümőket találtam, melyeknek legnagyobb része óriás sejteket is tartalmaz, de sajtosodás alig mutatkozik bennük.

Az epiglottis és lágyszájpadból vett metszetekben igen nagyfokú gömbsejtű beszűrődés látható, közbe-közbe egy-egy miliaris gümővel, melyek legnagyobb részt egészen épek, csak egyik-másikban láthatók a kezdődő sajtosodás nyomai.

A vesében kevés, apró miliaris gümőt találtunk.

Érdekes az, hogy a májban és lépben is lehetett górcsőileg miliaris gümöket kimutatni, ám bár e szervekben ilyeneket szabad szemmel látni nem lehetett. A vese, máj és lép gümőiben sajtosodás nincs.

Második eset.

M. E. 28 éves férfi 1890 decz. 15-én vétetett fel Purjesz tanár belklinikájára és tüdőgümőkór miatt kezeltetett tuberculinnal. — Hat befecskendezést kapott összesen, decz. 17-én 1 mgrm., decz. 19-én 2 mgrm., decz. 21-én 4 mgrm., decz. 24-én 8 mgrm., decz. 29-én 10 mgrm., decz. 31-én 12 mgrm., tehát összesen 37 mgrm. tuberculinnal. 1891. jan. 1-én vérköpés lépett fel, mi miatt a befecskendések fel lettek hagyva, jan. 17-én pedig bekövetkezett az exitus lethalis. Az első befecskendés és a halál napja között tehát 31 nap telt el.

A középtermétü, mérsékelten táplált férfi hullájának bonczolatánál talált eltérések röviden a következők:

A bal mellhártya kezdődő mellhártyalob tüneteit mutatta. A bal tüdő csúcsa szálagosan oda volt növe a mellkas falához, e tüdő egész terjedelmében számtalan, részint különálló egészen apró, részint nagyobbacska, akár babnyi összefolyt csoportokat képező miliaris gümőkötől áthatott. A felső lebenyben sok caverna foglalt egymás mellett helyet, melyek egymással részben közvetlenül, részben pedig hörgők útján közlekedtek, a legnagyobb diónyi volt és a csúcsban foglalt helyet. Voltak még ezeken kívül egészen kicsiny kendermag egész babnyi ürcsék is. Az összes ürökre jellemző az, hogy bennük higabb vagy sűrűbb genyszerű volt s benne sajtos törmelék nem lehetett találni. A csúcsban levő legnagyobb ür e genyszerű folyadékkal egészen ki volt töltve, levegő nem volt benne, minek következtében ez ür, mint olyan, az élőben nem volt kimutatható. A kisebb ürcsék körött részben szürkés kocsonyás, részben pedig sajtos pneumonia volt látható. Feltűnő volt e tüdőben az, hogy benne sehol nagyobbacska sajtógócokat nem lehetett találni.

A jobb tüdőben sajtosodást sehol sem lehetett találni, csak a kis hörgések megvastagodását. E tüdőben elszórtan lebenykés szürke pneumoniás góczok voltak, melyek részben a hörgesmegvastagodások körül foglaltak helyet.

Mindekét tüdőben kiterjedt nagyitoku hörgehurutot találtunk.

A hörgmirigyek duzzadtak, puhák.

A légcsőben néhány mákszem egész kölesnyi kimaródás, szürkés középpel és pirosan belövelt szélekkel.

A májban, vesében és lépben csomócskák nem találtak.

A vékonybelek alsó részleteiben több lencsényi gümös fekély volt látható, a vastagbél kezdetén pedig két nagy terjedelmű, az egész bélűrt körülfogaló fekélyedést találtunk, melyekből nyomásra genyesepek jöttek elő a submucosából. E fekélyek táján a vastagbél oda volt növe és az összenövések közt fekvő nyirkmirigyekben itt-ott sajtos góczokat lehetett látni.

A górcsói vizsgálatnál a cavernák bennékeben csak kevés Koch-féle bacillus volt kimutatható; szintén csak kevés bacillust találtam azon tüdőmetszetekben is, melyek az említett kis ürcsék területéből lettek készítve, (megjegyzendő, hogy itt a bacillusok csak az ürcsék körülhatároló, erős gömbsejtű beszűrődést mutató övben foglaltak helyet.)

Erlich-Biondi-féle festékekkel kezelt metszeteket készítettem a tüdők különböző helyeiből, egy hörgi nyirkmirigyből, a lép-, vese- és májból, valamint a nagyfoku kifekélyedést mutató vastagbélrészletből. A tüdőben a górcsói lelet nagyjában ugyanaz, mint az előbbi esetben; itt is vannak egészen apró miliaris gümők nagy számmal s vannak nagyobbacsókák, melyek közepe elsajtosodott már. A mi a sajtos tömegek szétesését illeti, az ezen tüdőmetszetekben még nagyobb foku, mint az előbbi eset tüdejében láttuk, — már igen kis sajtgóczoknak hiányzik a közepe s így az előbbi esethez képest a sajtos anyag mennyisége is sokkal kevesebb. A sajtgóczok szétesése itt is a közepükben fellépő gömbsejtű beszűrődés által vezetetik be és nagyfoku gömbsejtes beszűrődés található, úgy a sajtgóczok, valamint az azok szétesése által keletkezett hiányok körül is. Az alveolusokban található izzadmány itt is olyan természetű, mint az előbbi esetnél; a tüdő azonban nem olyan vérbő. A bal tüdőből vett metszetekben az alveolusok falának kötőszöveti megvastagodása volt látható, mely helyenkint gömbsejtű beszüremkedést mutat, de gümők itt nincsenek. E metszetek oly helyről valók, hol szabad szemmel szürke pneumonia volt kivehető és ennek megfelelően az alveolusok sejtűs izzadmánynyal egészen kitöltvék.

A hörgi nyirkmirigyből vett metszetben néhány miliaris gümőt találtam.

A lép-, vesék- és májban górcsőileg sem lehetett gümöket kimutatni.

A bélmetszetekben igen nagy foku gömbsejtes beszűrődés volt látható s ezenkívül az egész bélfal vérbősége. Sajtgóczokat itt egyáltalán nem találtam, sőt gümő is csak egynehány egészen apró van benne.

Harmadik eset.

K. Gy. 56 éves férfi, ki tüdőgümőkör miatt kezeltetett tuberculinnal szintén Purjesz tanár klinikáján. Az első befecskendést kapta 1890 decz. 15-én 1 mgrmnyi adagban, 11-én 2 mgrm., 19-én 4 mgrm., 21-én 8 mgrm., 24-én 10 mgrm., 29-én 12 mgrm., 31-én 14 mgrm., 1891 jan. 5-én 16 mgrm., 9-én 16 mgrm., 12-én 18 mgrm., 16-án 20 mgrm., és 20-án ismét 20. mgrm. tuberculinnal. Tehát összesen kapott 141 mgrm. tuberculint 12 befecskedésben. A beteg jan. 25-én este meghalt. Az első befecskedés és az exitus lethalis között tehát 41 nap telt el.

Az erősen lesóványodott férfi hulla bonczolatának eredménye röviden a következő:

Mindkét tüdő szálagosan oda volt növe a mellkas falához. Pleuritis ez esetben nem találtatott, de volt pericarditis fibrinoso-serosa.

A bal tüdő általában ellenálló göcsös tapintatu, metszlapján számtalan részben egészen apró különálló, részben nagyobb csomókká összefolyt gümők láthatók, melyek többnyire szürkések, de vannak fakó elsajtosodott gümők is elég nagy számban. A tuberculosis e tüdőben általában inkább rostos kérges jellegű, különösen a csúcsban egy zsugorodott kérges góczot kapunk, melyben még elmeszesedés is van. A tüdő közepén egy nagy lúdtojásnyi sima caverna foglal helyet, melyben genyszerű folyadék volt, az üreg fala szürkés lepedékkel bevont s tömött sarjszövetből áll. Ezenkívül a felső lebeny alsó részében levő almanagyságu, kérges göcsös tüdőrészetben kaptunk borsó egész babnyi üröket, melyek szintén genyszerű folyadékot tartalmaztak. Szabad szemmel jól kivehető szürkés májasodás csak a tüdő hátsó alsó részében található mogyorónyi góczokat képezve.

