

5. 191

GYERMEKGYÓGYÁSZATI KÓRRAJZOK.

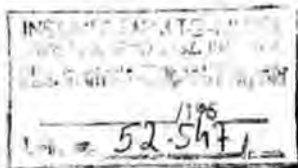
ÖSSZEÁLLITOTTA

BÓKAI JÁNOS DR.

A BUDAPESTI »STEPÁNIA« GYERMEKKÓRHÁZ IGAZGATÓ-FŐORVOSA, EGYETEMI



BRÜCK MIKSA DR., ÉKEY ANTAL DR., GRÓSZ GYULA DR., SZEGŐ
KÁLMÁN DR. KÓRIÁZI SEGÉDORVOSOK, HAINISS GÉZA DR. PESTMEGYEI TB.
FŐORVOS, PATAKY JENŐ DR. SÁRVÁRI VÁROSI ORVOS, SZONTAGHI FELIX DR.
SZT. JÁNOS-KÓRHÁZI RENDELŐ ORVOS, VÁMOS GYULA DR. AZ ORSZ. GYERMEK-
MENIHELY FŐORVOSA, VOLT KÓRHÁZI SEGÉDORVOSOK ÉS BÓKAI JÁNOS DR.
IGAZGATÓ-FŐORVOS.



BUDAPEST.

DOBROWSKY ÉS FRANKE KIADÁSA

1891.

01 JUN 2006

Dr. Markusovszky Lajos

ministeri tanácsos Úr Ö Méltóságának,

*a gyermekkórház-egyesület választmányi tagjának, s az egye-
sület régi jóakarójának*



őszinte tisztelete jeléül

ajánlja

Dr. Bókai János.

Előszó.

„*Gyermekkórházi kórrajzok*“ címmel a budapesti „*Stefánia*“-gyermekkórházban általam észlelt érdekesebb kóresetek egész sorozatát kívánom gyakorló ügyfeleim kezeihez juttatni. A kóresetek a legkülömbfélébbek s az összeállítás jól állítja szemünk elé a gyermekgyógyászatnak sokoldalúságát, s különleges állását a többi specialis szakokkal szemben.

Valamennyi czikk már látott napvilágot. Magyarul mindannyian az „*Orvosi Hetilap*“ hasábjain jelentek meg, németül pedig egyesek a „*Jahrbuch f. Kinderheilkunde*“ és az „*Archiv f. Kinderheilkunde*“-ben közöltettek, s hogy a külföld által általában figyelemben részesültek, bizonyítja azon körülmény, hogy egyes közleményekre a legujabb német gyermekgyógyászati munkákban hivatkozás ismételten történik.

Budapest, 1891. Február hó.

Dr. Bókai János.

Tartalomjegyzék.

	Lap
i. Meningitis basil. tuberculosa, felette alacsony hőmérsékkel. Közlötte <i>Bókai János</i> dr. (1883)	1
ii. Nem-gümős alapi lágy-agyburoklob egy esete. Közlötte: <i>Bókai János</i> dr. (1881)	8
iii. Vérzések az agy- és gerincagy-burkok közé. (Két eset.) Közlötte: <i>Vámos (Weiszbarth) Gyula</i> dr. (1888)... ..	15
iv. Otitis media. Caries ossis mastoidei. Thrombosis sinus trans- versi et bulbi venae jugularis. Közlötte: <i>Bókai J.</i> dr. (1884)	23
v. Csigahéj $4\frac{1}{2}$ évig a külső hangvezetékben. Kifeeskendezés. Közlötte: <i>Bókai János</i> dr. (1884)	28
vi. Idegen test negyvenhét napig a légsőben 3-éves fiúnál. Kihógés. Gyógyulás. Közlötte: <i>Bókai János</i> d. (1884)	30
vii. Idegen test a légutakban. (Két eset) Közlötte: <i>Vámos</i> <i>(Weiszbarth) Gyula</i> dr. (1888)	34
viii. Idegen test a légsőben. Légsőmetszés. Gyógyulás. Közlötte: <i>Ékei Antal</i> dr. (1889)	41
ix. „Fehér bujakóros tüdőlob (Pneumonia syphilitica alba)“ esete $\frac{1}{2}$ éves fiúnál. Közlötte: <i>Szontagh Felix</i> dr. (1888) ...	45
x. Peripleuritis 8 éves fiúnál. Közlötte: <i>Hainiss Géza</i> dr. (1884)	49
xi. Veleszületett szívbántalam egy esete. Közlötte: <i>Szegő</i> <i>Kálmán</i> dr. (1889)... ..	62
xii. Az arteria pulmonalis szájadékának szükülete. Közlötte: <i>Vámos (Weiszbarth) Gyula</i> dr. (1889.)... ..	69
xiii. Májtályogok hasi hagymáz után. Közlötte: <i>Bókai J.</i> dr. (1881)	77
xiv. Combustio. Ulcus duodenale perforans. Közlötte: <i>Pataky</i> <i>Jenő</i> dr. (1885)... ..	81
xv. A mellső hasfal kötszöveti lobjának egy ritkább esete. Közlötte: <i>Szontagh Felix</i> dr. (1858)	85
xvi. Hashártyalob három érdekes esete. Közlötte: <i>Vámos</i> <i>(Weiszbarth) Gyula</i> dr. (1890)	89
xvii. Elsődleges veserák egy $5\frac{1}{2}$ éves fiúnál. Közlötte: <i>Bókai</i> <i>János</i> dr. (1883)	106

xviii.	Vese-sarcoma 1½ éves fiúgyermeknél. Közlötte: <i>Bókai János</i> dr. (1884)	116
xix.	Jobboldali vesedaganat 15 hónapos leánygyermeknél. Közlötte: <i>Bókai János</i> dr. (1884)	123
xx.	Gáttáji zúzódás a húgycső roncolásával. Gyógyulás. Közlötte: <i>Hainiss Géza</i> dr. (1888).....	125
xxi.	Calculus urethralis. Extractio. Urethritis és cystitis crouposa. Oldal-gátmetszés. Gyógyulás. Közlötte: <i>Bókai János</i> dr. (1889)	129
xxii.	Balano-posthitis crouposo-diphtheritica egy esete. Közlötte: <i>Bókai János</i> dr. (1888)	135
xxiii.	Clitoris-strangulatio egy esete. Közl.: <i>Bókai J.</i> dr. (1888)	138
xxiv.	Sclerodermia 6 éves leánykánál. Közl.: <i>Grósz Gy.</i> dr. (1890)	141
xxv.	Gülmős nyakcsigolyaszű két érdekes esete. Közlötte: <i>Brück Miksa</i> dr. (1888)	146
xxvi.	Morbus maculosus Werlhofii két rohamos lefolyású s halálos kimenetelű esete. Közlötte: <i>Brück Miksa</i> dr. (1888) ...	152
xxvii.	Diabetes insipidus 4½ éves leánygyermeknél. Közlötte: <i>Vámos (Weiszbarth) Gyula</i> dr. (1888)	158
xxviii.	Diabetes insipidus újabb esete. Közlötte: <i>Vámos (Weiszbarth) Gyula</i> dr. (1890)	163
xxix.	Morbilli recidivi hökhurutos gyermeknél. Közlötte: <i>Szegő Kálmán</i> dr. (1890)	169
xxx.	Pharyngitis diphtheritica. A szívizomzat zsíros elfajulása thrombus-képződéssel, hirtelen halál. Közlötte: <i>Brück Miksa</i> dr. (1888)	174
xxxi.	Torok-diphtheria érdekes lefolyással. Közlötte: <i>Bókai János</i> dr. (1889)	178

I.

Meningitis basil. tuberculosa, felette alacsony hőmérsékkel.

Közlötte: BÓKAI JÁNOS dr., igazgató-főorvos, (1883).

A meningitis basil. tuberc. kórtünetei közül talán egyedül a hőlefolyás az, mely mindeddig kellőleg felderítve nincsen. Ennek oka, nézetem szerint főleg abban keresendő, hogy a tágabb értelemben vett tiszta gümös alapi agykérlobot ritkán észleljük, hanem nagyobb részét oly eseteket látunk, hol a gümös agyalapi folyamat egyéb szervek kiterjedtebb megbetegedésével van szövődve. Hogy ezáltal az esetleges tipikus görbe eredeti alakját jelentékenyen módosítja, természetes dolog, s ezen körülmény deríti talán fel azon ellenmondásokat, melyek több kitünő észlelőnek, így BARTHEZ és RILLIET, WUNDERLICH, ARCHAMBAULT, VOGEL, WEST és GERHARDTNAK a meningitis bas. tuberc. hőlefutására vonatkozó nyilatkozata között fennáll. Mindezen leírásokból a hő menetéről alig fogunk magunknak tiszta képet alkothatni, s erre vonatkozólag jelenleg is csak annyit mondhatunk, a mennyit ITARD még 1818-ban megírt, hogy t. i. *„cet état est accompagné d'une fièvre ordinairement peu prononcée, sans caractère, sujette à des intermissions et à des redoublements momentanés.“*

A meningitis tuberc. utolsó szakában, az úgynevezett hűdési szakban a hőmérséki viszonyok talán még változékonyabbak, mint a betegség egyéb szakaiban. I. TURIN¹⁾, ki két évvel ezelőtt igen becses dolgozatot bocsátott közre,

¹⁾ *Jahrb. f. Kinderheilk. B. VXi. H. 1.*

a gümös agykérlob hőviszonyairól gyermekeknél, cikkében azt írja, hogy 27 általa észlelt eset közül ezen időszak egész tartama alatt 11-szer talált normalis és subnormalis temperaturát, a többi esetekben pedig intermittáló vagy folytonos lázat észlelt. Saját kórházi tapasztalataim teljesen megegyeznek TURIN tapasztalataival, a mennyiben 34, a pesti szegény-gyermekkorházban észlelt kóreset közül az utolsó betegségi szakban 20 beteg mutatott láztalan állapotot, míg 14 esetben intermittáló, vagy folytonos láztypust észleltem. Az elsők közül 5 esetben láttam subnormalis hőmérségeket ($35\cdot2$, $36\cdot0^{\circ}$ C.), az utóbbiak közül pedig 2 esetben $40\cdot0^{\circ}$ C. feletti temperaturát. Már ezen néhány statistikai adat is eléggé bizonyítja azt, hogy a hőviszonyok a gümös agykérlob utolsó szakában, az egyes esetek szerint felette változók lehetnek. A hő ingadozása a betegség ezen stadiumában a lehető legnagyobb, mert a temperatura az emberi hő két legvégső határpontja, a hyperpyrexia és a hypapyrexia között ingadozhatnak.

A hypapyrexia, szintúgy mint a hyperpyrexia meningitis tuberculosánál nem tartozik a gyakori jelenségek közé, s főképen ritkák azon esetek, hol a hőmérsék a terminalis határokat eléri vagy megközelíti. Jelentékenyebb hőcsökkenések gümös agykérlob végső időszakában csak igen kevés számmal észleltettek, s a legalacsonyabb hőt, tudtommal, eddigelé TURIN¹⁾ és GNÄNDINGER²⁾ írta le. Az előbbi szerző a baseli gyermekkorházban $32\cdot4^{\circ}$ és $31\cdot0^{\circ}$ C.-t észlelt két gyermeknél, GNÄNDINGER pedig, WIDERHOFER kóródáján $31\cdot9^{\circ}$, $29\cdot4^{\circ}$ és $28\cdot6^{\circ}$ C.-t látott meningitikus három kis betegnél.

Az általam közlendő eset hasonlóképp ily felette alacsony és WUNDERLICH³⁾ által 1868-ban még kétségbevont hőmérségeket mutat, s az észleletnek felette érdekes és egyszersmind ritka volta ösztönöz az eset részletezettebb közlésére.

¹⁾ l. c.

²⁾ *Jahrb. f. Kinderh.* Bd. XV. p. 459.

³⁾ A. WUNDERLICH. *Das Verhalten der Eigenwärme in Krankheiten.* Leipzig 1868. p. 5.

Libek Adél, 5 éves leány 1882. november havának 10-dik napján vétetett fel a pesti szegény-gyermek-kórházba, anyjának azon kijelentésével, hogy a gyermek hat nap óta beteg, bágyadt, kedvetlen, folytonos fejfájásról panaszkozik, gyakran hány, s éjjelenként lázas.

A leányka a kórházba felvétetvén, róla az orvosi naplóban a következők jegyeztettek fel. A leány elég jól fejlett, gyengébben táplált, halavány. Az arczkifejezés bágyadt, szenvedő. A szemtengelyek állása rendes. A láták szűkültek, egyenlők, jól reagálnak. A nyelv erősen bevont, lepedékes, száraz. A torok halavány, tiszta. A mellkas rendesen alkotott, a mellkasi szervek fizikális eltérést nem mutatnak. A has kissé feszült, nem fájdalmas s a hasi szervekben rendellenesség nem észlelhető. A pulsus gyérült, perczenként 80—86, időnkint rhythmusát változtatja. A légzés egyenletes, nem szapora. A gyermek lázas, a végbélhő 38.5 és 39.0° C. között ingadozik. A leányka közönyösen fekszik ágyában, bágyadt. A hozzá intézett kérdésekre kissé vonlatva felel. Hányingere nincsen, étvágytalan, székelése visszatartott. Fejfájásról nem panaszkozik. Éjjel elég nyugodtan alszik, időnkint nyöszörög.

A jelzett állapot november hó 15-dikéig változatlanul fennáll, s változást csakis annyiból szenved, hogy a hőfok a reggeli órákban a rendesre száll alá, míg este ismét 38.8—39.0° C.-ra emelkedik. November hó 15-dikétől kezdve a bágyadtság mindinkább fokozódik, a gyermek ingerlékeny lesz, fejét erősen fájlalja, s ehhez többször kapkod. Éjjel nyugtalanul alszik, többször felkiált, s hallucinál (ágya alatt fekete kutyát keres). A pulsus kifejezetten arhythmikus, gyér, perczenként 78. A légzések száma 26, s időnkint a lélegzés kimaradása észlelhető. A hőmérő majd mérsékes folytonos lázat, majd intermittáló lázat jelez. A leánykánál csekélyebb mérvű összetérítő kancsalság jelentkezik, s a bőrön vasomotorikus hűdés jelei mutatkoznak. Sokat alszik, azonban a legcsekélyebb érintésre is már felébred, eszmél, nyöszörög, fejfájásról panaszkozik. Mohón eszik, széke visszatartott, s csak ecetes csőrére van. Nov. hó 20-dikától kezdve, a lázas mozgalmak fennállása mellett, a soporosus állapot mindinkább növe-

szik, az összetéritő kancsalság fokozódik, s a jobb orrszáj-redő kismérvű elmosódottsága lesz észlelhető. A has petyüdtté válik, a pulsus szapora lesz, perczenkint 106—120, s a légzés kifejezetten a *Cheyne-Stokes* typust mutatja. Nov. 25-dikén éjjel a gyermek felette nyugtalan. Reggel láztalan. Az alhastáj erősen felpuffadt, láthatólag érzékeny, s a köldök alatt a vizsgáló újj a nagymérvben kitágult hólyag fundusát tapintja. A hólyag pöcsapoltatván, mintegy 2 genny-csészényi vizelet ürül ki a catheteren át. Nov. hó 28-dikán reggeli 6 óraker a leány 32·0° C. végbélhőt mutat (előző napon este a hőmérség 37·0° C.), reggel 9 órára azonban a hőmérsék már 33·4° C.-ra emelkedik. A gyermek teljesen eszméletlen, felette nyugtalan, többször hangosan felkiabál, fogait csikorgatja. A jobb oldali arc-paresis és strabismus fennáll. A pulsus gyér, perczenkint 48, kevéssé telt. A légzés arhythmikus, perczenkint 26. A reggeli órákban a végtagokban rövid ideig tartó görcsös rángatózás észlelhető. A leányka a nap folyamán többször catheteresztetik. Nyelése nehezített. Nov. hó 26-dikán este a végbél-hő 33·6° C., míg a következő napon reggel 44 pulsus és 26 légzési szám mellett 31·3° C. (A hajnali 2 óraker eszközölt mérésnél a hőmérség 30·5° C. volt.) *Nov. 27-dikén déiben a hő* 28·4° C., este pedig 31·7° C. A beteg november hó 28-dikán délelőtt halt el 31·0° C. végbél-hő mellett, a kórházi tartózkodás 18-dik, a betegségnek pedig 24-dig napján.

A hulla ALEXANDER tr. kórházi boncznok által nov. hó 30-dikán bonczoltatott, s a bonczolat a következő pathologikus változásokat mutatta:

A lágy agyburkok vérbövek, tapadók, fénylők, kivéven a cerebllumot fedő, s a chiasma felett kifizített lágy agyburkot, mely vizenyősen erősen beszűrődött. A gyrusok duzzadtak, ellapultak. Az agyacon, s a nagy agy alapján elszórtan, s nevezetesen az edények mentén számos tűszúrásnyi, a felületből alig kiemelkedő, kocsonyás fényű, le nem vakarható, többnyire a pia maternek az agy vagy agyacon felé tekintő felületén székelő képletek láthatók. A pia mater egyes részletei az agyhoz erősebben tapadók, s levonáskor az agynak felületes részleteit magukkal viszik.

Az agy vérbő, mindkét gyrus rectusnak megfelelőleg lágyabb. A gyomrocsookban a rendesnél több, kissé zavaros sárga savó. A tegmentum cerebelli alatt, a canalis vertebralisba folytatólag sok tiszta, halavány-sárga folyadék. A jobb tüdőfél alsó lebenyének mellső részletében körülbelül mogyorónyi, élesen körülírt, könnyen kivakarható, halavány sárgásfehér sajtos gócz.

A közlött esetben, mint láttuk, a *hőingadozás 11.1° C.-l* *tett ki, s a legalacsonyabb hőfok 28.4° C. volt,* mely temperatura még 3.7° C.-al haladja túl a WUNDERLICH¹⁾ által felvett emberi hő-minimumot. *A subnormalis temperatura három nappal a halál bekövetkezte előtt jelentkezett,* a halál pillanataig fenállott, s változást ezen idő alatt csakis annyiból szenvedett, hogy még inkább csökkent. Az alacsony hőfoknak ily hosszú időn át tartó fennállása folytán esetünk különbözik más szerzők észleleteitől, mert úgy TURIN, mint GNÄNDINGER eseteiben az alacsony hőfok vagy csak az élet utolsó óráiban lépett fel, vagy pedig legfeljebb 2 nappal a halálos kimenetel előtt jelentkezett. Mellesleg mondva, TURIN észlelt oly esetet is, hol a halál előtt 8 nappal 31.0° C.-ra szállott alá a végbél-hő, azonban már másnapra 38.0° C.-ra emelkedett, s az élet utolsó óráiban remittálló láztypust mutatott.

Hogy mily módon értelmezhetők ezen subnormalis hőfokok, nehezen megoldható kérdés. G. GLASER. „*Ueber Vorkommen und Ursachen abnorm niedriger Körpertemperaturen*“ című, sok tekintetben tanulságos munkájában²⁾ azt véli, hogy az ily esetekben jelentkező subnormalis temperatura a nyúltagyban elhelyezett hőmérséklő központnak az intracerebralis nyomástól függő izgatása folytán idéztetik elő. TURIN hasonlókép a belső agyvízkórtól tesz függővé ezen hőmérséki változásokat, GLASERREL ellentétben azonban nem a hőmoderáló centrum izgatásából származtatja le azt, hanem GNÄNDINGERREL együtt, a LIEBERMEISTER-féle excitocalorikus központ hűdéséből. Különben TURIN külső körül-

¹⁾ l. c.

²⁾ *Inaugural dissert.* Bern 1878.

ményektől is függővé teszi ezen excentrikus hőváltozásokat, s az ily betegeket oly kísérleti állatokkal hasonlítja össze, melyeknek gerinczagya az agygyal való összefüggést elvesztette. Az ily állatok hője, miként a kísérleti tapasztalatok mutatják, nem állandó, s részben oly külső körülményektől függő, melyek az egészséges szervezetben feltűnő temperatura-változásokat sohasem idéznek elő. Szerző ezek alapján azt véli, hogy a körleégi hőfok meningitikus betegek hőjére is jelentékeny befolyást gyakorol, s tapasztalatai támogatni is látszanak felvételét, a mennyiben ő subnormalis hőfokokat nagyobb részben a téli hideg hónapokban észlelt, túlságos praemortalis hőemelkedéseket pedig inkább a nyári meleg hónapok alatt.

TURIN ezen tapasztalatai azonban teljesen ellentétben állnak HENOCH észleleteivel. HENOCHNEK az 1877-dik évi *Charité Annalokban* ¹⁾ közölt meningitis tuberc. esetei ugyanis, a halál előtti excessív hőemelkedésekkel, nagyobb részt a tulajdonképi téli hónapokra (december, február) esnek, holott TURIN tapasztalati tétele szerint ezeknek épen a legforróbb nyári hónapokra kellett volna esniök.

Az excitocalorikus központ hűdésének felvétele mindenestre eléggé jól magyarázza a gümös agykérlob utolsó szakában fellépő abnormis alacsony hőfokokat, s ezen hypothesis annál inkább tetszetős, mert kevés változtatással, az excitocalorikus központ helyett a hőmoderáló centrum hűdésének felvételével a másik szélsőséget, a hyperpyretikus állapotot is magyarázza. A magyarázat főhibája azonban annak felette hypothetikus volta, a mennyiben a hőreguláló központok létele kísérletileg eddig kétségtelenül még nem megállapított.

S ha így, kérdés, nem magyarázhatnók-e más, realisabb alapon ezen abnorm hőfokok keletkezését?

Én azt hiszem, hogy esetemben ezen túlalacsony hőfokok a nyúltagyban elhelyezett *vasomotorikus központ hűdésének felvételéből* is jól magyarázhatók ¹⁾. A vasomotorikus centrum hűdésének felvétele továbbá, a mellett, hogy tel-

¹⁾ Pag. 506—509.

jesen megfejténé a hőmérsék jelentékeny csökkenését, megmagyarázná egyszersmind ama különös észleletünket is, mely TURIN és GNÄNDINGER tapasztalatával teljesen ellentézik, hogy t. i. a pulsus, a helyett, hogy túlszapora lett volna, felette gyér volt (44—72 egy percz lefolyása alatt.) S e vasomotorikus centrum hűdésének felvétele annál inkább birhat jogosúltsággal, mert hisz angioparalysis jeleivel meningitis tuberculosa lefolyása alatt úgy is találkozunk (Trousseau-féle taches cerebrales), s az utolsó szakban fellépő livid bőrelszínesedés, csökkent transpiratió, felbámkiszáradás és lekorpádzás, nézetem szerint hasonlókép a vasomotorikus hűdés folytán beállott táplálkozási zavarok következménye gyanánt volna tekinthető.

1) Lásd *Landois Physiologie*. p. 736.



II.

Nem-gümös alapi lágy-agyburoklob egy esete.¹⁾

Küzlötte: BÓKAI JÁNOS dr., igazgató-főorvos (1881.)

A lágy-agyburoklob különböző alakjai, a heveny gümös alapi agykérlobot kivéve, még mindig bizonyos homályba burkolvák, úgy hogy azokról tiszta kórképet alig alkothatunk magunknak. Ennek oka ezen kóralakoknak ritka megjelenése, s ezzel összefüggőleg a casuistikus közlések elégtelen száma. Szolgálatot vélek ezek szerint teljesíteni, ha az alább tárgyalandó, s a gyermekkórházban észlelt eset közlését eszközlöm, mely köreset amellet, hogy ritkasága folytán érdekes. symptomatologikus szempontból tanulságos is.

Cs. Mária, 6 éves leányka, 1881. april hó 6-dikán vétetett fel a pesti szegény-gyermekkórházba minden kórelőzmény nélkül, a mennyiben egyik külvárosi előljáróság mint szegénysorsú gyermeket küldte a kórházba gondozás végett. A teljesen elhanyagolt leánygyermek felvétele alkalmával erősen didereg, fájdalmasan nyöszörög, s kérdezve, erős fejfájásról (homloktáji, s nyakszirti fájdalmasságról) panaszkodik. A leány korához mérten elég jól fejlett, gyengén táplált, a bőr sötét barnásan festenyzett. A fej rendes alkotásu, az egyenes átmérőben kissé megnyúlt; a fejbőrön viszérhálózat nem látható. Az arczkifejezés nagy mérvben szenvedő s félelmet árul el. A szemhéji köthártyák rendesek. A láták kissé szűkültek, egyenlők, fényre jól reagálnak. A nyelv bevont. A torokür nyákhártyája rendes. A gyermek, ágyában felülteve, fejét erősen hátrafelé hajtja,

¹⁾ lásd 1-ső tábla.

a gerincoszlop nyaki szelvényén azonban rendellenesség nem észlelhető. A nyak nyirkmirigyei megnagyobbodást vagy keményedést nem mutatnak. A has nem beesett, falzata petyhüdt. A hasi szervek közül a lép megnagyobbodott: alsó tömött széle egy újjnyira a bordaív alatt tapintható. A máj tompulata a rendes határok között fekszik. A légzések rhythmikusok, számuk percenkint 28. Az érverés percenkint 100, elég telt, egyenletes. A vizelet szabad, s a vizelet rendellenes alkatrészeket nem tartalmaz. A gyermek a felvétel alkalmával 39.8° C. végbél-hőmérséket mutat. A hozzá intézett kérdésekre rögtön és értelmesen, olykor kissé indulatosan felel. A már említett fejfájdalmasság helyzetváltoztatásoknál különösen élénken nyilvánul, így pl. ágyban felültetésnél a gyermek fájdalmasan kiáltoz. Étvágya nincs. Szomjazik. Székletétei keményes tömöttek.

A felvételt követő napokon a láz folyton tart, a hőmérsék azonban meglehetősen egy ugyanazon határon belül ingadozik, s a reggeli és estéli temperatura közötti különbség csekély.

Ápril hó 11-dikén a még lázas leánynál szűk láták mellett időnkinti összetéritő kancsalság, s a bal sulcus naso-labialis csekély mérvű elmosódottsága jelentkezik, az öntudat azonban nem zavart, s a középszapora pulsus nem mutat arhythmiát.

Négy nappal később a folytonos láz önkényt megszűnik, s láztalan állapotba megy át, majd pedig intermittáló láz-typust ölt, estéli, olykor meglehetősen magas hőemelkedésekkel. A láták középtág állást vesznek fel, fényre azonban elég jól reagálnak. Reggelenként hányás jelentkezik, a petyhüdt hasfalzat beesik, a székrekedés fennáll, a pulusszám csökken, s az érverés arhythmiássá válik.

Ezen időponttól kezdve a hányás naponta ismétlődik. A láták tágult állásukat megtartják. A szemtengelyek strabotikus állása is megmarad, e mellett azonban a szemhéjak mindkét oldalt jól zárodnak. A gyenge érverés arhythmiáját elveszti, a pulsus-szám pedig majd növekszik majd ismét csökken. (88—130 között ingadozik).

Május hó 4-dikén a gyermek felette nyugtalan, s min-

den külső ok nélkül élesen, s fájdalmasan sivit, mintegy 8-szor egymásután, s oly erővel, hogy az a zárt ajtóknak daczára még a harmadik szobába is áthallatszik. A gyermek ugyanekkor teknőszerűleg kivájt, s ránczolt hasbőrét körmeivel ugyannyira felkarczolja, hogy az telve van ferdén felfelé haladó, mélyre ható karczolásokkal. A gyermek különben nyugodt, apathikus. Éjjel többnyire nyitott szemekkel, s merev tekintettel fekszik.