A hörgők nyákhártyája mérsékelten belövelt, a hörgmirigyek babnyiak, palaszürkék, nedvdúsak.

A jobb tüdő felső lebenye ürök tömkelegévé alakult át, melyek közül a legnagyobb ludtojásnyi. Az ürökben sűrű zöldes-sárgás genny volt, a lebeny hátramaradt szövete palaszürke légtelen. A középső

és alsó lebenynek felső részleteiben mérsékelt számú hörgcsemegvastagodásokból álló göcsöket kaptunk, s a középső lebeny mellő széleiben egy gyermekökölnyi elkeményedésben sűrű gennyel töltött hörgtágulatok mellett egy-egy sajtosan beszűrődött fallal ellátott ür-
csét is lehetett látni. A hörgök nyákhártyája duzzadt, középvértartal-
talmu; a hörgmirigyek, valamint az alsó légcső körötti nyirkmirigyek
is duzzadtak, nedvdúsak. A gégében, a jobb hangszálalag tapadási
helyén a kánporcznak megfelelően egy $1\frac{1}{2}$ cm. magas és hosszú
fekély van, a jobb álhanszálalagon is számos apró kimaródás és
fekély látható.

A bal vesében találtattak egészen apró miliaris gümők és az
egyik papilla táján a kehely felé sajtosodás. A vesemedenczében pedig
egy rajzszegfejnyi fekély van, melynek szomszédságában egy-egy apró
csomócska foglal helyet. Az ureter szabad. A húgyhólyag nyák-
hártyája kissé belövelt, a trigonum Lieutaudii táján mákszemnyi szürkés
szemcséket találtunk s jobboldalt egy kendermagnyi fekély volt. A
prostata jobb felében egy borsónyi sajtgócz. A máj és lépben gümők
nem voltak kivehetők. A vékonybelekben kevés rajzszegnyi, a
vastagbelekben több, akár huszasnyi gümös fekély volt, a végbél-
ben sok apró fekély s jobboldalt egy a végbéllel közlekedő sarjszövettel
bevont falu borsónyi ür foglalt helyet, a bél szomszédságában. A bél-
fekélyekre általában mondhatni, hogy igen kevés sajtosodást és szemcsé-
sedést mutattak. A remeseszálalagban levő nyirkmirigyekben sajtgóczok.

Ezen elváltozásokon kívül a bal sziklacsontban szuvaso-
dást találtunk a dobúr táján, mely a csontot fölfelé áttörve, a dobúr
a koponyaürtől csak a megvastagodott, kemény burok által választatott
el. A dobhártya egészen szét volt roncsolva és a hallócsontocskák egé-
szen tönkre mentek; a roncsoló folyamat egész a fültő mirigyig ter-
jedett és még az állkapcsi ízületet is megnyitotta.

A fenti eltéréseken kívül ez egyénnél találtatott azon elterjedt
izomfonalóczkór, melyet Genersich tanár ur a mult szakülésen be-
mutatott.

A górcsövi vizsgálatnál a bal tüdő cavernájából vett gennyben
valamint a gégefekély váladékában és a bal vesemedenczében lévő
fekélyben is mérsékelt mennyiségű bacillust találtam.

Ehrlich-Biondi-féle hármás festékkel kezelt metszeteket készítet-
tem a tüdőkből, egy hörgmirigyből, a balveséből, a májból és a lépből.

A tüdő metszeteken látható sok még egészen ép miliaris csomócska, többnyire óriás sejtekkel, helyenként azok nélkül. Az interstitialis kötőszövet helyenként erősen megszaporodott. Nagyobb sajtgócok ezen tüdőmetszetelekben sem láthatók, mert itt is, mint az előbbi két esetben igen hamar szétestek azok, úgy, hogy már egész kis sajtgócoknak hiányzik a közepe. Itt is nagyfoku a gömbsejtű beszűrődés úgy a sajtgócok körül, valamint bennök is és a gümös részletekben egyáltalában. A gümők körül fekvő alveolusok szintén sejtű izzadmánnyal kitöltöttek, mint az előbbi esetekben. Az egyik metszeten meglehetősen vérbőség is látható a tüdőben.

A hörgmirigyben találtam számtalan, nagyobb csoportulató képező miliaris gümőt, melyeknek egy része még egészen kicsiny és óriás sejteket nem tartalmaz.

A balvesében számtalan miliaris gümő mellett sok kicsiny sajtgóc is látható, melyeknek közepén, épp úgy mint a tüdők sajtgóczaiban szintén van erős gömbsejtes beszűrés.

A májban szintén vannak miliaris gümők óriás sejtekkel, hasonlóképen a lépben is találtam ilyeneket.

A találatokat összegezve mondhatjuk, hogy a tuberculin általában nagyfoku izgató hatást gyakorol és pedig főleg a gümös szövetekre, de nem csak ezekre, hanem még az azoktól ment ép szövetekre is. Ez izgató hatás következtében kifejlődött tünetek a következők:

1. Vérbőség; ez úgy látszik, hogy az első befecskendések után legnagyobb foku és később, dacára a szer további alkalmazásának, veszt intenzitásából és extenzitásából is. Az első esetben ugyanis, mely az első befecskendés utáni 19-ik napon halt el, legkifejezettebb volt e tünet, annyira, hogy még vérömléseket is találtunk a pleurában, és egyúttal igen kiterjedt is volt, úgy hogy a gümöktől ment részletek is nagyon vérbővek. A másik két esetben, melyek tovább éltek, már inkább csak a gümös részletekben lokalizálódva találjuk e tünetet és ezeknél intenzitása sem oly nagyfoku.

2. Hörghurut; ez ugyan majdnem minden gümőkórosnál elő szokott fordulni, de csak ritkán oly nagyfokban, mint a tuberculinnal kezeltéknél.

3. A savós hártyák heveny lobja; mindhárom esetünkben volt található és pedig két esetben pleuritis, egyben pedig pericarditis alakjában, miért is hajlandó vagyok e lobokat a tuberculinnak betudni. Megemlítendő, hogy ilyeneket Virchow is igen gyakran talált.

4. A talált kocsonyás szürke tüdőlob a Virchow leírása után itélve, azonos az általa befecskendési pneumoniának nevezett tüdőlobbal. Ehez hasonlót lehet ugyan más, tuberculinnal nem kezelt gümőkórosoknál is találni, de korántsem oly nagy fokban és terjedelemben. Így a második esetről láttuk, hogy e pneumonia még a gümóktől egészen ment jobb tüdőt is ellepte. A harmadik esetben legkisebb volt e változás terjedelme s miután az illető egyén a tuberculin első adagolásától számítva legtovább élt (41 nap), nem lehetetlen, hogy nála a kezdetben nagyobb mérvű szürke pneumonia később ismét visszafejlődött.

5. A tuberculin okozta elváltozások között a legállandóbb és legfontosabb a górcsövi vizsgálatnál található gömbsejtes beszűrődés. Legkifejezettebb ez a gümős góczokban, de található gümóktől ment helyeken is; így a második eset jobb tüdejében, hol gümők nem voltak. Ez a tünet magában véve ugyan szintén nem jellegzetes a tuberculinnal kezeltre, mert hisz tudjuk, hogy minden gümős góczban található; de jellemző azon nagy fok, melyben mutatkozik. Különösen a sajtgóczok között oly mérvet ölt e tünet, hogy hasonlót tuberculinnal nem kezeltknél nem igen lehet találni. De nem csak a sajtgóczok között, hanem magában az elsajtosodott tömegben is, különösen annak középsőrészleteiben találunk számtalan gömbsejtet, melyeknek fellépte mint láttuk, a sajtgóczok szétesését eredményezi. A sajtgóczok kezdetben kis hiányt mutatnak közepükben mely később mind nagyobb-nagyobb lesz, míg végre a volt sajtgócz helyén csak egy genynyel kitöltött ürt találunk, melynek környezetében a szövet hatalmas gömbsejtes beszűrődést mutat. A tuberculinnak ezen hatása annyira szembeszökő, hogy a gümős részletekben már első megpillantásnál feltűnt a sajtosodás csekély volta. A cavernákban is alig lehetett sajtos morzsákat kimutatni, bennük többé-kevésbé nyákkal kevert genyből állott.