Az önkénytelen felkiáltások és a hányás naponta többször is ismétlődnek, az apathia pedig folyton tart. Időnként a gyermek állapotában látszólagos javulás mutatkozik, amennyiben saját maga kér enni, s a hozzá intézett kérdésekre röviden bár, de azért elég értelmesen felel. Feleletei ilyenkor gyakran indulatosak, s ha nyugalmaát kérdezősködéssel hosszabb ideig zavarják, kezeivel dühösen csapkod ide s tova.

Május 24-dikén magas, folytonos láz jelentkezik, mely 3 napon át változatlanul fennáll. Május 27-dikén a hő félbenhagyó jellegű, a következő napon pedig az esti lázas kitérés is elmarad.

A felkiáltások május hó 26-dikáig észleltettek, mely naptól kezdve az öntudat teljesen elvesz. A gyermek ekkor már végképen lesoványodott. A pofák beesettek, s az arccsontok erősen kiállnak. A mellkason a bordaközök mélyen besüppednek. A has lehető legnagyobb mérvben kivájult, s a hasfalzat durván ránczolt. A bal hypochondriumban a megnagyobbodott lép alsó tömött széle még mindig jól érezhető.

Május 29-dikén a nyelés nehezítetté válik úgy, hogy a táplálás és gyógyszerek adagolása nagy mértékben gátolva lesz, (a végből — hő ezen napon este 40.3° C.), s a halál rövid tusa után május hó 30-dikán, tehát a *kórházi tartózkodás 55-dik napján* kora hajnalban következik be. *Tonikus és clonikus görcsök az egész, mintegy 8 heti kórházi tartózkodás alatt egyszer sem észleltettek a gyermeknél; a hűdések* illetőleg pedig csak a kistokú kancsalság, a facialis paresise, s az utolsó napokban jelentkező garatizomzat hűdése említendő fel.

A hulla június 1-sején bonczoltatott, s a felvett jegyzőkönyv kivonatosa a következő: A kemény-agykér feszült. A lágy-agyburkok igen vérszegények, nedvdúsak és az alapon, nevezetesen chiasma, hid és Sylvius-árok edényei körül tetemesen vastagodottak, s helyenkint finom kötőveti recézetes álhártyákkal fedettek. Az agy vérszegény és igen nedvdús. Az aggyomrocsok és szarvai nagy fokban tágultak, s bennük körülbelül 200 grm. zavaros folyadék. Az ependyma tömöttebb, környéke azonban majdnem pépszerűen szétmálló. A tüdők puffadtak, vér- és nedvszegények. A jobb középső lebeny szürkés-vörös, tömöttebb, metszlapján finoman szemcsés, fénylő, száraz, egyes egész babuyi, sima falzatú, sűrű, genyes nyákkal telt zsákszerű hörgtágulattal. A hörg, valamint a fodormirigyek változást (sajtos elfajulást) nem mutatnak. A máj szürkés barna, tömöttebb. A lép tetemesen nagyobbodott, feketés szürke, tömött, burka vastagult.

Mint az idézett bouczi adatok mutatják a hullában korlátolt kiterjedésű nem-gümös alapi agykérlob találtatott belső nagyfokú agyvízkórral, s az oldalgomrocsokat környező agyállomány fehér lágyulásával (emoll. alba) együttesen. Az agykérlob esetünkben az alapi lágy-agyburok vastagodása, s az erre tapadó finom recézetes álhártyák által jellemezett, mely leletek egyszersmind arra is utalnak, hogy a kóros folyamat nem heveny, hanem subacut jellemű volt. Mellesleg legyen megjegyezve, hogy a nem-gümös alapi agykérlob legtöbb esetében az irodalmi feljegyzések szerint hasonló állapotban találtatott a pia mater alapi részlete. Az agyi kóros változásokon kívül észlelt genyes hörglob, a jobb középső lebeny desquammativ tüdőlobja, lépdag, a máj és a lép terimbelének malarikus festenyzettsége mind csak másodlagos jelentőségűek.

Kérdés, mily módon jeleztettek az életben az imént felsorolt kórbonczotani változások?

A gyermek, miként a kórtörténetből tudjuk, felvétele alkalmával erős fejfájásról panaszkodott, didergett és 39.9° C. végbél-hőmérsékletet mutatott. Hogy valjon a leányka már ezelőtt is gyengélkedett-e avagy sem, arra nézve a hatósági

szolgától, ki a gyermeket a kórházba hozta, felvilágosítást nem nyerhettünk, s így a diagnosis felállításánál anamnestikus mozzanatokra, melyek különösen a mening. bas. tuberc. felismerésénél oly jelentékeny szerepet játszanak, nem is támaszkodhattunk. Az első napokban észlelt erős fejfájás, többször ismétlődő hányás, székrekedés, éjjeli nyugtalanúság, szűkült láták, nem-szapura pulsus, eleve a leggyakoribb agyi megbetegedésre, a gümös alapi agykérlobra irányította figyelmünket, daczára, hogy elsődleges sajtos góczot a test egyéb szerveiben nem sikerült felfedeznünk; gyanúnkat megerősíteni látszott a nemsokára fellépő kancsalság, a sulcus naso-labialis elmosódottsága, s a hasfalazat nagymérvű retractiója. A későbbben jelentkező éles és meglehetősen gyakran ismétlődő felkiáltások felfogásunk szerint csak azt bizonyították, hogy a fejfájás fokozódott, s hogy a gümös alapi agykérlobbal nagyobb fokú belső agyvízkór szövődött; emellett azonban nem volt szabad megfeledkeznünk arról, hogy önállólag fellépő hydrocephalus internus acutus, vagy STEFFEN megnevezése szerint *meningitis ventricularis* is lehet jelen, bár a convulsiók hiánya, s az eléggé ép sensorium ez ellen szólottak. A kórállapot ezentúl majdnem a halál bekövetkeztéig meglehetősen változatlanul fennállott, s csakis annyiban szenvedett módosulást, hogy a lesoványodás gyors léptekkel haladt előre. A betegség felette hosszú lefolyása és a soporosus állapot, a convulsiók, s hűdések tüneteknek (tehát a gümös alapi agykérlob utolsó stadiumának) kimaradása, illetőleg késése és hiányos kifejlődése mindinkább kérdésessé tette kórisménk helyességét, s fel kellett vennünk annak valószínűségét, hogy a fölötte ritkán előforduló egyszerű alapi agykérlobbal állunk szemben.

Ha kóresetünket már most utólag összehasonlítjuk STEFFEN ¹⁾ és HUGUENIN ²⁾ leírásával, a következőket találjuk.

Az erős makacs fejfájás, a csillapíthatlan hányás és hányinger, melyek az alapi nem-gümös agykérlobnak az

¹⁾ GERHARDT. *Handb. d. Kinderkrankh.* V. B. 1. S. 2. H. p. 426. Tübingen 1880.

²⁾ ZIEMSEN. *Handb. d. spec. Path. u. Therap.* XI. B. 1. H. p. 525. Leipzig, 1876.

idézett szerzők, s különösen HUGUENIN szerint úgyszólván cardinalis tüneteit képezik, kis betegünknel hasonlóképp leginkább léptek előtérbe. Ezen tünetek mellett kiválólag még majdnem 2 héten át naponta jelentkező felkiáltások vonták magukra a figyelmet, mely tünet annyival inkább is kiemelendő, miután eddig, legalább HUGUENIN és STEFFEN leírásából ítélve, ezen tünet oly intenzitással mint esetünkben nem észleltett a nem-gümös alapi agykérlobnál.

A hőmérsék, mint az a mellékelt táblázatban látható¹⁾ a kórházi tartózkodás első 9 napjában folytonos lázat mutat, esteli mérsékelt exacerbatiókkal (így a 19-dik napon 4° C. a reggeli és esteli hőmérsék közötti különbözet). A 19-dik naptól kezdve a 48-dik napig a hőfok legtöbbször a rendes határokon belül ingadozik, s a jelző higanyoszlop csak néhányszor este emelkedik 38° C. fölé. A 48-dik napon este a hőmérsék váratlanul 40° C.-ra száll fel, a következő napon reggel azonban ismét 38° C., míg este újlag $40^{\circ}3'$ C. A következő 3 napon át a végbél-hőmérsék folytonos lázat jelez, s a higany $39^{\circ}0'$ — $40^{\circ}3'$ C. között ingadozik. Az 52-dik napon reggel a temperatura $37^{\circ}5'$ C.-ra esik alá, s 2 napon át alig lépi túl a rendes határokat, míg a halált megelőző estén a végbél hőfoka ismét $40^{\circ}3'$ C.

Az érverés minősége jellemzetest nem mutatott: rendes pulsus-szám többször váltakozott középszapora és szapora pulsussal, s pulsus-arhythmia csakis egy napon át, a kórházi tartózkodás második hetében észleltetett.

A légzés hasonlóképp nem volt jellemző, s különösen megemlítendő, hogy a CHEYNE-STOKES-féle légzési typos, mely gümös alapi agykérlobnál oly gyakran jelentkezik, esetünkben nem észleltetett.

A mi esetünket különösen érdekessé teszi, az a felette hosszadalmas lefolyás, mert ha a betegség kezdetét a leánynakánál csak a kórházbahozatal napjától számítjuk is, esetünk közvetlen BIERMER esete mellé sorolandó, melynél a betegség 64 napig tartott, s eddig mint a leghosszabb tartamú mening. basil. non tuberc. eset ismeretes.

¹⁾ A hőmérséki görbe a reggeli, déli és esteli végbélhőt jelzi.

A gyógykezelés tüneti volt, s a makacs székrekedést leküzdő, felszívó és izgató gyógyszerek adagolásából állott. Lázellenes szer, nevezetesen digitalis-forrázat, csak a kórházi tartózkodás első napjaiban nyújtott a gyermeknek.

Kórbonezi szempontból a tárgyalt kóresetnél tanulságos az, hogy az ependyma tömötségének dacára, az oldalgymrocsok körüli agyállomány elég nagy terjedelemben pépesen szélmálló volt.



III.

Vérzések az agyburkok közé. (Két eset.)

Közlötte: VÁMOS (WEISZBARTII) GYULA dr., volt kórházi segédforvos. (1888.)

Az agyba, a gerinczagyba s ezek hártói közé történő vérzések — miután a véredényeknek a vérzést praedisponáló elváltozásai a későbbi kor sajátosságait képezik — a gyermekkorban nem gyakoriak. Előfordulhatnak nehéz szülések után újszülötteknél, főképp fogóműtétek mellett, azután traumák következtében, majd fertőző betegségeknek, pl. variola, scarlatina s diphtheria szövödményeképp s haemophiliás gyermekeknek.

Két tárgyalandó esetünkben az egyiknél az agy, a másikonál a gerinczagy burkai közé történt a vérömlés, melyeket, miután az intermenigealis vérzések a gyermek-gyógyászati irodalomban ritkábban említetnek: érdemeseknek találtuk leírni.

Adott esetben intramedullaris vérzésnek elkülönítése intermenigealis vérzéstől vagy viszont, nagy nehézségekbe ütközhetik. Ennek oka az, hogy a kórodai kép csak elvétve szedődik oly teljes tünetcsoportba össze, mely az egyik kórfolyamatot a másiktól határozottan elválasztani engedné. A tünetek kezdetben a vérzés okozta nyomás, izgatás tüneteiként jelentkeznek mindkettőnél s csak a betegség lefolyásában kezd a két alak egymástól annyira eltérni, hogy az egyik esetben a gyurmabeli vérömlenyt, a másikban a burkok közé történő vérzést engedi sejtetni. Mindkettő hirtelen külöli magát, de a menigealis vérzés mégis lassabban éri el ama fokot, mely szükséges a kórjelző hűdés-tünetek kifejlődhetésére. Az agyi vérzések legtöbbször fél-

oldaliak levén, hemiplegiát, a burokbeliék sokszor paraplegiát, habár a két oldalon nem is egyenlő mértékben, okoznak, mint ezt BOUCHUT egyik diagnosticus jelképen hangoztatja. Az előbbieket teljes hűdést, az utóbbiak olykor csak paresist eredményeznek. Míg a gyurmába történt vérzéseknél a lefolyás hosszas, s a vérömlenyek gócz sorsa sokféle levén, a hűdött részek állapota is vele együtt kiszámíthatatlan elváltozásoknak lehet alávetve, melyeknél a javulás csak igen lassú s a restitutio ad integrum talán sohasem teljes; addig az agyhártyák vérzéseinél enyhe esetekben aránylag gyorsan, szemlátomást engednek a tünetek súlyosságukból, s teljes gyógyuláshoz vezetnek. Mindezek könnyen érthetők; mert hisz a gyurmabeli vérzés roncsol, míg a burkok vérzése csak nyomást gyakorol közvetve az agyra vagy gerinczagyra, de nem pusztít.

Eseteinkben meglehetősen élességgel domborodtak ki a kórjelző tünetek, úgy hogy közülök az egyikben *az agy*, a másikban *a gerinczagyburkok közé történt vérzést* kellett felvennünk.

1. *Vérzés az agy burkai közé.* L. Stefánia, 5 éves leánygyermeket 1887. márczius 16-án azon panasszal hozták kórházunkba, hogy 3 nap óta szájából vérzik, rágásnál fájdalomról panaszkodik s lázas. A gyengén fejlett s táplált, halvány bőrszinű leányka ajkai véres pörkkel fedettek, igen könnyen vérzők. Az inyhús halvány, észrevehető fellazulás nélkül; szegélye mentén a fogak alvadt vérrel borítottak s a gingivák mögöl folytonos vérszivárgás áll fenn. A pofák belfelületén folytonossághiánynak semmi nyoma sincs, azonban a nyákhártyán át itt-ott néhány kásányi egész lencsényi vérömlenyek folt tűnik kékesen át; hasonló foltocskák vehetőek észre a mandolákon is. A torok halvány. Az arcz tiszta, csupán a bal halántéktájon van egy lencsényi frisebb vérömlenyek folt. A törzs bőre csak gyéren, míg az alsó végtagoké, különösen az alszárak mellső részletén sűrűn borított tüszúrásnyi, egész babnyi, szederjes, friss purpurákkal. Az ízületek szabadok, nem fájdalmasak. A belső szervek részéről semmi rendellenesség sem volt constatálható. A tüdők viszonyai normalisak. A szív s nagy edények hangjai tiszták,

kellően ékeltek. Pulsus-szám 80, elég erős, rhythmicus. A hasbőr ment a maculáktól. Lép, máj nem nagyobbak. Hőmérsék 37.0° C. Székletek normalisak, nem véresek. Vizelet tiszta, halványsárga.