Kochnak azon állítását, hogy a tuberculin a gümős szövetekben roncsolásokat hoz létre, a fentebbiek után tehát mi is igazolhatjuk, csak hogy nem a gümők maguk roncsolatnak szét, hanem csak az elsajtosodott részletek, míg ellenben az ép, el nem sajtosodott miliaris gümőket nem is bántja a szer de sőt fejlődésüket sem gátolja.

Mindhárom esetünkben találtunk számtalan, egészen apró, friss miliaris szemcséket, s miután az első befecskendés és a halál napja között eltelt idő mindhárom esetben elegendő volt ily friss kitéréssek keletkezésére: kétségtelen, hogy ezek a Koch-féle kezelés megkezdése után jöttek létre. Mi is bizonyíthatjuk tehát, hogy — mint Hansemann mondja — a tuberculin a helyett, hogy elpusztítaná a kis gümöcskéket, még alkalmat ad új kitéréssek keletkezésére.

A sajtos anyag szétlágyulása által számtalan bacillus szabadul fel s innen van az, hogy a köpetben kezdetben megszorodnak azok, később azonban a mikor szétlágyult sajt legnagyobb része már kiürült, ismét megkevesbednek. A szétlágyult sajtos anyag azonban sok helyt nem ürülhet ki és ilyenkor felszivódva sok bacillus kerülhet a vérkeringésbe, honnan aztán a legkülönbözőbb szervekben megtelepedve új meg új metastasisokat okoznak.

Már Virchow kiemelte és mi is tapasztaltuk, hogy sok sajtgócokban e roncsoló hatás elmarad. Miután ez a mi eseteinkben csak régi, kérges, vastag kötőszövevtől egészen körülvelt sajtgócokban mutatkozott, hajlandó vagyok fölvenni, hogy más esetekben is csak az ilyen sajtgócok maradtak épek. Hogy miért nem bántja a tuberculin az ilyen gócokat, annak magyarázatát abban lelhetjük, hogy bennük, de még kérges környezetükben is igen kevés az anyagcsere, a tuberculin tehát e helyekre nagyon nehezen juthat a nedvkeringés útján.

Mindezekből láthatjuk, hogy a Koch-féle kezelés a gümőkór gyógyítását nem eredményezheti; de annál több a káros befolyás, melyet gyakorol. Eltekintve a mulékony tünetektől, melyeket okoz (vérbőség, befecskendési tüdőlob, savós hártályák lobja stb.) mindenesetre állandó elváltozásokat is hagy hátra, így a gömbsejtekkel erősen beszűremkedett szövetekben pusztulás, sőt elgennyedés is jön létre (mint pl. a második eset nagy bélfekélyeiben). Ugyancsak a gömbsejtes beszűródés azonban szövetképződést is eredményez s az így létrejött kötőszövet a nemesebb szöveteket kiszorítja, a tüdőben ily uton az alveolusok tekintélyes számban tönkremennek, miáltal a légzési felület kisebbedik. Hogy a sajtgócok szétesése nem gyógyulás, azt még indokolni sem kell, sőt nagyon ártalmas, mert mint láttuk ezáltal a gümőkórnak az egész szervezetben való elterjedése mozdíttatik elő.

A tuberculin tehát egyike a legerősebb mérgeknek, de nem gyógyszere a gümőkórnak, hisz a gümöket és bacillussokat nem is bántja, sőt alkalmat ad terjedésükre.

AZ ORSZ. KAROLINA KÓRHÁZ NŐI KÖZOSZTÁLYÁNAK
NŐGYÓGYÁSZATI ESETEI.*)

Engel Gábor tr. egyetemi magán tanártól.

Az orsz. kórház női közosztályán a múlt 1890. évben 262 nő-beteg volt ápolás alatt. Bár ezen közosztály belgyógyászati jelleggel bír, 82 eset (a betegek 31%) nőgyógyászati eset volt.

<i>A kóralak neve</i>	gyógyult	javult	gyógyulat- lan	áttételt más osztályra	meghalt
Amenorrhoea	1				
Abortus	1				
Carcinoma uteri	1	1	8	1	
Endometritis	4	1		2	
Erosiones ad genital.	2				2
Febr. puerp. sept. (moribund.)				1	1
Fibromyoma uteri	1	1		1	
Graviditas c. vaginit.	2				
Metritis	5	1			
Metritis post. part.	1				
Metrorrhagia	5				
Oophoritis		1			
Ovaralgia		1			
Parametritis	2				
Paraendometritis	1				
Perimetritis	7	2		1	
Periendometritis	2				
Phlegm. alb. dol. p. part.	1				
Polypus uteri	2				
Rupt. perin. p. part.	1				
Vaginitis blen. acut.	4				
Vaginit. blen. chron.	5	5			
Vaginit. bl. c. urethrit.	2				
Urethritis et cystitis bl.	2				
Összesen . . .	52	13	8	6	3

* Előadatott az orvosi szak 1891. évi márczius hó 21-én tartott ülésén.

Mint e táblázat mutatja, alkalmunk volt a női nemző szervek bántalmainak csaknem minden alakját — többnyire kifejezett kórképpel észlelhetni.

A legtöbb esetben lobos természetű megbetegedések kerültek kezelésünk alá és a kórelőzmény, kórkép és lefolyás összevetésével az esetek legnagyobb részénél kimutatható volt, hogy a lobos állapot fertőzéssel állott okozati összefüggésben.

A takáros fertőzés nőnél más kórodai képet mutat, mint férfiaknál. A húgycső rövidege, iránya, ürterének egyenletes tágsága nem kedvez szövődmények kifejlődésének, maga a húgycsőlob hamar lefoly és javul gyakran minden kezelés nélkül. Hólyaglobnak fejlődése is nem oly gyakori, mint várni lehetne és ha jelentkezik is, tüneteiben nem oly kifejezett, lefolyásában nem oly makacs, kezelése pedig — a könnyű hozzáférhetés által — rövid időn eredményes. A Bartholini mirigyek fertőző lobja visszaesésekre hajlandósággal bír és gyógyulási tekintetben jobb, ha tályog képződés jön létre, midőn az megnyitattván a fertőzött mirigy nyílt sebbé alakul és annak visszaesés nélküli javulása várható.

A hüvely a fertőzésnél csak közvetett szerepet játszik, elsődleges megbetegedése s főleg annak — a kórfolyamatban — egyedüli részvétele ritka. Többnyire a fertőző anyag első lerakodási helyét nyújtja, mely onnan a belsőbb nemzőszervek felé kezdi el fertőző hatását. Ezért találunk szűk hüvelynél pl. fiatal nőknél vagy nőknél, kik még nem szültek — gyakrabban heveny hüvelylobot elsődleges eredettel, úgy olyanoknál, kiknek hüvelynyákhártyája valamely befolyás következtében — mint pl. a terhesség — megbetegedésre hajlandósággal bír.

A fertőzés valódi fészke a nyakcsatorna, melynek közepén kiöblösödő ürtere, redőzött nyákhártyája kedvező helyet nyújt a fertőző anyag megtelepülésére. Bizonyítják ezt Bumm vizsgálatai is; az újszülöttek takáros kötőhártya lobjának keletkezése felett végzett tanulmányaimban szintén a nyakcsatorna nyákhártyáját találtam a fertőzés közvetítőjéül.¹⁾ Innen kiindulva terjed a fertőzés lefele a hüvelyre, felfelé a méh nyákhártyájára s kifejlődik egy kórkép, mit takáros méhbellobnak — endometritis gonorrh. — nevezünk. A lobos vála-

¹⁾ O. H. Sz. 1886. 439. l.

dék a nyakcsatornán át a hüvelybe szivárog, a hüvelyi rész felülete úgy a hüvely fala az összegyűlt és bomlásnak indult váladék által izgatva lesz, nagyfoku hámleválás és lefoszlás, a szemölcs testek lobos dúzzadása, kievődése következik be. A váladék a hüvelybemenet és külszemérem nyákhártyájára jutva, ott kievődések lépnek fel s ha elsődlegesen nem történt meg, utólagosan a húgycső, a hólyag és a Bartholini mirigyek kivezető csövei is fertőzött állapotba jutnak. Ez úton fertőzés juthat a végbél nyákhártyájára is. Ily átvitel által származott végbél szorokat volt alkalmam nőknél láthatni.