A következő napokon újabb vérömlések a bőrön nem mutatkoztak, azonban az iny- és ajkvérzéshez 17-én erős vér-szivárgás társult az ornyákhártyából is, melynek megszüntetése az alkalmazott vérzéscsillapító szerek által csak rövid időre sikerült. 21-én a glutacalis tájakon léptek fel fris foltok.

22-én délben néhány perczig tartó eclamptiform-roham lepte meg a kós beteget, mely után kissé bágyadt, aluszékony s fejfájásról panaszkodik.

23-án a bágyadság még mindig tart; látak középtágak, jól reagálnak, pulsus retardált, némileg arhythmicus. A lábakon és térdek környékén újabb vérömlenyek. A következő két napra állapota javult, élénkebb volt. Esténként csekély hőemelkedés. (38.0° C.)

26-án reggel 3 órakor a gyermekhez sürgősen felkel-tetvén, azt sajátságos görcsös rángatózásban találtam. Jobb oldalán feküdvé, bal úgy felső mint alsó végtagját a törzstől erősen abducáltan, teljesen kinyújtva, mintegy erősen megfeszített helyzetben tartva, igen erős tremor észlelhető rajtuk, miközben azok, különösen a kar, erős excursiókat végeznek. A végtagok behajlítása csak nagyobb erő kifejtés mellett sikerült. Az arczon rángatózást kivenni nem lehetett. A jobb pupilla szűkebb a balnál. *A gyermek az egész roham alatt — mely körülbelül 2 óráig tartott, s csupán a bal oldalra szorítkozott — magánál volt.* Jobb oldalán ide s tova hányva magát, erős nyugtalanság volt rajta észrevehető, az adott kérdésekre kelletlenül válaszol s *fejfájásról* panaszkodik. A reggeli beteg-látogatásnál már nyugodtan fekszik, sensorium ép, kissé lehangolt; *mindkét baloldali végtagja pareticus*, kissé emeli őket, a megkísérlett mozgás kivételénél azonban azok csakhamar erőtlenül esnek össze. Ide s tova dobálhatók nagyobb ellen-állás nélkül.

27-én reggel a tegnapihoz hasonló, rövidebb ideigtartó, görcsös roham, ugyanazon oldalra szorítkozva, mely azonban az ápolónő kimondása szerint a jobbat is érintette. Eszmélte

ismét intact; faciális működés ép. A baloldali hűdés ma még inkább kifejezett, de még sem egészen teljes paralysis. Fejfájás folytonos; nyugtalanság nagy. Az eddig fennállott erős száj- s orrvérzés szünöben.

28-án nyugodtabb, lábujjait mozgatja. Bőrérzés megvan. 29-én alsó végtagjait már képes jobbra-balra csúsztatni, kéz- és lábujjait mozgatja. Fris vérömlések a bőrön nem jelentkeznek. 31-én a hűdés rohamos javulását lehet constatálni, alsó s felső végtagját jól emeli, complicáltabb működés kivitele azonban, mint valamely tárgy megragadása, nehezebbre esik, a bal kéz szorító képessége még gyengült. A pofa nyákhártyáján és a köztakarón levő haemorrhagicus foltok jobbra eltűntek. Közérzet jó. Láza nincs. Tápláltsága javul. A pulsus többé nem arhythmicus.

Április 9-én állapota folyton halad a javulás felé. Ágyában felül, játszik. Támogatva néhány lépést tesz előre. A hűdött oldalon izomsorvadásnak semmi nyoma. Érzékenysége teljes. Contracturák nincsenek. 20-ika körül már kikelt az ágyból, jár és pedig elég könnyedséggel. Május első napjaiban *teljesen gyógyultan* bocsáttatott haza.

Esetünkben szembetűnő, hogy kifejezett, heveny morbus maculosus Werlhofii-nél, tehát egy mindenestre vérzékeny edényrendszerrel bíró gyermeknél bevezető, apoplecticus rohamhoz hasonló izgatásos tünetek mellett kezdetben félhűdéses állapot fejlődik ki az egyik testfélen, mely egy második roham után súlyosbodik, majdnem teljes hűdésé lesz. E mellett látókülönbség, arhythmicus pulsus lépnek fel, az eszmélet azonban ép marad. A gyógyulás gyors menetű. 16 nap múlva a beteg már lábára áll, 4 hét leforgása után pedig már gyógyultan bocsáttatik el. A gyermeknél szívbaj után hiába kutatunk, annak legkisebb jelét sem találjuk; embolicus hűdés tehát kizárható. Hogy azonban koponyaüri vérzéssel lehet csak dolgunk, annak elfogadása a leirtak után alig lehet kétséges. A vérzés nem egyszerre, hanem fokozatosan történt, ezt mutatja a nyomástünetek nem hirtelen, hanem fokozatos kifejlődése, majdnem a teljes paralysisig; de valjon ez intra- vagy extramedullaris-e, ezt kezdetben, az első tünetek jelentkezésekor ne-

hezen lehetett volna eldönteniünk, csak a szokatlanul gyors javulás irányította a figyelmet egy intermeningealis vérzés lehetősége felé, mit az egész kórkép, a lassú keletkezés s a rövid idő alatt bekövetkezett teljes gyógyulás valószínűvé, hogy ne mondjuk bizonyossá tettek.

Az eszmélet, eltekintve a csekély aluszékonyságtól, mindvégig sértetlenül állott. Ez annál is inkább kiemelendő, mert STEFFEN, GERHARDT gyűjtőmunkájában az agyhártyák közé történő vérzések tárgyalásánál az eszméletlenséget mint mindig észlelhető tünetet említi fel. Azt hisszük azonban, hogy miután apoplexia cerebrinél hosszabb-rövidebb időre mindig felfüggesztett a sensorium, ha esetünkben ez hiányzott, úgy a többi jel mellett még inkább meningealis vérzés mellett, habár ez kislelő volt is, bizonyíthat. A hűdés féloldali volt s így a vérzés csak az egyik hemisphaera területére szorítkozott, mi nem argumentum esetünkben intramedullaris vérzés mellett, hanem csak figyelmeztet, hogy az nem a dura és arachnoidea közé, hol szétfolyhatott volna, hanem jobb oldalt az arachnoidea rekeszei közé történhetett.

A gyógykezelés kezdetben roboráló, később vérzéscsillapító kellett hogy legyen s ennek megfelelően decoct. chinae, majd ergotin adagoltatott. A reconvalescentiában a vérszegénység ellen vaskészítmények által küzdöttünk.

2. *Vérzés a gerinczagy burkai közé.* B. István, 11 éves fiúgyermek 1885. november 2-án azon kijelentéssel hozatott kórházunkba, hogy 5 nap előtt, játszás közben egyik társa által hanyatt lökelve, *ágyékát egy kiálló tárgyba erősen megütötte; az ütés után azonnal heves, a czombok felé kisugárzó ágyéktáji fájdalmak léptek fel, s lábait csak nehezen volt képes mozgatni.* Haza vánszorogva, az orvos által hidegvizes borogatások, majd nadályok rendeltettek a keresztájtágra; mindezek daczára a fájdalmak még másnap is tartottak, sőt ekkor a beteg lábaira már állni sem volt képes.

Mi az elég jól fejlett, mérsékelt táplált gyermeknél az általános halványság mellett a következő jelenállapotot találtuk: az arcz beesett; a láták középtágak, egyenlők, jól reagálnak. Strabismus convergens van jelen, a szülők állítása szerint 2 éves kora óta. A nyelv tiszta, nyelés

szabad. A mellkas dombordad, légzésnél mindkét fél egyenletes kitéréseket végez. Szívműködés rendes, szívhangok tiszták. Pulsus elég erős, percenkint 72, rhythmicus. A hasbeli viszonyok normalisak, nyomásra érzékenység sehol sem mutatkozik, a mélyben semmi rendellenesség sem tapintható. A felső végtagok mozgási s érzési működései épek.

Az ágyéktájon csekély fájdalmasság van jelen. A gerincoszlop hajlása szabályos. A processus spinosusok rendellenes kiszögelést, előre domborodást nem mutatnak, nyomásukra fájdalom nem váltható ki, csak az ágyéki gerincszelvény mentén van csekély érzékenység, a nélkül, hogy ez csak egy csigolyatájra volna localisálható. A keresztcsont alapján két nadály csípési helye látható. Az alsó végtagok egymás mellett extendált helyzetet foglalnak el, *a beteg azokat mozgatni, helyükből elmozdítani nem képes, mert teljesen bénultak.* Mervek, behajlításuk csak bizonyos erő kifejtés mellett lehetséges, midőn is a beteg a lágyékhajlatban s térdben fájdalokról panaszkodik. Izületi-lobok kizárhatók. Nyugalomban fájdalmai nincsenek, az alszárak vastag izmai nyomásra fájdalmasak. Bőrérzékenységben változás nem mutatható ki; reflexingerlékenység nagy mértékben alászállott, patellaris inreflex hiányzik, a talpak csiklandozása csak a lábujjak csekély mozgását váltja ki. Faradicus áramra az egyes izomcsoportok jól reagálnak. A hólyag s belek működésében zavar nincs. Rendeltetik: abszolút nyugalom s az ágyéktájra iod-tinctura ecsetelése.

4-ére a fájdalok teljesen megszűntek, sőt alsó végtagjait már *kissé* mozgatni is képes. 7-ikére a mozgathatóság tetemes javulása mellett az inreflexek visszatérését is lehet constatálni. A hűdéses tünetek ezután gyorsan alábbhagytak, s a különben élénk kedélyű fiú csak nehezen tartható már az ágyban vissza; 12-én az alsó végtagok működése már *teljesen* normalis, *a hűdéses tünetek mind elenyésztek.* 16-án felkelt s 20-án gyógyultan bocsáttatott haza.

A gyermek erős ütést szenvedett a gerincoszlop lumbalis részletén, mely rögtön erős kisugárzó fájdalmat vált ki s alig 12 óra múlva fellép a paraplegia, mely a mily gyorsan keletkezett, ép oly rohamosan fejlődik vissza min-

den működési zavar visszamaradása nélkül. A traumát a hűdés nem azonnal követi, hanem bizonyos, bár rövid idő telik el ennek létrejöttéig. Láz sem kezdetben, sem azután nem észleltetett. Ezek a kórkép kimagasló pontjai. A diagnózis megállapításánál az első gondolat a gerincoszlop esetleges heveny sértésére irányult, ilyen azonban felfedezni nem lehetett; spondylitis is ki volt zárható s így mélyebb pathologicus elváltozás után kellett kutatnunk, és pedig olyanra, mely a kiállott traumával kóroki viszonyba hozható s másrészt a kórkép tünetcsoportját magyarázza. S így számolnunk kellett egy a külbehatás okozta acut myelitissel, mely jelen esetben csak a lumbalis részletre szorítóköz transversalis folyamat lehetett, nagyobb kiterjedés nélkül; ezt esetünkben kétségkívül egy meningitis spinalis előzte volna meg, ennek tünetei azonban, — daczára, hogy a baj 5 nap óta áll fenn — addig nem mutatkoztak. Myelitis ellen szól az ezt bevezető izgatásos stadium hiánya, a láztalan állapot, jó közérzet, a hűdés gyors kifejlődése, mely csak a végtagokra szorítóközik kezdettől fogva a nélkül, hogy terjeszkedési hajlamot mutatna. S így mindezek után, csak vérzés felvétele maradt hátra. Itt ismét ennek két alakjával állunk szemben, nevezetesen a gerinczagyba s ennek hártái közé jöhetett létre a vérzés. A kezdetben súlyos hűdési tünetek daczára a gyors javulás s teljes gyógyulás itt is, mint az előbbi esetben a gerinczagy burkai közé történt vérzés — haemorrhagia intermeningealis spinalis — mellett döntött és pedig a lumbalis szelvényben; hogy valjon a gerinczsatorna s dura mater, vagy az utóbbi s arachnoidea közé ömlött-e a vér, azt természetesen nehéz volna eldönteni. De hogy nem intramedullaris volt, e mellett bizonyítani látszanak: a kezdetben észlelhető nagy fájdalmasság s kisugárzó fájdalmak, a nem pillanatszerűen felépő hűdéstünetek, az anaesthesia hiánya, a hólyag s belek érintetlenül fennmaradó működése s végre a gyors javulás. Szóval csupán nyomás gyakoroltatott a vérömleny által a gerinczagy lumbalis részletére, melynek felszívódása után annak tünetei is nyom nélkül elenyésztek. Ezzel ellentétben intramedullaris haemorrhagiánál fájdalmak vagy nem mu-

tatkoznak, vagy jelentéktelenek s gyorsan múlóak; a hűdés-
sek úgy az érző, mint mozgató sphaerában hirtelen lépnek
fel; a hólyag s belek hűdése rendszeren meglevő tünet; a
bőr trophicus zavarai folytán decubitusok keletkeznek; a
baj vagy nem javul, vagy ha igen, úgy lassan s teljes
gyógyulás sohasem következik be, mint ezt B. BRAMWELL a
kettő közti differential diagnosis tárgyalásánál kifejti.



IV.

Otitis media. Caries ossis mastoidei. Thrombosis sinus transversi et bulbi venae jugularis.

Közlötte: BÓKAI JÁNOS dr., igazgató főorvos (1884).

A fülbántalmaknak, s különösen középfül-loboknak jelentőségteljes, s egyszersmind vészes befolyását a szervezetre a sinus-thrombosisok mutatják a legkézzelfoghatóbban. Ezen, a fülbántalmakkal kapcsolatos sinus-thrombosisok nagyrészt phlebitisből eredők, s természetsszerűleg a sinus transversust fogják első sorban illetni, mely sinus, a bulbus venae jugularissal együtt bonczani elhelyezésénél fogva a halló szervet magába rejtő sziklacsontnak legközvetlenebb szomszédságában fekszik.

Az alábbiakban egy ily aránylag ritkábban észlelhető sinus-thrombosis esetet kívánok az ügyfelekkel megismertetni, mely kóreset főleg a thrombus felette nagy kiterjedésénél fogva válik a collegák előtt érdekessé.

B. József, 4 éves fiú 1882. octóber hó 6-dikán hozatott be a pesti szegény-gyermek-kórházba a jobb fül mögötti tájék fájdalmas lobos daganatával, mely a gyermek anyjának kimondása szerint hat hét óta fejlődik, míg a jobb oldali fülfolyás állítólag már hónapok óta fennáll. A fiú a kórházba felvételvé, a vizsgálat nála a következőket mutatta:

A gyermek rosztól táplált, sápadt, csontrendszere az angolkór jeleit mutatja. *A jobb arczfél hűdött, s a hűdés a jobb oldali szemhéjakat is illeti.* Az arcz-izmok ezen oldalt bevezetési áramra teljességgel nem reagálnak, míg a bal arczfélen a villamos összehúzóadás a legpontosabban jelentkezik. A szemmozgató izmok rendesen működnek. A torok hala-

vány. A lágy szájpad jobb oldali részlete hűdést nem mutat. A jobb fülkagyló mellfelé tólt, s a fejtől erősen eláll. A kagyló mögött, a csecstájnak megfelelőleg mintegy tyúktojásnyi, kevésbé élesen határolt, erősen előre domborodó, lágy tömöttes, s homályosan hullámzást mutató térime-nagyobbodás, mely felett a bőr halavány vörös, kissé fénylő, s erősen feszült. A daganat hátúl a processus mastoideus mellső széléig terjed, lefelé a fülczimpa alá halad, mellfelé pedig a parotis tájra tér át, hol is a tragus előtt mintegy kis mogyorónyi fájdalmas duzzanatot képez. A külső halljárat porczos része összelapult, s a járat külső ovalis nyílása egy többé kevésbé verticalisan megnyúlt vonalas réssé átváltozott. A fültölcsérrel eszközölt tülkörvizsgálatnál a dobhártya helyén geny, *s liüktelő mozgásokat végező fénylő pont* észlelhető, a genyes váladék kifecskendése után pedig *a dobhártya teljes destructiója* constatálható. (A dobhártya jellegzetes képe helyett a dobür erősen belövelt, s felernyedé nyákhártyája tűnik elő). A halljáratból kiszivárgó geny szenyves sárga, áthatóan bűzös. A bal fül, valamint szomszédsága kóros változást nem mutat. A mellkasi, s hasi szervekben physikalís eltérés nem észlelhető. A gyermek láztalan, kissé bágyadt. Időnként jobb oldali fülfájásról panaszkodik, a fájdalmak azonban nem intensívek, s a beteg közérzetét csak kevésbé zavarják.

A kórisme mindezek szerint *jobb oldali genyes középfüllobra* tétetett s a jobb oldali arczhűdést, a processus mastoideus feletti csontthártyalobos tályoggal együtt a *hosszú időn át fennálló genyes középfüllob következményeként* tekintettük.

A csecsnyujtványtáji daganat october hó 7-dikén, a legélénkebben hullámzó pontnak megfelelőleg bemetszetett, midőn is nyomásra mintegy fél kávéskanálnyi tiszta, sűrű, sárga geny, s nagyobb mennyiség mállékony, halavány-vörös sarj-tömeg tódult elő. A nyílás kellő tágitása után Volkmann-féle excochleatio vétetett alkalmazásba, s a granulatio-tömeg, a csecs-csont cariosus csont részletével együtt lehetőleg eltávolítottak. A kaparás után a kagyló alatt és mögött nagyobb diónyi barlangos ür támad, melynek kifecskendésekor a sebürbe fecskendett 2%-os carbol-oldalt jórészt

a külső halljáraton tódul elő. Az ür a vérzés csillapítása után iodoformmal megbintett jute tamponnal tömeszletetik, s a fül fölé fedő organtin-kötés helyeztetik. A műtéti beavatkozást a fiúcska jól tűri, s a kiterjedt sebzés közérzetét alig változtatja.

Octóber hó 27-dikén a nyak jobb oldalán, közvetlen a fülcimpa alatt, s a *sterno-cleidomastoideus* lefutásának megfelelőleg mintegy diónyi lefelé megnyúlt duzzanat jelentkezik. A fej állása merev, s a fej kissé a bal váll felé áthajtott. A daganat csekély mérvben jobb és balra mozgatható, lágy, tömöttes, nem fájdalmas. A bőr felette halavány, s redőzhető. Octóber hó 30-dikán a sebür sarjakkal már majdnem teljesen betelt, a halavány vörös sarjadzás azonban mállékony. A fülcimpa alatti daganat kiterjedésében nem változik. A gyermek bágyadt, időnkint fejfájásról panaszkodik, olykor borzongás által lepetik meg, lázas, a végbélhő $38.6-40.0^{\circ}$ C. között ingadozik.

Octóber 31-dikén a fül mögötti seb szélei megduzzadnak, s a sebür fecskendezésénél erősebb viszeres vérzés jelentkezik. A jobb oldali szemhéjak, s homloktájék bőre mérsékelten vizenyős lesz, a bőr maga azonban halavány, s a szemhéji köthártya rendellenességet nem mutat. A láz makacsul fennáll, s chinin adagolására csak kevéssé mérséklődik. A gyermek többet alszik. Fájdalmáról nem panaszkodik, nyugodt. November hó 3-dikán a kötés változtatásánál a sebürből oly erős vérzés jelentkezik, hogy ferrum sesquichloratumos vattatamponok alkalmazása válik szükségessé.

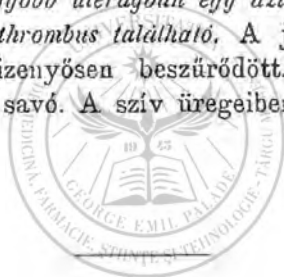
November 6-dikán a sebür sarjai ujjal kikapartatnak, s az ür jute tamponokkal tömeszletetik. A következő napok alatt a gyermek folyton erősen lázas, s bágyadtsága fokozódik. A jobb oldali arcvizenyő, s arczhűdés változatlanul fennáll. A légzés kissé nehezített, fűrészelő, rekedtség azonban nem észlelhető. A nyaki duzzanat lefelé haladó irányban mindinkább növekszik, általános jellegét azonban nem változtatja. A sebür váladéka bűzös lesz, s a sebszélek szalonnásokká válnak. A carbolos fecskendezések a vizelet sötét-zölde színzése folytán elhagyatnak, s helyettük $\frac{1}{2}$ %-os chlorvizes mosások s borítások rendeltetnek el.

November hó 12-dikén éjjel a gyermek felette nyugtalan. Légzése szapora, nyögő, perczenkint 40. *A nyaki duzzanatot mintegy 1½ hránt-újjnyi vastag, s majdnem a kulcs-csontig leír, felső részletében kissé lágyult. Az orrcsúcs, jobb orrszárny, s fülkagyló hűvös tapintatú, sötét szederjes.* A mellkason dús viszér-hálózat tűnik elő, mely lefelé a has bal felére követhető, felfelé pedig a nyak jobb oldalára, s a jobb vállra terjed át. A bal alsó tüdőlebeny felett, a lapoczsúcstól kifelé, mintegy kis tenyérnyi terjedelemben erősen tompúlt kontaktási hang, s fokozott hörghangzás mellett éles hörghi légzés észlelhető. A pulsus szapora, kicsi, könnyen elnyomható. A gyermek soporosus, alig eszmél. Délután teljesen elveszti eszméletét, összeesés tünetei jelentkeznek, s délután 4 órakor a gyermek elhal.

A betegség tartama alatt fellépő körjeleknek eléggé kifejezett volta, valamint fellépésüknek időbeli egymásutánja esetünkben az eredeti bántalomhoz csatlakozott, szövődmények lényege iránt alig hagyhattak hosszabb ideig kétségben bennünket. A felvétel alkalmával constatatált idült genyes középfül-lob, s másodlagos csecsesonti szuvasodás képezte kórisménk alapját, s ezen kórfolyamattal hoztuk összefüggésbe mindazon kórtüneteket, melyek a betegség további tartama alatt jelentkeztek. A fejbiczczentő lefutásának megfelelő daganat, miután az első műtéti beavatkozással, kaparással úgyszólván egyidőben jelentkezett kezdetben a tályog szomszédságában fellépő kötszöveti, illetőleg mirigylobot, vagy a sternocleido-mastoideus izom lobját sejteté ugyan velünk, ezen sejtelmünket azonban csakhamar elejtettük, *s a nyaki közös torkolati viszer, s ezzel kapcsolatos sinus transversus thrombosisát vettük fel, mely felvételünket a nyaki daganat lassú, lefelé haladó meghosszabbodása, a jobb oldali arczvizenyő, s mellkasi és válltáji viszérhálózat mindinkább megerősítették.* Hogy ily körülmények között a halált megelőző napon fellépő tüdőbeszűrődést *infarctus* gyanánt tekintettük, a fenntebbiek után talán szükségtelen fejtegetnem.

Ily meggyőződéssel léptünk a bonczasztalhoz, s a bonczolat, melyet ALEXANDER tr. kórházi boncznok végezett, a következőket mutatta :

A jobb oldali sinus transversus azon részlete, mely a sinus sigmoideussal összefügg, tömött, az edényfalzathoz tapadó thrombus által kitöltött, mely lefelé a *bulbus venae jugularis*ba folytatódik, s ezen keresztül a *jugularis communis*ba, a *vena cava ascendens*be (ez utóbbiban a *pitvarba* szájadzásig), s a *subclavia* kezdeti részébe terjed. A dobür, csecs-csont és tömkeleg szenyes, evesen széteső szövetrészetekkel kitöltött. A *bulbus venae jugularis* feletti csont rész genyesen szétmálló. A jobb fejbiczczentő izomrostjai szétfeszítettek, s a közös torkolat-viszérhez rögzítettek. A gége és légcső az erősen kitágult *vena jugularis* által a bal nyakfélre áttölt. A gége és légcső nyákhártyája halavány. A thrombotizált vizsér mentében a nyaki mirigyek erősen duzzadtak. A bal oldali tüdő alsó lebenyének nagy része tömött, sötét-vörös, légtelen s *egy nagyobb ütérágban egy azt egészen kiköltő, az edényfalhoz tapadó thrombus található.* A jobb oldali tüdőfél puffadt, erősen vizenyösen beszűrődött. A szívburokban kevés tiszta sárga savó. A szív üregeiben lazán alvadt vér.



Csigahéj $4\frac{1}{2}$ évig a külső hangvezetékben. Kifecskendezés.

Közlötte: BÓKAI JÁNOS dr., igazgató főorvos. (1884).

Betegünk 8 éves, budakeszi parasztfiú volt, kit anyja 1884 január hó 14-dikén azon kórelőzményi adattal hozott hozzánk, hogy fia jobb fülébe $4\frac{1}{2}$ év előtt egy játszó társa csigahéjat dugott, mely azóta a fülben van. A gyermeket a szülők ezen idő alatt orvosnak nem mutatták, miután a csigahéj a fiúnak kellemetlenséget, fájdalmat sohasem okozott, s jelenleg is csak a kissé nehezített hallás volt az, mely az anyát arra készítette, hogy kórházunkat fiával felkeresse.

A fiú jobb fülkagylója rendellenességet nem mutat. A külső hangvezeték áttekinthető részlete halavány, nem duzzadt. A dobhártya nem látható, s előtte fehéres visszfényt mutató, sartó alakú képlet vehető ki, melyre köröskörül fülzsirgyülem tapad, s mely a cerumen-tömeeggel együtt a hangvezeték átmetsetét majdnem teljesen kitölti.

Idegen test jelenléte ekként constatálva lévén, a legenyhébb eljáráshoz, a kifecskendezéshez folyamodtunk, s a fecskendőnek már első viz-sugara kilökte a beékelt idegen testet a hangvezeték mélyéből. Az idegen test valóban egy kisebb csigahéj, mely kettős csavarulatot mutat, sima felületű, kördéd, mintegy $\frac{1}{2}$ cm. átmérőjű és 2—3 mm. vastag. A csigahéjra minden oldalról beszáradt fülzsir tapad, melynek leválasztása alkalmával a csiga-bemenet egy részlete le is tört. A kifecskendezés után megejtett tükkörvizsgálatnál a dobhártya teljesen rendesnek találtatik, s a hangvezetéknek dobhártyaelőtti részleten hasonlókép semmi rendellenesség sem látható. A

hallás jobb oldalt a kifecskendezés után állítólag tetemesen javult.

Ezen esetünk két irányban bir gyakorlati fontossággal. Először tisztán mutatja azt, *hogy idegen testek a külső hangvezetékben hosszú időn át, évekig tartózkodhatnak anélkül, hogy az illető egyénre bármi tekintetben káros befolyást gyakorolnának.* Másodszor arra tanít, hogy még ily esetekben is *első sorban a legegyszerűbb és legártatlanabb módszerhez, a kifecskendezéshez* folyamodjunk, s csak akkor kíséreljük meg az idegen testnek eltávolítását más eljárás segélyével, ha *többszörös fecskendés* is sikertelen maradna.

A mienkhez hasonló eseteket a fülgyógyászati irodalom többet mutat fel, s ezek közt különösen érdekes pl. BÖKE¹⁾. tnr. esete, hol egy pamut-gomoly 22 évet töltött egy férfi külső hangvezetékében, s. MARCHAL²⁾ észlelete, melyben egy katonatiszt 45 évig hordott tudtán kívül korall-daradkát fülében.

1) BÖKE. *A fülgyógyászat tankönyve.* 1868. pag. 32.

2) *Realencyclopädie.* Bd. V. p. 399.



VI.

Idegen test negyvenhét napig a légcsőben 3 éves fiúnál. Kiköhögés. Gyógyulás.