A fertőző folyamat ritkán éri el határát a méhürben, tovább terjedése a méhkürtökre, de főleg a medenczeszerveket bevonó hasártyára oly eshetőség, melyre előre el lehetünk készülvé.

Fertőző méhlobot szövödmények nélkül ritkán találunk s ha igen, akkor vagy a kórfolyamat még kezdeti szakában jött kezelésünk alá, vagy a belső nemzőrészek lobja már elvesztette heveny jellegét és szövödmények kimutatása vizsgálati eljárásaink szerint nem lehetséges. Meg történik, hogy kezelésünk eredménye lehető kecségtető sőt a teljes gyógyulást is befejezettnek tartjuk, midőn egy fellépő méhkürtlob, körülírt hashártyalob jelzi a lappangó fertőzés újabb munkáját. Vannak esetek, melyekben a fertőzés kezdeti szaka, a folyamat heveny alakja nem állapítható meg, de a korodai lefolyás, esetleg később fellépő szövödmények a mellett tanuskodnak, hogy a kóralak lappangó fertőzésen alapul. (Fritsch).

Nem fogadhatjuk el Nöggerath azon kijelentését, hogy a fertőző méhlob tökéletesen nem gyógyítható, de el kell ismerjünk érdemét, hogy a fertőző lobnak a nemző szervekre való káros befolyását oly sötét színekben festé le könyvében, mert ezáltal figyelmissé tette a szakembereket ezen kórfolyamatot komoly jelentőségére.

Kórjóslatunkra nézve előnyös, ha sikerül már kezelésünk kezdetén megállapítani a lobos folyamat természetét és azon esetben ha fertőzésre vihető vissza, őrizkednünk kell oly beavatkozásoktól, melyek a kívánt eredmény helyett a lob tovaterjedését okozhatnák.

Kezelésünk alapját a feltétlen nyugalom és a minutiósus tisztaság képezik. A fájdalomosság enyhítése szintén a nyugalom érdekében kívánatos lévén, azt úgy fájdalomcsillapító szerek adagolása mint a hideg víz lobellenes hatása által igyekszünk elérni.

Hüvelylobnál eljárásunk következő: gyakori fertőtlenítése a hüvelynek creolinoldattal — a lobos szakban hideg vizet használva —

a hüvelyfalaknak egymástól távoltartása jodoformgaze csíkokkal való kiméletes tömeszelés által, mely a váladékot magába szivja és ártalmatlanná teszi. A lobos hüvelyfalaknak egymástól eltávolítása lényegesen elősegíti a javulást, a gazetömesz hátráltatja sőt megakadályozza a lob tovább terjedését a méhür felé.

Méhnyakcsatorna és méhbellobnál szintén ezen eljárást követjük; a lobos tünetek alábbhagyásával a méhürből a váladékot vattával eltávolítván, annak falait — időnként — jodfestenynyel vagy sok váladék esetén creolinnal, gyenge sublimat vagy gyenge pokolkő oldattal kiecseteljük. Ha a váladék ezen eljárások mellett sem keszbedik, a méhet fogóval rögzítve a nyakcsatorna és méhür nyákhártyáját éles kaparóval — curettement — eltávolítjuk és sondára csavart sublimat oldattal telített vattával kitisztítjuk.

A méhür nyákhártyájának kikaparása csak az utóbbi években nyert általánosabb alkalmazást s bár nem mondhatjuk, hogy minden esetben a várt eredményt elérjük általa, de tény, hogy a folyamatot kedvezően befolyásolja és egyes, főleg üdült esetekben feltűnő javulást észlelhetünk. Csak őrizkednünk kell korai alkalmazásától, mert bár kiméletesen járunk el — a folyamat heveny alakjánál — a lobos állapot nagyobbodásától tarthatunk. A méh rögzítése nélkül a kaparást csak felületesen végezhetnők, mi kezelésünk eredményét kétséssé tehetné, Chrobák a végbélbe vezetett ujjal rögzíti a méhet, azonban ezen fogás által csak a hüvelyi rész rögzíthető, a méhtest nem, tehát a rögzítés nem kielégítő, a mellett fájdalmas is. A kaparás — hogy eredményes legyen — a méhür és nyakcsatorna egész nyákhártyáját el kell távolítsa és különös figyelemmel kaparjuk le a kürt benyílások körüli nyákhártyát, mert ha részletek maradnak vissza, ezek váladéka az ujon képződő nyákhártyát fertőzni fogja. A nyakcsatorna többnyire oly tágas, hogy előzetes tágítása szükséges-telen, a bevezetendő műszer mekkoraságát a nyakcsatorna ürtere határozza meg. Méhkiöblítést nem végzünk, a lekapart nyákhártyát a műszer eltávolítja, a bennmaradó czafatok a kitorlás által fertőtleníttve lesznek és a méh összehúzódásai által kitaszíttatnak. Kaparás után néhány órai feltétlen nyugalom szükséges.

A hüvelyi rész fekélyedései külön kezelést nem igénylenek, azoknak edzését különböző étető szerekkel nem tartom helyes eljárásnak; különösen a pokolkővel való edzésének szomorú lefolyású eseteit volt alkalmam látni.

A hüvelylob és méhbellob kezelése és javulása mellett a váladék kevesbedik és ha a váladék eltávolítására megtesszük a teendőket, hogy az ne időzzék a hüvelyben és így a hüvelyi rész ne legyen hosszasan a váladékkal érintkezésben, a fekélyek hegedése a folyamat javulásával lépést fog tartani. Ha ez nem következne be és a fekélyeken gyógyulási hajlamot nem látunk, úgy a fekélyek felületének erélyes lekaparásával alkalmat nyújtunk egészséges sarjadzás képződésére.

A méhbellobbal gyakran karöltve járó méhlob láz- és lobellenes kezelést igényel, mely a fájdalmak ellen is feltűnő hatással bír. Jó hatását láttuk a gyakori hideg végbélbeöntéseknek, különösen a fájdalmak legyőzésére. Ismert dolog, hogy a méh lobos állapota a havi vérzés idején erősböedésre, sőt kiújulásra hajlandó, a fájdalmak nagyobbodnak és nagyobb vérveszteség következik be, mi a szerv ezen időben levő az élettaninál nagyobb vérteltségének jele. Ennek legyőzésére kevés anyarozs kivonat adagolásától, de főleg a *hydrastis canadensis* kivonatától jó eredményt láttunk. A *hydrastis* edényszűkületet hozván létre, gyenge méhösszehúzódásokat vált ki, melyek a lobos folyamatra befolyással bírnak, a váladék és a vérmennyiség kevesbedik. Mint *stomachicum* is becses szer és különösen ily betegknél ezen hatásra is szükségünk van. E helyen ki kell emeljem a *hydrastis* kitűnő hatását azon rendetlen idejű és mennyiségű vérzéseknél, melyek a *climactericus* években szoktak előfordulni.

A méh körüli kötőszövet izzadmányainál kezdetben lobellenes kezelésünk, ha a lob alábbhagyott és az izzadmány megállapodott, annak felszívátása képezi kezelésünknek további feladatát. Megmelegedő borogatások, a székelésnek szabályozása sós hajtók által, később meleg hüvelyöblítések, úgy jódkali alkalmazása hüvelygolyók alakjában, bár lassú, de fokozatos javulást szoktak eredményezni. Bandl a jódkalinak ily alakban alkalmazásától a Braun kórodáján nem látott eredményt. Mi — tapasztalatainkra támaszkodva — nem mondhatunk ily elvető véleményt. A jód kimutatható lesz a vizeletben, ez elég criteriuma felszívátásának és aligha nem közvetlenebbül hat, mint az újabb időben ajánlott beecsetelése a hasfalakra, mely annak bőrét felhámoltja, érzékenynyé teszi, minek folytán a melegedő borogatások — melyekre pedig a nedvkeringés és felszívódás élénkítése végett szükségünk van — kellemetlen érzést okoznak.