Közlötte: BÓKAI JÁNOS dr., igazgató főorvos (1884.)

Idegen testek akaratlan lenyelése nem ritkán észlelhető gyermekeknél, így kórházi statistikánk az utolsó tíz évről 21 ily esetet mutat fel. Mindezen esetekben azonban az idegen test a tápcsatornába jutott, s tíz év lefolyása alatt csakis két oly eset fordult elő, hol a lenyelt tárgy a felső légutakba tévedt. Az egyik öt éves leányka volt, ki lúdevés közben csontdarabot nyelt el, a másik 14 hónapos fiúcska, kinél halszálka jutott a légcsőbe. Mindkét eset csak futólag észleltetett a kórház nyilvános rendelésén, s azok lefolyásáról a jegyzőkönyvben bővebbet nem találunk feljegyezve. A harmadik eset, melyet végig észleltünk, 1883. október havában került észlelésünk alá, s ezen észleletünket, melyet főleg lefolyása, a kimenetel tesz előttünk érdekessé, a következőkben iktatjuk közléseink közzé:

D Bertalan, 3 éves gyermek, 1883. október hó 3-dikán hozatott be a kórházban azon kórelőzményi adattal, hogy a fiúcska egy hét előtt csirkehúst evett, evés közben csontot nyelt, s azóta nehezen lélegzik, időnként fulladozik. Anyja, ki a gyermeket a kórházba hozta, valószínűnek tartja, *hogy a lenyelt csontdarab a csirke fejlető csontjainak egy részlete.*

A fiúcska, ki vidékről hozatott fel beteg, a kórházba felvétetvén, a következő jelenállapotot mutatta:

A gyermek jól táplált és fejlett. Az arcz kissé kipirúlt. Az ajkak halavány-pirosak, nem szederjések. A torokban

semmi rendellenesség. A nyak mellső oldalán néhány tágult viszer tűnik elő, egyéb eltérés azonban a nyakon nem észlelhető. *A jugulum az egyes belégzések alatt mélyen besüpped.* A mellkas rendesen alkotott, izomzata jól fejlett. A légzési mozgások egyenletesek, nem szaporák. A légzés felette nehezített: *a scrobiculum cordis az egyes belégzések alatt erősen behúzódik.* A mellkas felett kopogtatási eltérés nem található. Hallgatódzásnál a tüdőesúcsoknak megfelelőleg érdes, az alsó lebenyek felett pedig kissé gyengült, durva bűgásoktól kísért légzés hallható. A gyermek hőemelkedést nem mutat. Felette nyugtalan. Ide s tova hányja veti magát ágyában, időnkint nyakához kapkod. Többször torkába nyúl, mire ökröndözés által lepetik meg. Izzad. Szomjazik. *Hangja erősen rekedt, majdnem aphonikus.* Többször köhög. *Köhögése száraz, hangos, izgatott.* A gégetükri vizsgálat a gégefedő, ligamenta aryepiglottica, s hátsó gégefal élénk vörösségét és duzzadságát constatalja. A betekintés a hangrésbe a duzzanat folytán gátolt. *Idegen test az áttekinthető területen nem látható.*

A felsorolt tünetek alapján *a felső légutak stenosisára* következtettünk, s hogy ezen stenosist egy a nagy légutakba tévedt idegen test idézte elő, teljes joggal felvehettük, mert a nem gátolt nyelés folytán eltekinthettünk azon lehetőségtől, hogy talán a bázsingba jutott az eltűnt csontdarab, s itt megakadva kívülről gyakorol nyomást a légutak falaira. A legközelebbi kérdés ezek után az volt, a nagy légutak mely részletében székel az idegen test? Idegen test jelenléte a gége felső részletében, tehát a hangszálagok felett a tülkörvizsgálat alapján ki volt zárható, s elejthettük egyszerűsrimind azon felvételt is, hogy talán a nagy hörgágak egyike vagy másika zárja magába az aspirált csontdarabkát, mert miként a jelenállapotból láttuk, *mindkét tüdőfél felett egyenlőkép gyengült légzés volt hallható, a légzési kitéréseket illetőleg pedig a két mellkasfél észrevehető különbségeket nem mutatott,* s így a *bronchostenosis* két, úgy szólván *alaptünete* hiányzott.

Mindezek után a hangréstől le a bifurcatióig terjedő térségben kellett keresnünk az eltűnt csontocskát. A hangrés maga, vagy ennek közvetlen szomszédsága alig képez-

hette az idegen test állandó tartózkodási helyét, mert nem észleltettek sem nálunk, sem a szülőknél odahaza azon heves fulladozási rohamok, makacs glottis-görcsök, melyek ily esetekben a beteg életét a legnagyobb mérvben, s úgyszólván állandóan veszélyeztetik. A csontdarabot ezek folytán *csakis a tracheába* képzelhettük; az időnként fellépő fuladozási rohamokból azonban egyszersmind arra következtettünk, hogy az illető csontocska *nem rögzített állapotban* van a légcsőben, hanem *mozgékony*, bár sem a légcsőre helyezett újj, sem pedig auscultatio segítségével ily kitéréseket directe nem constatalhattunk.

A gyermek a felvételt követő éjjelt felette nyugtalanul tölti. Alig alszik. Légzése, különösen fekvés közben, erősen nehezített.

November 10-dikén éjjel az állapot jelentékenyen súlyosbodik. A gyermek gyakori fuladozás által lepetik meg, s légzése mindinkább nehezítettebbé válik. Kábultan fekszik ágyában, s ajkai szederjések lesznek. Ily körülmények között a műtői beavatkozás szükségessége mindinkább előtérbe lépett, s hogy légcsőmetszés nem végeztetett, csak az anyán múlt, ki is férje tudta, s beleegyezése nélkül ily beavatkozáshoz nem merte beleegyezését adni.

November 12-dikén a gyermek állapota váratlan kedvező fordulatot vesz. Az éjjelt nyugodtan tölté, s jól aludt. Elénkobb. Légzési nehézségei jelentékenyen engedtek, s az ajk-cyanosis teljesen eltűnt.

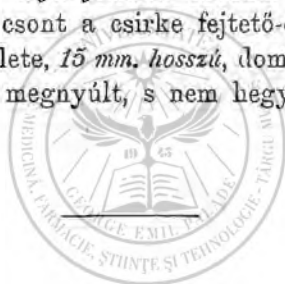
S ezen naptól kezdve egész az elbocsáthatásig egy és ugyanazon kedvező állapotot mutatta a beteg. Fenjárt, fennlévő betegtársaival kedvvel játszott. Hangja tisztult, csak kevéssé rekedt, s köhögése elveszté ugató jellegét. Éjjel nyugodtan alszik, s az időnkint jelentkező köhögési inger zavarja ugyan olykor éjjel nyugalmát, fuladozás azonban nem észleltetik. Légzése kissé még fűrészelő, a felhastáji behúzóadás azonban teljesen eltűnt. Az elbocsáttatás alkalmával megéjtett tükrövizsgálat a gége-nyákhártya teljes elhalaványulását constatalja; idegen test azonban, annak daczára hogy a hangrésbe jól beláthatni, ezúttal sem észleltetett.

A gyermek, anyja kívánságára, november hó 18-dikán

bocsáttatott el a kórházból azon utasítással, hogy a fiúcska továbbra is orvosi felügyelés alatt álljon, s hogy a meleg sósvíz-párás belégzések, melyek a kórházi tartózkodás alatt szakadatlan folytattattak, továbbra is szorgalmasan eszközöltessenek.

A gyermek orvosi gondozását tőlünk FODOR MÓR tr. körorvos úr vette át, ki is 3 héttel a fiúcska elbocsáttatása után arról értesít bennünket, hogy *a beteg a csontlenyelés utáni 47-dik napon a csontdarabkát erősebb köhögési roham alkalmával kiköhögte*. FODOR ügytárs úr szives tudósítása szerint a kis beteg a legutolsó napig eléggé jól érezte magát, s körülbelül azon állapotot mutatta, mely a gyermeknél a kórházi tartózkodás utolsó napjaiban észleltetett. A köhögés után a légzési nehélység tökéletesen megszűntek, s a csont eltávolodása óta a kis fiú *zavartalan és teljes jólétnek* örvend.

A kiköhögött csont a csirke fejtető-csontjainak körülbelül lencsényi részlete, *15 mm. hosszú*, domborodad, síma felületű, kissé ovalisan megnyúlt, s nem hegyezett.



Idegen test a légutakban. (Két eset.)

Közlötte: VAMOS (WEISZBARTH) GYULA dr., volt kórházi segédorvos (1888.)

Idegen testeket a légutakban gyermekeknél olykor észlelhetünk. A leggyakoribb bejutási mód az, hogy gyümölcsmagvakat, apróbb lemezes testeket ajkaik közt, vagy szájukban tartva, a beszéd, nevetés egy önfeledett pillanatában az idegen test belégzés közben a torokba szökik s köhögést váltva ki, az ezt bevezető mély inspiriummal a gégerés és gégefedő közé, vagy egyenest a hangrésbe kerül, hol fennakad, ha nagyobb; ha azonban alakja s nagysága megengedik, úgy a hangrésen keresztül csúszva a *Morgagni* árokban akad meg, esetleg a légsöbbe kerül, sőt a bronchusok valamelyikébe is beszívathatik. A légutakba került idegen testet a gyermek kiköhögheti; ha ez nem sikerül, úgy helyzete szerint fuladozást, nehéz légzést, esetleg megfulást, továbbá különféle tüdőbeli elváltozásokat hozhat létre, mint közvetlen okozóit a halálnak.

Az „*Orvosi Hetilap*“ 1884. évfolyamában BÓKAI kórházi igazgató-főorvos írt le egy esetet részletesen, hol az idegen test, egy csontdarabka, 47 napig volt a 3 éves gyermek légsövében, melyet végre kiköhögve a fiúgyermek teljesen felépült.¹⁾ Újabban a következő két kórházi esetet tartjuk érdemesnek a közlésre:

I. S. *Magdolna*, 11 éves leánygyermeket 1886. június 22-én anyja azon panasszal hozta kórházunkba, hogy a leányka kilencz nap előtt játszásközben *egy nagyobb, nyers babszemet* nyelt s azóta nehezen légzik, olykor fuladozik és erős görcsös köhögés fogja el.

¹⁾ Lásd ezen gyűjtemény VI-dik cikkét.

Az elég jól fejlett s táplált leányka arcza beesett, mély szenvedés kinyomatát viseli magán. Az ajkak körül mérsékelt cyanosis vehető észre. A torokban rendellenesség nincs. A légzés nagy fokban nehezített, száma percenkint 35; a rövidebb belégzést nyújtott kilégzés követi. Belégzésnél a jugulum kevésbé, míg a scrobiculum cordis jobban besülyed. A kínzó folytonos nehézlégzést időnkint erős, a hányásig ingerlő, görcsös köhögési rohamok váltják fel, miközben a gyermek ágyában fekvő helyzetéből felszökve felül, hátát meghajtva s nyakát előrenyújtva fuldoklik; kezeivel ide s tova kapkod, arcza nagy fokban szederjessé lesz s szemei üregükből kikelve már-már a megfulás veszélye fenyegeti a beteget, midőn egy mélyebb belégzés után ismét nyugodtabb lesz. Az ismételten megejtett gégetükri vizsgálat kis fokú belőveltségen kívül semmi egyebet nem tudott constatálni. Hangja rekedt, majdnem aphonicus. A mellkas elég jól alkotott, felette kopogtatási eltérés nincs. A tüdők felett hallgatódzva száraz, hurutos zörejeken kívül egyebet nem találunk. Ellenben a köhögési roham alatt a trachea feletti hallgatódzásnál *némi surranás* vehető észre, olykor olyféle zörejrel, *mintha valamely test szabad mozgása közben félig feszült hurokhoz csapódnék*. Láza nincs. Köpetet nem ürít.

Másnapra, június 23-án a nehézlégzés fokozódott; a fuldokló köhögési rohamok gyakoriabbak. Nyugodtabb légzésnél a jobb mellkasfél felső részletének csekély visszamaradása észlelhető. Kopogtatási viszonyok a tegnapiakkal megegyeznek; a jobb tüdő alsó részlete felett gyengült légzés hallható. A tracheában surranás nincs.

Miután a felvételnél észlelt tüneteket megmagyarázó kóros elváltozásra a tüdőkben nem akadtunk: kétségtelennek látszott, hogy idegen test izgalma (az anyja állítása szerint babszem) hozza azokat létre. Mivel pedig nyelési akadályok s egyéb tünetek hiánya az idegen test felvételét a bárzsingban — hol beékelődve, esetleg közvetlen nyomást gyakorolhatna a légsőre — kizárják: biztosra lehetett venni, hogy az a légutakban székelt.

Az idegen testet a laryngoscopicus vizsgálat a hangrésben s annak közelében nem találta; mélyebben a hörgő

ben tartózkodását a kezdetben talált tüdőbeli viszonyok szintén kétségen kívül helyezték: s így székhelyéül csakis a légcsőt kellett felvennünk. A trachea felett hallható surranás az idegen test *szabadon mozgására* engedett következtetni, mely odacsapódva erősebb exspirium közben a záródó hangrészhez, hozta ama sajátságos pengő zörejt létre. A légzési nehézségek alábbhagyása s fokozódása az idegen testnek a légsőben különböző elhelyezkedésének volt kifolyása. Másnap, mint fennebb láttuk, a tünetek változtak. A jobb tüdőfél felett hallható gyengült légzés, az intenzívebb s gyakoribb rohamok közel hozták ama feltevést, hogy az idegen test a jobb bronchusba kezd talán beékelődni, vagy legalább a nyákhártya oly mérvű lobját s így duzzadtságát keltette, mely a levegő behatolásának akadályul szolgál. Miután nem volt kilátásunk arra, hogy az idegen test köhögés közben kilökethessék, a folyton növekvő nehézlégzés javalltá tette a tracheotomia végzését. Ez a leány folytonos fuldoklása között végre is hajtattott, *a nélkül azonban, hogy műtét közben, vagy azután közvetlen az idegen test kiküszöböltetett volna.* A canule beillesztése után a tünetek tetemesen enyhültek; a nehézlégzés majdnem teljesen megszűnt, cyanosis elenyészett, *csupán a görcsös köhögési rohamok ismétlődtek még többször,* habár nem oly mérvben, mint azelőtt. A jobb tüdő felett a gyengült légzés mellett hörghurut jelei léptek előtérbe.

A kórházban tartózkodás harmadik napján légzés még mindig szapora, percenkint 34, s a tüdőbeli tünetek változása nélkül a görcsös köhögés fennáll. A délelőtti órákban egy ily erősebb köhögési roham hányást váltott ki s mindnyájunk meglepetésére *száján át egy felázott, duzzadt héjú, lisztes benékű, nagyobb, fekete babszemet (czukorbab) ürített ki.* Erre a köhögés izgatott, görcsös jellege *azonnal* elenyészett s a canule eltávolíttatván, a nehézlégzés teljesen megszűnt, fuldoklások többé nem jelentkeztek.

Itt felmerül a kérdés: miképen juthatott az idegen test a szájon keresztül napvilágra, daczára hogy a canule a kiköpés pillanatában a tracheában volt? Ez csak úgy történhetett, hogy a tracheában szabadon mozgó babszemet a műtét alatti fuldoklások a canule beillesztése előtt a tra-

chealis seb fölé, a *gégébe* terelték, hol folytonos ingert tartott fenn. Innen magyarázható — daczára a nehézlégzés alábbhagyásának — a gyötrő, izgatott köhögési rohamok fennállása a tracheotomia után is.

A jobb tüdőfélben még hat napig gyengült légzés maradt vissza szívos zörejekkel s a leányka sűrű, genyes nyákos köpetet ürített bőven. Időnkint mérsékelt lázak léptek fel. A tüdőbeli tünetek hat nap múlva javultak, a légzés erősbült, a hurut mérséklődött, lázak megszűntek, köpet gyérült; s így anyja kivánságára a babszem kiürítése után *10 napra*, miután a trachea sebje *majdnem teljesen* begyógyult, veszély nélkül bocsáthattuk a leányt haza.

*

A második esetben az idegen test 4 hétig volt a légutakban, a nélkül, hogy a szülők ilyennek elnyeléséről csak sejtelemmel is birtak volna. Kezdetben csupán erősebb bronchitishez hasonló tüneteket idézett elő s csak a negyedik hét vége felé léptek fel a súlyos tüdőbeli változások, melyek halálhoz vezetve, a bonczasztalon alapokuk gyanánt egy *beékelődött magot* találtunk egy másodrendű hörgben.

II. K. *Árpád* 4 éves fiúcska, anyja kijelentése szerint 4 hét óta köhög. Egy hét előtt kanyarót állott ki, s azóta folytonos köhögés nyugtalanította, mely olykor görcsös jelleget öltött. Három nappal felvétele előtt *hirtelen* rekedtség, majd teljesen hangtalanság állott be. Egy nap óta szájából kellemetlen bűz áramlik ki.

1885. november hó 18-án a következő jelenállapotot találtuk, a mennyire a kis beteg súlyosan szenvedő állapota a vizsgálatot hozzáférhetővé tette: A nagy fokban lesóványodott fiúgyermeknél az általános, erősebb fokú cyanosis mellett az arcz beesett, az arczcsontok erős körvonalokban emelkednek ki; az orr hegyes, vékony, az orrszárnyak élénk játéka észlelhető. Nagy elesettség s szerfelett nehezített légzés van jelen. Belégzésnél a fossa juguláris s bordaközök erős behúzódnást mutatnak. A légvétel szapora, perczenkint 50, kissé nyújtott kilégzéssel, miközben a szájából sajátlagos, édeses émelygős bűz áramlik ki, mely csakhamar betölti az egész kórtermet. A gyermek szólni nem képes, ajkait moz-

gatja a nélkül, hogy egy hang is jönne ki szájából, miközben élénk tűzben égő szemeit a kétségbeesettek tekintetével függesztí az emberre. A nyak megvastagodott, mi nagyobb fokú *subcutan emphysema* által van feltételezve, a meunyiben itt és mindkét mellkasfél felső részletén a felkarokra átterjedőleg a bőr tésztatapintatú s az ujjbenyomatok élénk serczegés után néhány pillanatig megmaradnak. A mellkas elég jól fejlett, dombordad, alsó részlete a légzési mozgásokban alig vesz részt. A tüdők vizsgálatánál a felső részletek felett mély, hangzatos doboszerű kopogtatási hangot kapunk úgy mellül, mint hátul. Hátul a 6. bordától aláfelé mindkét oldalt tompa üres a kopogtatási hang. Hallgatódzásnál mindkét tüdő felső részlete felett vegyes hólyagú szörtyzörejek, míg alúl, hátul, különösen jobb oldalt, gyenge hörgi légzés s összhangzó, itt-ott metallicus színezetű zörejek hallhatók. Szívtompulat a rendes helyzetben alig krajczárnyi terjedelemben kopogtatható ki. Szívcsúcslövés az 5. bordaközben a bimbón valamivel belül gyengén tapintható. Szívhangok tompák, gyengék. Pulsus kicsiny, könnyen elnyomható, perczenkint 96. Hőmérsék felvételnél 37.8° C. A végtagok hűvösek; a körmök cyanoticusak. A gyermek mozdatlan, hanyatfekvésben fejét kissé hátraszegve tartja.

Mindezen tünetek mellett — tekintetbe véve a kór-előzményi adatokat — helyesnek látszott az egész kórkép olyatén felfogása, hogy a morbilli alatt kétoldali catarrhalis beszűrődés fejlődött mindkét tüdő alsó lebenyében, még pedig nem góczokban, hanem az említett lebenyeket teljesen elfoglaló lobaris pneumonia alakjában, mely a gyenge, vérszegény gyermeknél a catarrhalis pneumoniák ritkább kimenetelét, a gangraenában való átmenetelt választva ronsolta a tüdőszövetet; s miután pneumothorax jelenléte határozottan ki volt zárható, csupán egy nagyobb fokú emphysema subpleurale keletkezhetett, mely a tüdőgyökig terjedve ráhatolt a mediastinum laza kötszövetére s ennek mentén elérte a nyakat körítő kötszövetet is, míg végre a nyakbőre alájutva elborította a lég a mellkast s részben a felső végtagokat is. Legalább a három nap előtt hirtelen fellépett nehézlégzés, bűzös lehelet, hangtalanság s a terjedelmes

bőrlégdag ily felvétel mellett eléggé megvolt fejthető, főkép, miután az ismételten megejtett laryngoscopicus vizsgálat a nyákhártyának belöveltségén kívül semmi elváltozást sem tudott a gégen constataálni.

A következő két napon a tüdőbeli állapot nagyobb változást nem mutat. A cyanosis s nehézlégzés nem fokozódik. A bőr alatti emphysema növekszik.

A negyedik napon, november 21-én a nehézlégzés kifejezettebb; a tüdők felső részlete felett bő, apró zörejek hallhatók. A bal pofán a szájuágtól kifelé egy galambtojásnyi, kékes, feszült bőrrészlettől körülvett s a szájür felé feketésen elszínesedett nyákhártyától fedett, a pofa egész vastagságát átölelő, tömött daganat fejlődött, mely este felé belülről bűzösen, evesen szétesve, a folyamat leterjedt az alsó állkapocs bal szárnyának lágy részeire is, hol hasonló roncsolást idézve elő, a szomszédos fogak önként hullottak ki. Hőmérsék 37·2°. Pulsus alig érezhető.

November 22-én a cyanosis igen nagy; légzés felületes, szapora; a bal pofán a roncsolás az említett terjedelemben egész a bőrig hatolt, az üszkös lágyrészek cszfatokban lógnak a szájürbe. A végtagok hidegek, a szemek beesettek, az orr kihegyesedett. Éjjel 1 órakor ad maximum növekedett cyanosis mellett teljes kimerülés vetett véget a kis beteg szenvedéseinek.

A bonczolás, melyet BABES tnr. végzett, a következőket mutatta: A garat nyákhártyája erősen belövelt, duzzadt, hasonlókép a gégebemenet is. A gége, légcső s hörgők nyákhártyája nagy fokban duzzadt, barnás-vörös, szennyes-sárga, sűrű, bűzös nyákkal fedett. *Egy jobb, másodrendű hörg végén egy barna, repedezett héjú dinnyemag lazán bekelődve.* A beékelési helynek megfelelően a hörg szennyes-barnásan elszínesedett. A mediastinum szövete bőven légbuborékoktól áthúzódtott s nevezetesen a bal tüdő kapuja körüli kötszövet nagy légbuborékok által mintegy lepraeparált, mely léghólyagok a zsigeri mellhártya alá követhetők. A tüdők felső lebenyei nagy fokban duzzadtak, igen vérszegények, léghólyagcsáik tágultak s a mellhártya alatt, a lebenyek közt egész babnyi léghólyagok kerülnek el. A jobb tüdő alsó s középső lebe-

nyének hörgei tágultak és a körítő szövet szennyes-zöldes vagy feketés, a tüdő szövete pedig nagy fokban duzzadt, facette-k alakjában a metszlapon kiemelkedő, barnás-vörös, egész feketés-vörös, tömött, száraz, légtelen. A zsigeri mellhártya felette zavarosodott, kiterjedt, feketés-vörös vérmennyekkel beszűrődött és fakósárga könnyen levonható alhártyával fedett. A bal tüdő alsó lebenyének alsó fele hasonlókép elváltozott.

A bonczlelet tehát az elváltozások indító oka gyanánt *egy jobb másodrendű hörgbe beékelődött dinnyemagot* tüntetett fel. Hogy mikor történt a mag elnyelése, erre nézve az utólagosan kikérdezett szülők határozott felvilágosítást adni nem tudnak; csak annyira emlékeztek, hogy a gyermek, kórházba hozatala előtt mintegy 4 héttel az udvarról, hol többemagával játszott, görcsös köhögéssel futott a szobába, *mely állítólag rövid ideig tartott*, s miután a fiú az előtt is köhögött — daczára, hogy ezen naptól kezdődött a gyermek betegeskedése — annak nagyobb jelentőséget nem tulajdonítottak s így a felvételnél nem is említették. Nagyon valószínű, hogy ekkor történt az idegen test aspiratioja, mely körülbelül 30 napig tartózkodván a légutakban, elég ideje volt az említett, mélyre ható változások megindítására.

VIII.

Idegen test a légcsőben.

Közlötte: EKEI ANTAL dr., kórházi segédorvos. (1889.)

A légcsőbe jutott idegen testeknek több érdekes esete fordult meg kórházunkban az utolsó évek alatt. Az „Orvosi Hetilap“ 1884. évi folyamában BÓKAI, kórházi igazgató-főorvos írt le egy esetet, melyben egy, a légcsőbe jutott csirkecsont 47 nap múlva távozott el önként egy köhögési roham alatt s a 3 éves fiú meggyógyult.¹⁾ Egy más esetet, melyben egy, a légcsőbe jutott babszem szintén hosszabb idő múlva lett kiköhögve, az „Orvosi Hetilap“ 1888. évi folyamában közölt VAMOS tr. segéd társam.²⁾ Két kis betegünknel a hozzátartozók az idegen test behatolásáról mitsem tudtak; a gyermekek tüdőlobbal vétettek fel a kórházba, s csak a bonczolatsnál találtatott egy a hörgőbe ékelt idegen test, mint a halálos tüdőlob, illetve tüdőüszködés okozója. Az alább leírandó esetben egy nagyobb növénymag 18 napig időzött a légutakban, a nélkül, hogy mélyebbre ható kóros elváltozást hozott volna létre, úgy hogy a légcsőmetszés után történt eltávolodása után a gyógyulás rövid idő alatt bekövetkezett. Az eset a következő:

F. A. 8 éves leánygyermek 1888. október 1-jén vidékről hozatott fel a kórházba. Anyja elmondja, hogy a gyermek 14 nap előtt játszasközben egy akácféle fának magját vette szájába, s mialatt a gyermek szaladgált és nevetett, a mag véletlenül gégéjébe jutott. Akkor azonnal egy igen heves köhögési és fuldoklási roham lépett fel, mely azonban

¹⁾ Lásd ezen gyűjtemény VI-dik czikkét.

²⁾ Lásd ezen gyűjtemény VII-dik czikkét.

rövid idő múlva megszűnt. Azóta ezen rohamok folytonosan ismétlődnek; az utolsó napokban a gyermek állítólag lázas is volt.

A leányka a kórházba felvétetvén, rajta a következők észleltettek:

A jól fejlett és táplált leánygyermek naponként 20—30-szor ismétlődő, igen izgatott, kínzó, fuldoklási érzettől kísért köhögési rohamok által lepetik meg; az egyes rohamok tartama néhány percz és egy negyedórai idő között változik, mely idő alatt gyorsan egymásután lépnek fel a rövid száraz köhögési lökések; minden egyes köhögés alatt a beteg-től több lépésnyi távolságra elhallatszó zörej hallható, hasonló azon hanghoz, melyet valamely sebesen mozgó apróbb tárgynak egy kifeszített hártyába való ütközése okoz. Ennek megfelelő tapintási érzetet nyer a köhögés alatt a gégetájra helyezett ujj is. A rohamok alatt a leány igen nyugtalan, hangosan sír és kiabál, kezeivel nyakához kapkod; a roham hosszabb tartamánál a kilégzési izmok a megerőltetés következtében igen fájdalmasak lesznek, a gyermek kezeivel hasát és mellkasát összeszorítani igyekszik; egész testét bő izzadság lepi el. Az egyes rohamok közti időszakok különböző tartamúak, éjjel, alvasközben hosszabbak mint nappal; alattuk a gyermeknél kóros eltérés alig észlelhető; a közérzet is csak az újabb roham bekövetkezésétől való félelem által van zavarva. A mellkas physicalis vizsgálata a rendestől nem mutat eltérést. Gégetükörrel való vizsgálat nem volt keresztülvihető, a mennyiben a tükrö bevezetése azonnal olyerős köhögési ingert váltott ki, hogy a kísérlettől el kellett állani.