Ha az érzékenység alább hagyott, a hasfalakon úgy a hüvelyfalon át végzett massálással segítjük elé az izzadmány felszívódását. Korábban végzett massálás könnyen kiújulást okozhat. Midőn a betegnek több mozgást engedhetünk meg, a meleg sós ülőfürdőket vesszük használatba.

Röviden összefoglalva ezek kezelési eljárásaink, melyeket a fertőző lob által okozott nemzőszeri bántalmaknál használunk s melyekkel kielégítő eredményeket értünk el. Korántsem mondhatjuk, hogy kezelésünk tökéletes, sőt daczára Neisser alapos és kezelésünk irányára útmutatóul szolgáló felfedezéseinek, még mindig a tüneti kezelésre vagyunk utalva s távol állunk attól, hogy a nemi szervekre átszármasztott fertőzésnek rationalis kezelését elértük legyen.

A méh alképletei közül a rák 10 esetben képezte kezelésünk tárgyát. Nem tudom, valjon az indolentiának, vagy a túlszemérmességnek irható rovására, hogy nálunk a nők — rákos bajjal — többnyire a legvégsőbb esetben veszik a kórházi kezelést igénybe, midőn már bajuk oly előrehaladott szakban van, hogy a műtét által remélhető gyógyulás vagy javulás teljesen kizártnak tekinthető. Eseteink közül csak kettő volt, hol műtét szóba jöhetett.

Egyik esetben egy 36 éves vérszegény nőnél a hátsó méhajak — felterjedőleg a nyakcsatorna közepéig volt rákosan elfajulva. Nagyobb műtéttől idegenkedve, a rákos részt három izben Paquelin-égetővel szétroncsoltuk, mire jóindulatu hegedési folyamat kezdődött el és így látszólag javulva távozott.

A másik esetben egy 36 éves nőnél az egész hüvelyi rész rákos elfajulást mutatott. Ezen esetenél hüvelyi tökéletes méhkiirtás végeztetett és az illető gyógyultan távozott.

A többi esetben kezelésünk csak a fájdalmak enyhítésére és a tisztántartásra szorítkozhatott. Mind gyógyulatlan állapotban távoztak.

A fertőtlenítésre és a bűz elhárítására még a legtűrhetőbb eredményt a chlorvizes, úgy a felmangansavas káli oldattól láttunk. A fekélyedéseket jodoform és utóbb kielégítő eredménnyel gypsum bituminatum behintésekkel kezeltük, a hüvelybe ugyanezen szerrel behintett tömeszt alkalmazva, hogy ez a váladékot felszívja és szagtalánítsa.

Havi vérzés hiány egy esetében — hol a terhesség kizárható volt — felmangansavas káli adagolásával elértük a kívánt eredményt.

E sorokban óhajtottam osztályomnak múlt évi nőgyógyászati eseteit ismertetni. Az esetek száma nem nagy arra, hogy statisztikai kimutatások alapjául szolgálhasson, de elegendő annak felismerésére, hogy a női nemzőszeri bántalmaknak mely alakjai gyakoribbak a társadalom azon rétegeinél, melyek a kórházak segélyét felkeresni kényszerítve vannak és elegendő annak bizonyítására, hogy egyszerű kezelési eljárásokkal is képesek vagyunk kellő eredményt felmutatni.

KÖZLEMÉNY A KOLOZSVÁRI MAGY. KIR. FERENCZ-JÓZSEF
TUD. EGYETEM ÉLET- ÉS SZÖVETTANI INTÉZETÉBŐL.

XXIX.

Az izommunka befolyása a phosphorsavkiválasztásra kutyánál. 1)

Olsavszky Viktor orvostanhallgatótól.

Hogy a vizelet phosphorsavtartalma embernél izommunkára tetemesen felszaporodik, ez Dr. Preysz Kornél intézeti tanársegéd az Orvos-természettudományi Értesítő 1891-ik évfolyamának I-ső füzetében közölt saját magán és rajtam tett kísérletei óta minden kétségen felül áll; szükségessé vált azonban ugyanazon észleleteknek állaton — nevezetesen kutyán — tett vizsgálat útján való megerősítése.

Kutyát könnyebben helyezhetni normalis physiologicus viszonyok közé, azonkívül az értelmi munka, a szellemi foglalkozás, mely — mint legtisztább idegműködés — a phosphorsavkiválasztásra tudvalevőleg szintén befolyhat, itt számításba alig jöhet. A mint kísérleteimet elkezdtem, feltűnt, hogy a kutya, jóllehet minden nap egyenlő időben és egyenlő mennyiségű táplálékot kap, testsúlyában nagy fokú ingadozásokat mutat.

E zavaró körülmény befolyásának kizárása czéljából meg kellett előbb állapítanom a táplálékul adott tej mennyiségének azt a határértékét, mely az életműködések fenntartására, az elhasznált anyagmennyiség pótlására éppen csak elegendő levén, a kutya testsúlyának változatlanságát is biztosítsa. Azonban e dolog sokkal nehezebben kivihető, mint első pillanatra látszik. Ismerve a kutya súlyát s — hozzávetőleg — a munka nagyságát, melyet naponta végez, körülbelül

1) Előadatott az orvosi szak 1891. évi márczius hó 21-én tartott ülésén.

kiszámíthatjuk az általa igényelt tápszükségletet. De ha a kutyanak a kiszámított tápanyagmennyiséget adjuk, mindig tapasztalható, hogy az bizonyos ideig mégis súlyában apad vagy nő, mikor azután állandó testsúlya felé közeledik, melyen végre meg is marad.

Kutyámnál, tekintettel arra, hogy a kutya éjjel-nappal ketre-
cében tartózkodott, mozgást nem végzett, 700 köbcenimeternek
találtam azt a tejmennyiséget, mely mellett 5 kiló 250 grammnyi test-
súlya változatlan maradt, illetőleg csak kicsiny ingadozásokat tett.

König szerint 700 köbc. tejben van:

Víz	N.-tartalmu anyag	Nitrogen	Phosphor- sav	Zsír
611.94 gr.	23.87 gr.	4.41 gr.	1.36 gr.	25.51 gr.

Ámha már a kutya súlyának ingadozásai szabályszerű érend
mellett meglepők, még változatosabb képet nyújt az a táblázat (l.
alább), mely a kutya 24 óránkénti vizeletmennyiségéről beszámol.
Azért, hogy a vizelet mennyisége egyik napról a másikra át ne
vitessék, gondoskodni kellett, hogy a 24 óra alatt elválasztott vizelet
a mondott idő lejártával a hólyagból ki is ürítették.

Goltz említi, hogy ha a kutya hasfalát a hólyag táján ujjunk-
kal gyöngéden megnyomjuk, vizeletkiürülés áll be s e kiürülést az
idegrendszer reflex működéséből magyarázza.

Goltz után indulva, megkísértettem e reflex berendezést fel-
használni arra, hogy a kutya hólyagtartalmát 24 órai időközökben
catheter alkalmazása nélkül teljesen kiürítsem, azonban eredmény-
telenül.

A kutya hasfalára gyakorolt gyöngéd nyomás vizeletkiürítést
sohasem eredményezett; ellenben, ha a kutya hasfalát erősen meg-
nyomtam, bármily csekély volt is a hólyag tartalma, kiürült. A mű-
leges nyomás itt nyilván a hassajtót pótolta, a nyomás elől a hólyag-
száj felé áramló vizelet hullámereje par force eltolta a nyákhártya-
redőt, legyőzte a sphincter ellenszegülését, a minek következtében a
húgycső kezdeti részébe pár csepp vizelet hatolt és annak érző ide-
geit izgalomba hozta. A húgycső érző idegeinek izgalma a centr.
vesicospinaléban átterjedvén motoricus pályákra, a hólyagfal izomza-
tát erélyes összehúzódásra bírta. Ugyanekkor a m. sphincter
urethrae seu sphincter vesicae externus reflex-izgalmá-

nak intracranialis gátló központja felfüggesztette a sphincter működését és a húgy kiürült.

Minthogy csak erős nyomással sikerült a húgyot a kutya hólyagjából kiszorítani, én a hasfal erőszakos sajtolása helyett alkalmasabbnak találtam a kutyát minden 24 óra végén megcatheterizálni.

A vizelet phosphorsavtartalmának meghatározását Neubaue r és Vogel titráló módszere szerint végeztem úgy, a mint az Dr. Preysz Kornél fent hivatolt cikkében leírva van.

Megállapítva a tápszükségletet és a kísérlet egész tervezetét, a kutyát először is 10 napig ketreczbe bezárva tartottam. Ez idő alatt a kutya naponként egy sétát tett a mérlegig és vissza, különben éjjel-nappal nyugodtan ült ketreczében, mely megengedte ugyan a felállást, de megtagadta a megfordulás lehetőségét vagy a végtagok szabadabb, kihatóbb mozgásait.

A 10 nap mindenikén meghatároztam a vizelet phosphorsavtartalmát. A 10 normalis nap alatt volt:

Napok	A vizelet		Ingadozás az előző naphoz képest	Adnotata
	mennyisége	phosphorsav tartalom		
1-ső nap	407 köbc.	0·37 gr.	—	
2-ik "	378 "	0·35 "	— 0·02 gr.	Faeces száritva 73·9 gr.
3-ik "	520 "	0·39 "	+ 0·04 "	
4-ik "	310 "	0·30 "	— 0·09 "	
5-ik "	485 "	0·365 "	+ 0·065 "	
6-ik "	354 "	0·31 "	— 0·055 "	
7-ik "	370 "	0·29 "	— 0·02 "	
8-ik "	320 "	0·24 "	— 0·05 "	Faeces száritva 19·3 gr.
9-ik "	350 "	0·26 "	+ 0·02 "	
10-ik "	505 "	0·30 "	+ 0·04 "	
Összesen	3999 köbc.	3·175 gr.	—	

Tíz nap alatt volt tehát az összes phosphorsav mennyisége 3·175 gramm, ami naponta átlag megfelel 0·3175 grammnak ;
 a legnagyobb napi mennyiség 0·39 gramm
 a legkisebb napi mennyiség 0·24 "
 a két végtel között tehát 0·15 gramm
 a különbség.

Összehasonlítva a kiválasztás maximumát 0·39 grammot
 a 10 napi átlaggal 0·3175 grammal
 a maximum ez utóbbinál 0·0725 gr.-mal nagyobb.

Tíz napi pihenés után a kutya fárasztó izommunkát végzett: nevezetesen nyakörvén keresztül húzott zsinórnál fogva szánhoz kötöttem és sebes, de egyenletes menetben a szomszédos Kis-Fenes nevű községig és onnan kevés vártatva visszahajtottam. Útközben a kutyát — nehogy vizeletéből valami elveszen — valamint otthon is megcatheterizáltam s az összegyűjtött vizeletet megvizsgálván, a 16 kilométernek megfelelő sebesen befutott út után találtam, hogy

	a vizelet mennyi- nyisége	phsavtartalma	ingadozás az előző naphoz képest
11-ik nap	290 köbc.	0·57 gr.	+ 0·27 gr. volt;

a phosphorsav mennyisége tehát 0·18 grammal több volt, mint a 10 napi kiválasztás maximuma és 0·2525 grammal több, mint a 10 napi átlag.

Kísérletezésem 12-ik napján a kirándulási nap után, midőn a kutyát ismét ketreczében tartottam, volt:

	a viz. mennyisége	phsavtartalma	ingadozás
12-ik nap	450 köbc.	0·28 gr.	— 0·29 gr.,

vagyis 0·0375 grammal kevesebb, mint a 10 normalis nap átlaga, 0·11 grammal, mint a 10 normalis nap maximuma és 0·29 grammal kevesebb, mint az előző nap mennyisége.

Egybevetve a 10 normalis nap átlagát, a kísérleti és kísérlet utáni nap kiválasztásával, azt a következtetést vonhatjuk le, hogy az izommunka a vizelet phosphorsavtartalmára kutyánál is lényeges befolyást gyakorol, a mennyiben itt is, mint az embernél, a vizelet phosphorsavtartalma izommunka után közvetlenül tetemesen felszaporodik, míg később a normalis alá száll. Valószínűleg innen van a középponti idegrendszer villamos izgatására bekövetkező fokozódása a phosphorsav kiválasztásának is, mint azt Bókai¹⁾ észlelte.²⁾

¹⁾ Orvosi Hetilap. 1879. 17. sz.

²⁾ Hogy az izommunkával járó anyagforgalom miért gyakorolja ezt a befolyást a phosphorsav kiválasztására, annak eldöntése képezi az intézetben jelenleg folyó vizsgálatok egyik feladatát. Klug tnr.

HÜVELYHIÁNY MÉHCSÖKEVÉNYNYEL 23 ÉVES NŐNÉL.*)

Dr. Ákontz Károly tanársegédttől.

Az ismeretlennek tanulmányozása, a titokzatosnak megfejtésére irányuló törekvés kimagyarázhatatlan vonzó erővel hat reánk. Ily titokzatos tér az emberi szervezettel foglalkozó kutatónak: az embryonalis élet, a fejlődéstörténet, valamint ennek édes testvére: a teratologia. Kiváló teratologicus érdeke van az alábbiakban leírt esetnek is, melynél a belső női nemző életműszereknek, nevezetesen a méh és hüvely kifejlődésének korai embryonalis életből eredő megakadásáról, vagy talán a már bizonyos fokban kifejlődöttnek ismét elsorvadásáról lehet szó.

A Müller vezetékek a nyolczadik héttől kezdenek a női embryónál egyesülni, hogy a huszadik hétig alkossák a méhet, hüvelyt s ezek mellékreszeit. Ha e rendes fejlődést valamely gátló mozzanat — pl. hiányos táplálkozás stb. — az embryonalis élet nyolczadik hete táján, de még inkább az előtt megakasztja, akkor nem képződik méh, hüvely, esetleg nem a kürtök, se a petefészkek. S így létrejön a nem nélkül való individuum.

A belső nemző életműszereknek önálló teljes hiányáról, egyébkint rendesen kifejlett egyéknél, azt hiszem, joggal nem beszélhetünk; mert ez életműszereknek valamelyes kis csökevényét, hacsak kevés izom-rostot vagy kötőszövetes megvastagodást is, beható vizsgálatra legtöbbször sikerül találni. Számos példával bizonyíthatnám az irodalomból kutatóink tévedését tetem-vizsgálatoknál, kik méhhiányt véltek ott találni, a hol tulajdonkép annak csökevényes alakja volt. Például kikerülte Langenbeck¹⁾ figyelmét is a hólyag hátulsó

*) Bemutattatott az orvosi szak 1891. évi ápril hó 30-án tartott ülésén.

¹⁾ Langenbeck: Neue Bibliothek f. Chirurgie. IV. H. 3.

falával szorosan összenőtt csökevényes lapos méh. Ő méh hiánynak tartotta az esetet, melyről később kimutatta Förster, hogy nem az. Kussmaul¹⁾ kimutatta, hogy Kiwisch²⁾ hasonlóan tévedett és esetében nem a méhnek hiánya, hanem annak csak csökevényes alakja forog fenn. Ilyen tévedésre adhat alkalmat néha a himjellegű hermaphrodita is.

Önállóan csak a méhnek teljes hiánya, a szervezetnek különben rendes fejlettsége mellett, a kutatók egyhangu véleménye szerint, felette ritka. E teljes hiányhoz az az eset áll legközelebb, midőn a méh helyén a ligamentum latumban annak csak kötőszövetes körvonala van, mely lefelé a csökevényes hüvelyt éri, felfelé jobbra és balra fibrosus kötegekbe folytatódik. E kötegek a görgeteg-szalagok eredéseig a méh szarvainak, azon túl kürtöknek tekintendők.

E mellett a petefészkek rendszeren lehetnek fejlődve, vagy — ritkábban — hiányzanak. A hashártya közvetlenül hajlik át a hólyagról a végbélre. Az egyéneknek nőies alakjuk van, külső nemző életműszereik jól lehetnek fejlődve. Egyik-másik ilyen esetben vicariális menstruatiót, néha molimina menstruatiát észleltek. Utóbbi főleg akkor, ha a petefészkek meg voltak. Ezt a méhalakot Mayer, Rokitsansky s a legtöbb német tudós uterus bipartitusnak nevezte. Más — ritkább — alakja a méh-rudimentumnak: a méh helyén ülő ív alakú tömörköteg, mely jobbra és balra a kürtökbe folytatódik. Noha ily eseténél a petefészkekben Graf-féle tüszők nem voltak, a hüvely pedig teljesen hiányzott.

Ez említetteken kívül még számos más, de hasonló csökevényes méh fordulhat elő. A legtöbbször a hüvely csak rövid, 1—2 cm.-nyi vak zsák, néha egyáltalán nincs hüvely, s ilyenkor a húgycső már eredetileg tág lehet.

A méh rudimentumnak csak alig jelzett eseteiben a görgeteg-szalagok a hólyag mögött a kötőszövetben vesznek el. A petefészkek többnyire meg voltak, sőt górcsövileg kimutatható pete is volt bennük. A kürtök majd kevésbé, majd jobban voltak kifejlődve. A külső nemző részek, a belsőktől függetlenül, jól kifejlődve találhatóak.

¹⁾ Kussmaul A.: Von dem Mangel, der Verkümmerng etc. der Gebärmutter etc. 1859. 48. l.

²⁾ Kiwisch: Klin. Vortr. ü. spez. Path. u. Ther. der Krankh. d. weibl. Geschl. 2. Aufl. I. B. 80. l. És Kussmaulnál, I. e.

Élő egyéneken a fejlődési szabálytalanságok ez alakjait ritkán lehet pontosan kideríteni. Mert téves a külső nemzórészek hiányos fejlettségéből a belsőkének hasonló hiányos voltára következtetni. Hisz a kettő más-más talajból fejlődik, tehát vajmi kevés visszahátással lehet egyik a másikra.

Ily egyoldalú fejlettséget mutattak a genitáliák Magee¹⁾, Foville²⁾ s mások eseteiben is. Még a hüvelynek teljes hiánya se teszi a méhnek egyidejű hiányát.

Rossi³⁾, valamint Louisnak⁴⁾ híres esetében is a hüvely hiányzott és a nők a végbélen keresztül fogamzottak. Természetesen legkevésbé következtethetünk méhhiányra a tisztulás hiányzásából, mivel ennek számos más oka lehet. Régibb statisztika szerint nyolcz ezer nő közül 14-nek sohasem volt tisztulása s közülök négy mégis ismételt szült (Szukits).

De másfelől gynäologicus vizsgálási módszereink sem elegendők a csökevényes méh némely alakjának megjelölésére. Ezért élő egyéneknél e fejlődési szabálytalanságokat — úgy szólva — csak nagyjában kórismézhetjük. Nem kielégítő az először Engel⁵⁾ ajánlotta vizsgálási mód; mert catheterrel a hólyag és ujjal az anus felől jól kitapogatni a kis medence szerveit nem lehet. Hasonlóképp nem tökéletes a Simon⁶⁾ módszere sem, mely abban áll, hogy egyik ujjunkat a kitágított húgycsővön a hólyagba, másikat a végbélbe vezetve vizsgálódunk. Ily módon a hólyagba nem juthatunk eléggé fel. Ezért, mint Schroeder⁷⁾ is ajánlja, sokkal egyszerűbb s az adott viszonyok között legjobb a bimanualis vizsgálat a has és végbél felől. Szükséghez mérten a nőt el is altathatjuk, mikor aztán a kis medence szerveit a legapróbb részletekig kitapinthatjuk. A dolog természetében rejlik, hogy mindennek daczára csak hiányos lesz diagnosisunk, mert alig érez-

1) Magee: The. Lancet. 1842. 575. I. És Kussmaulnál l. e.

2) Foville: Bullet. de la Soc. anat. de Paris. Févr. 1856. És m. e.

3) Rossi: Memorie della Reale Acad. dell. Soc. di Torino T. 30. És Kussmaulnál.

4) Louis: Dictionn. d. Scienc. méd. T. IV. 1813. És m. e.

5) Engel: Diss. de utero deficiente. Regiom. 1781. És m. e.

6) F. Winckel: Die Krankh. d. weibl. Harnröhre und Blase. 1877. 11. l.

7) C. Schroeder u. M. Hofmeier: Die Krankh. der weibl. Geschlechtsorgane. 1889.

hető kötőszövetes megvastagodásoknak, szalagoknak stb. lényegét — mint említettem — még a macroscopicus boncolás se képes sokszor eldönteni, ezért tévedni lehet nem csak az élőn, de a tetemen is.

F. évi márczius hó 13-án a következő ide tartozó esetet volt alkalmam a helybeli szülőintézet ambulantiáján észlelni:

D. L.-né, napszámos neje, 23 éves. Tisztulása még nem volt, de 12 éves kora óta állítólag minden hónapban több, kevesebb fájdalma van. 16 éves korában férjhez ment, férjével jól él, csakhogy azóta hasfájdalmai növekedtek és egy izben czombjai és alszárai megdagadtak. Tőlünk tisztulásának megindítását kéri, mivel gyermekeket óhajt. Férjének neje bajáról sejtelve sincs. Az egyén jól fejlett, egészen nőies alkatu. Medenczéje kifejezett női, a cristák távolsága 30 cm., a spin. ant. super.-é 26 cm., a conj. ext. 19 cm. Közép nagy, mirigyes tapintatu emlői s szőrrel dúsan fedett Venus dombja van. Nagy ajkak vékonyabbak, de rendes tapintatuak, kis ajkak rendesek, csiklója valamivel nagyobb, húgycső nyílása tágabb annyira, hogy a Hegar-féle 9-es méhszáj tágitó bele fér. Hüvely bemenetét megvastagodott, ránczos hymen zárja el, rajta több gombostűfejni nyílás; két lateralis nyílásból üvegszerű, alig zavaros váladék ürül. A Sebszonda felületeseznek tünteti fel e nyílásokat. A jelzett hymen igen rugalmas, úgy hogy ujjal a medence ürege felé könnyen 4—5 cm.-nyi vak zsákká nyújtható ki. Narcosisban a végbél, a kinyújtható hymen és a hasfalak felül bimanualison vizsgálódva: hüvelyt vagy méhet nem találtam; a jelzett hymen — úgy szólva — közvetlenül zárja alá felé a hasüreget. A hólyag és végbél között lúdtoll vastag, a kis medenczében harántúl futó, gömbölyded szalag érezhető. A bal medence félben a végbéltől balra sima felületű, tömött, férfi öklönyi ovális képlet van, melynek felső határát az előfok bal széle adja, alsó végpontja a bal tojásképző lyukon van. E képlet eléggé mozgatható, némileg összefügg az előbb említett szalag bal végével. Tyúktojásnyi, sokkal mozgékonyabb, tömör, kissé egyenetlen felületű másik képletet találhatni a V. ágyék csigolyától jobbra. Eme képlet és a méh helyén ülő gömbölyded szalag között csak homályos összefüggés érezhető. Görgeteg szalagokat (lig. rotund.), valamint a lumbalis tájakon vesékre mutató resistentiát nem sikerült tapintanom.

Boyd¹⁾ bonczolt és közzétett hasonló esetében kiemelendőnek

¹⁾ Boyd: Medico-chirurg. Transact. V. XXIV. 187. 1. És Kussmaulnál.

tartom a vesék feltűnő helyezkedését. A vese-tokok u. i. rendes helyükön voltak, a jobb vese azonban a jobb csipő-tányéron a vakbél mögött, a bal vese a kis medenczében a m. psoas alatt foglalt helyet. A vese vérerei szintén többféle szabálytalanságot mutattak. A jobb pete-fészek rendes, a bal helyén egyenetlen, gömbölyded, fibrosus daganat volt.

Nega¹⁾ esetében a jobb vese a kis medenczében oly alant volt, hogy az anus felől vizsgáló ujj elérhette.

Bousquet²⁾ is vizsgált érett újszülöttet, kinél kloaka-képződés, hólyag-hiány és csökevényesen fejlődött méh mellett: a jobb vesét az aorta elágazásánál találta.

E pár adat egyfelől bizonyítja azt, hogy a két fejlődési szabálytalanság között bizonyos oki összefüggés keresendő; de másfelől útbá igazít némiképp jelen esetemnél a diagnosist illetőleg.

Esetemben ugyanis az előadottak alapján teljes hüvely-hiány mellett a méhnek csak alig jelzett, lúd-toll vastag, csökevénye van jelen. A jobbfelől érezhető kisebb tumor valószínűleg a nagyobbodott petefészek; a bal medencze félben talált nagyobb daganat lényege élön aligha lesz meghatározható. Lehet, hogy eltolódott vese, vagy talán a kórosan elfajzott bal pete-fészek (Boyd), — a méh-csőkevény-nyel való összefüggése e mellett szól. — Legkevésbé tartható csökevényes méh-szarvnak, melybe vér gyűlt meg, nem pedig azért, mivel ennél sokkal keményebb. Jelen és hasonló abnormitásoknak jelentősége a nemi-életre talán eléggé ismeretes. A hol fejlett petefészkek vannak, ott kisebb nagyobb fájdalmakkal ovulatio is van.

Frommel³⁾ nem rég közölt esetében a 20 éves nőt 4 hetenkint kolikaszerű heves fájdalmak lepték meg és ez adta az indicatiót a petefészkek eltávolítására. Évek előtt Tauffer tanár is hasonlóan ez okból végzett laparotomiát.

Az orvoslás természetesen csak ilyen esetekben és csak ilyen irányban tehet valamit. Hüvelyt alkotni a legtöbbször nem lehet, ha csak nem akarunk Busch⁴⁾ sorsára jutni, ki az elzártnak vélt hüvely

¹⁾ Nega: De congenitis genitol. foemineor. deformitatibus. Diss. 1838. Vratislav. És Kussmaulnál.

²⁾ Bousquet: Journal de médec. 1757. T. VI. 128. 1. És m. e.

³⁾ Frommel: Centralblatt f. Gyn. 1890. XIV. 527. 1.

⁴⁾ Busch: Rust's Magaz. Bd. X. H. 2. 330. 1. És Kussmaulnál.

helyett a hasüreget nyitotta meg. Különböztetve elvégzik a hüvely készítését sok esetben a házaspár maguk. Kussmaul azt mondja, hogy kölcsönös jóakarattal a látszólag legkedvezőtlenebb feltételek mellett is meglepő sokra mehetnek. A szerető, vagy férj lankadatlan igyekezete folytán a csak alig jelzett hüvely megnyúlik és kitágul.

Esetemben is valószínűleg ez történt, mert a hüvely bemenetet elzáró nyálka hártya ma már könnyen nyújtható ki néhány cmnyi mély vak zsákká. Hasonló fejlődési szabálytalanságok eléggé ritkák, Schroeder tanár berlini egyetemi klinikáján tíz év alatt csak tíz eset fordult elő.

Megemlítendőnek tartom, hogy a nemző élet-műszereknek csökevényes fejlettségét már több ízben találták testvéreknél és ezek vérrokonainál is. Az öröklés emez érdekes alakját esetem kapcsán nem deríthettem ki.

VEGYESEK.

Az erdélyi Múzeum-Egylet orvosi szakosztályának jegyzőkönyvei.

1891. február 20-án.

1. *Dr. Mégay Gyula* trnsgd.
Koch-féle kezelés alatt elhaltakban talált kórbonczatani eltérések.
2. *Dr. Hantz Mihály* trnsgd.
Az aorta-ívből rendellenesen eredő üterekről.
3. *Dr. Genersich Antal* trn.
Önként kivetett nagy epekő.

1891. február 28-án.

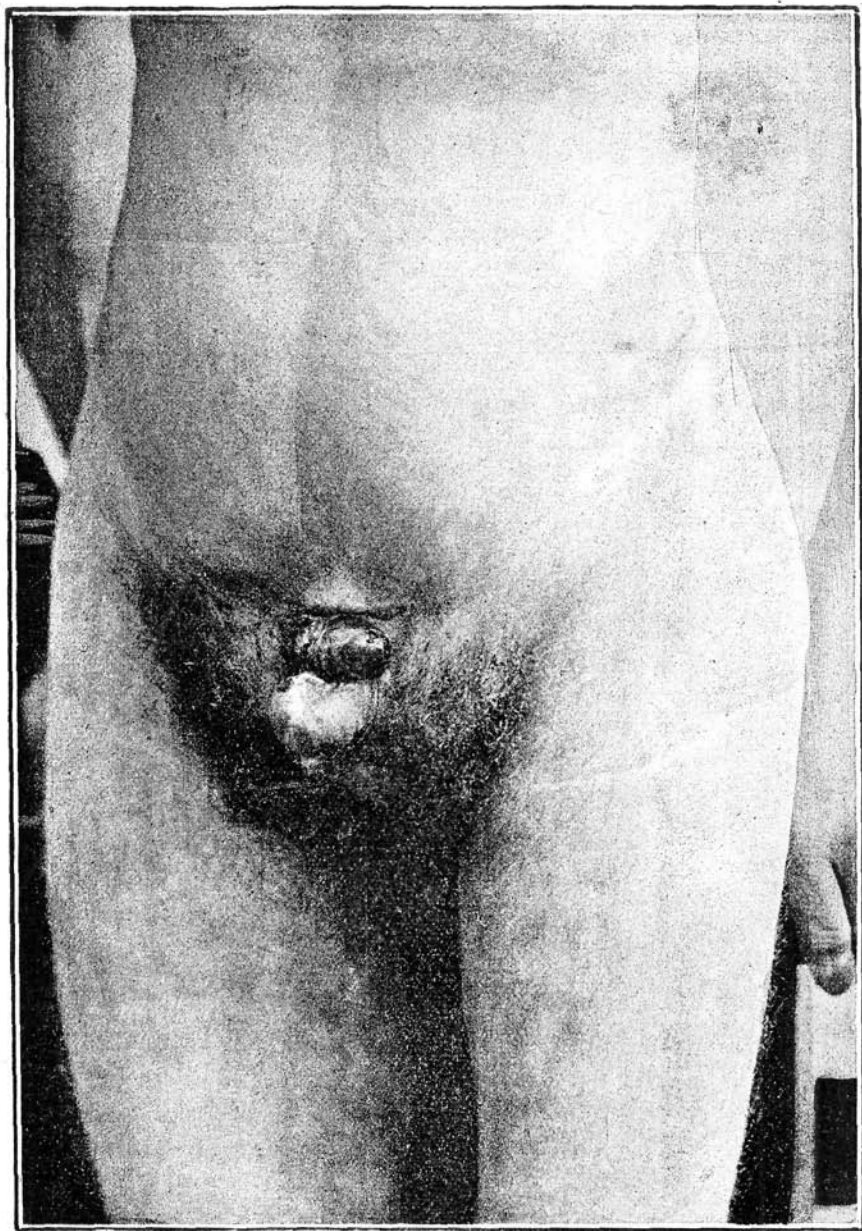
1. *Dr. Geber Ede* trn.
Tuberculinnal kezelt lupusos betegek bemutatása.

1891. márczius 21-én.

1. *Dr. Klug Nándor* trn.
A gyomor fedősejtjei nemcsak a savat, hanem a pepsint is kiválasztják.
2. *Dr. Klug Nándor* trn.
Olsavszky Viktor: az izommunka befolyása a phosphorsav kiválasztásra kutyánál.
3. *Dr. Engel Gábor* mtnr.
Az országos kórház nőosztályának nőgyógyászati esetei.
4. *Dr. Genersich Gusztáv* trnsgd.
A veleszületett szivbántalmakról (egy idevágó eset bemutatásával).

1891. április 30-án.

1. *Dr. Geber Ede* trn.
Valjon a Pemphigus és a dermatitis herpetiformis ugyanazon bántalomnak tekinthető-e? Betegbemutatással.
 2. *Dr. Ákontz Károly* trnsgd.
Betegbemutatás.
 3. *Dr. Genersich Antal* trn.
Kórbonczatani készítmény bemutatás.
-



Ábra Dr. Hóntz Kálmán: Epispadia és ectropia vesicae urin. esetéhez.