Azt, hogy jelen esetben egy a légsőben szabadon ideoda mozgó idegen testtel van dolgunk, az előzményi adatoktól eltekintve, a köhögési roham alatt hallható és tapintható jelenségek kétségenkíülivé tették. Miután azonban annak lehetősége, hogy az idegen test egy köhögési roham alatt spontan kilöketik, még mindig fennállott, s másrészt közvetlen életveszélyre utaló jelenségek hiányoztak: egyelőre várakozó eljárást követtünk a beteggel szemben, előkészítve mindent az esetleg szükségessé válható légsőmetszésre

Octóber 2-dikán este fél óránál tovább tartó igen kínos

roham lépett fel; ezután az egész éj nyugodtan folyt le. 3-dikán reggel a mellkas vizsgálatánál azt találtuk, hogy a jobb tüdő felett, főleg mellül a légzési zörej erősen gyengült. Ezen tünet hozzávéve a köhögési rohamok megszűntét, azon felvételre készítették bennünket, hogy az idegen test beékelődött a jobb hörgbe. Még aznap este azonban újból beálltak a köhögési rohamok s másnap reggel a jobb tüdő felett a légzési zörej is rendes minőségű volt, jeléül annak, hogy az idegen test ismét felszabadult.

Miután ily körülmények között az idegen testnek a természetes úton, köhögés általi kiürítése valószínűtlennek látszott, a várakozó eljárást pedig tovább folytatni nem lehetett, egyrészt a gyermek súlyos szenvedéseire való tekintetből, másrészt és főképp azért sem, mivel az idegen testnek újabb és esetleg végzetes következményekkel járó beékelődését valamely hörgbe meg kellett akadályozni: a légsömetszésre határoztuk el magunkat.

A műtét octóber 4-dikén délelőtt végeztetett chloroform-narcosis alatt, lefolyása egészen sima volt; a légső megnyitása után a sebnyílás egy ideig tátongva tartatott, azonban daczára a fennálló köhögésnek az idegen test nem ürítettett ki. A műszerekkel megkísérlett extractió sem vezetett eredményre, sőt ezen műveletek alatt oly nagyfokú dyspnoë és cyanosis lépett fel, hogy egyelőre minden további kísérletről lemondtunk, s a légsőbe szokott módon canulet illesztettünk be. A bőrseb felesleges részlete néhány varrattal egyesítettett. A légzési nehézségek rövid időre a canule beillesztése után megszűntek; csupán kissé izgatott köhögés maradt vissza.

Este a gyermek hőmérséke 38° , légzés teljesen szabad az izgatott köhögés mérsékeltebb fokban fennáll; a canuleon a bő barnás-sárga tapadós váladék ürül. A nyakon a kulcs-alatti árkokig terjedő mérsékelt bőralatti emphysema tapintható.

5-dikén reggel hőmérsék 39.3° , légzés 26, köhögés fennáll, váladék nyákos-genyes. Hallgatódzásnál mindkét tüdő felett durva nedves zörejek hallhatók. A canule eltávolítása után az idegen test esetleges extractiója céljából a croup-hártyák eltávolítására szolgáló Schrötter-féle eszköz vezet-

tetett a légsőbe. Az extractio nem sikerült ugyan, de a kísérlet egy igen heves köhögési rohamot váltott ki, melynek körülbelül egy percnyi tartama után egy erős köhögési lökés alatt az idegen test a trachealis sebnyíláson át kirepült.

Az idegen test egy, eredeti térfogatának körülbelül háromsorosára felduzzadt gleditschia mag; a tojásdad alakú magnak csak csúcsából hiányzik egy kis darabka, különben teljesen ép; hosszúsága 17 mm., legnagyobb szélessége 11 mm., legnagyobb vastagsága 6 mm. Súlya 75 centigramm. A mag eltávolodása után a trachealis sebre vékony sublimatgazerétegből álló kötés alkalmaztatott.

Este hőmérsék 38.3°, légzés szabad, percenként 36; köhögés gyakori, kevésbé izgatott, váladék bő, szivós.

7-dikén láztalan, a seb tiszta, a varratok eltávolítottak. Subcutan emphysema kisebb terjedelmű. Köhögés még mindig gyakori és izgatott jellegű, úgy hogy a gyermek éjszakai nyugalma is erősen zavarja. Váladék bő, nyákos-genyés; a mellkas felett kevert nedves zörejek nagy számban hallhatók.

8-dikén láztalan, köhögés lazább; a trachealis nyíláson át még mindig nagy mennyiségű nyákos-genyés váladék ürített ki. Subcutan emphysema már alig tapintható.

A következő napok alatt a váladék mindinkább csökken, a köhögés gyérb; sebnyílás szépen sarjadzik, étvágy, közérzet jó; hang tisztul.

11-dikén a jobb mellkasfél felett hátul a scapula csúcsától lefelé a kopogtatási hang tompa; ugyanitt éles hörgi légzés hallható. Gyermek e mellett láztalan, légzés normalis, köhögés csekély, közérzet zavartalan. Ezen physicalis tünetek a következő napok alatt változatlanul fennállanak; a hőmérsék csak 12-dikén reggel emelkedett 38.6°-ra, azon túl állandóan normalis. Octóber 25-dikén kezd a beszűrődés terjedelme csökkenni, november 1-jén csak a mellkas legalsó részlete felett van egy keskeny tompulati szegély. A trachealis seb teljesen begyógyult, a hang tiszta.

November 4-dikén a gyermek gyógyultan hagyta el a kórházat.

IX.

„Fehér bujakóros tüdőlob (Pneumonia syphilitica alba)“ esete 5½ éves fiúnál.

Közlötte: SZONTAGH FELIX dr., volt kórházi segédorvos (1888.)

Az újszülöttek tüdőjének bujakóros megbetegedése régóta ismeretes; aránylag gyakran találkozunk vele a halva született avagy a születés után rövid idő múlva elhalt csecsemők bonczolatánál. A tüdőnek specificus megbetegedése veleszületett bujakór alapján a későbbi gyermekkorban már a ritkaságok közé tartozik, a miért is jogosultnak tartjuk egy idevágó eset rövid közlését.

A . . . Rezső, 5½ éves jól fejlett és jól táplált fiú, 1887. évi octóber hó 31-én vétetett fel a kórház fertőző osztályára meglehetősen kiterjedt torokdiphtheriával és mérsékelt laryngostenosissal. A szülők állítása szerint ezen betegség hirtelen, a gyermek teljesen jó közérzete mellett jelentkezett. Esteli hőfok: 39.0, légzési szám 50. A tüdők felett a tovavezetett laryngealis stridoron kívül csak hurutos zörejek hallhatók. Rend: Hydrargyr. hichlorat. corrosiv. 0.03 Aqu. 100.0 Album. ovi I. 2 óránk. 1 gyermekkanállal. Aqu. Calcis torokviz.

November 1-én a reggeli orvosi látogatás alkalmával a kezelő segédorvos az anus körül két, körülbelül krajezárnnyi széles condylomát vesz észre. Láz nincsen; a gégeszűkület tünetei vissza fejlődőben.

A lefolyás november hó 15-ig röviden a következőkben foglalható össze: teljesen láztalan állapot; a laryngostenosis tünetei 7-én teljesen eltűntek, úgy hogy a sublimat, Kalium chloricum adagolásával cseréltetett fel. E mellett

a torok láthatólag tisztult, úgy hogy november hó 13-án hárttyák többé nem voltak felfedezhetők. A torokbeli folyamat gyógyulásával lépést tartott a condylomák visszafejlődése, annyira, hogy november hó 15-én azok helyén már csak barna festenyzettség maradt vissza; a condylomák ezen gyors gyógyulása kétségtelenül az erélyesen nyújtott Sublimat oldat hatása alatt következett be, melynek adagolása fenyegető gégeszűkület miatt volt javalva.

Néhány napi teljes jólét után november hó 16-án újra láz jelentkezik. Reggel 38.2° , este 39.2° fok hőmérsék. Ezen láz okát egy vörhenyküteg szolgáltatta, mely már este a nyakat és törzset ellepte.

November hó 17-én reggeli hőfok 38.7 . este 40.7 . A feltűnően intensív vörhenyküteg az egész testre elterjedt.

November hó 18-án reggel és este 40.5° a hőmérsék. Ezen napon a bal alsó mellkas-félen, még pedig hátul a IX-ik bordától lefelé intensív tompulat és hörgi légzés constatálható. A gyermek heves fájdalmakról panaszodik a bal mellkasfélen. Érlökés szapora, de telt, erős. Ezen, a bal mellkasfél felett talált lelet alapján egy a vörhenyt complicáló pneumoniát (pleuropneumoniát) vettünk fel. A jobb tüdő felett csak hurutos zörejek voltak hallhatók.

November hó 19-én reggeli hőfok 39.7 , este 40.0 . Érlökés nagyon szapora, könnyen elnyomható. Különben nincs változás.

A következő három nap alatt a hőfok 39.0 — 40.0 között váltakozik. A küteg keveset változott; az erőbeli állapot rohamosan csökken s daczára az izgató gyógyszerek alkalmazásának, november hó 22-én este 8 órakor a beteg elhal.

Érdekesnek tartjuk a november hó 24-én DR. HUTYRA FERENCZ kórházi boncznok úr által végzett bonczolat jegyzőkönyvéből a következő pontokat közölni:

A gége és légeső nyákhárttyája mérsékeltlen belövelt, szürkés nyákkal bevont. A jobb tüdő két felső lebenye, épúgy az alsó lebeny felső fele mérsékelt viztartalmúak és több, finoman habzó savóval átívódottak; az alsó lebeny alsó részlete tömöttebb, légszegény, a metszfelületen szürkés vörös, habzó savótól infiltrált, helyenként barnás vörös

légtelen részleteket mutat. A bal mellürben körülbelül li-
ternyi sárgás, sok rostonya czafattal kevert folyadék. A bal
tüdő felső lebenye kicsi, ránczos hússzerű, nagyon légtelen a
metszfelületen intensív szürke, egynemű. *Az alsó lebeny vastag
áthártyákkal fedett, a melyek alatt a mellhártya zsigeri-lemeze
szigetenkint inszerűen megvastagodott, másutt pedig vékony, fénylő,
kissé felazult. A tüdőlebeny maga eléggé nagy, tömölt, légtelen,
metszfelülete halvány vörös, szürke egynemű, homályosan fénylő
alapon sok erősen megvastagodott, fénylő, fehér-falu hörg- és vér-
edény átmetszetet mutat.*

*Diagnosis: Pneumonia alba syphilitica lobi inferioris pul-
monis sinistri. Pleuritis fibrinosa-serosa sinistra cum compres-
sione fere totali lobi superioris pulmonis. Pteuritis fibrosa par-
tialis dextra. Pneumonia lobularis (catarrhalis) lobi inferioris pul-
monis dextri. Degeneratis adiposa renum. Scarlatina.*

A bal tüdőnek megbetegedését olyan értelemben, mint
mi azt a pleuropneumonia kórisméjével feltételeztük, a bon-
czolat nem igazolta. Ismeretes, hogy gyermekek izzadmányos
mellhártyalobjának kezdeti szakában a hörgi légzés, melyet
esetünkben a legszembeszökőbb tünetnek kellett jeleznünk,
majdnem mindenkor feltalálható, annyira, hogy a különzeti
kórisme tüdőlob és mellhártyalob között kezdetben legalább
gyakran lehetetlenné válik.

Esetünkben a feltűnően intensíven hallható hörgi lég-
zés keletkezve, a nagy izzadmány által erősen összenyomott
és a gerincz-oszlop felé tölt tüdőben erősödést nyert, a bon-
czolathoz bujakórosan megbetegedett és légtelennek talált
alsó tüdőrésztel által, azaz, ezen hasonlóképen solidificált,
habár kevésbé is összenyomott tüdőrésztel a feljebb kelet-
kezett illetőleg tova vezetett hörgi légzés számára kitűnő
hangvezetési közegül szolgált.

Az a kérdés tehát, hogy a bal tüdő alsó részletének
bukakóros megbetegedése tulajdonképen mikor jelentkezett?
Erre határozottan csak annyit felelhetünk, hogy bizonyosan
előbb, mintsem a gyermeket mi láttuk.

Veleszületett eredetnek lehetőségét nem lehet egészen
kétségbe vonni, de egy veleszületett tüdő megbetegedésnek
fennállása 5½ éven keresztül nem sok valószínűséggel bír.

Sokkal plausibilisabb ama feltétel, hogy ezen specifikus megbetegedés a későbbi korban lépett fel, de hogy mikor és minő tünetek között, erre nézve, fájdalom, határozott felvilágosítással nem szolgálhatunk.

Az anya, kinél később gyermekének „vérbaját“ illetőleg kórelőzményi adatok után tudakozódtunk, csak annyit mondhatott, hogy gyermeke előbbi időkben ismételtén lett kezelve bőrkiütések ellen belső szerekkel; különösen félev óta sokat betegeskedett és sokszor szenvedett köhögésben.

Hogy a bal alsó tüdőlebenynek ezen bujakóros megbetegedése azon időig, mikor a vörheny fellépett, hanem is mint ilyen, de mint hurutos tüdőlob nem lett az élön felismerve, nem lehet esodálni. Hiszen gyakran megtörténik, hogy lobulár (hurutos) tüdőlobok physikalis tünetek hiánya folytán az élön bizonyossággal ki nem mutathatók és nem ritkán csak a bonczolatnál fedeztetnek fel. De különben is az első észlelési napok alatt oly tünetekkel nem találkoztunk, melyek egy esetleges tüdőmegbetegedésre irányították volna figyelmünket.

A közlött eset mindezek után bizonyítani látszik, miszerint fennáll annak lehetősége, hogy öröklött bujakórban szenvedő gyermekeknél az első életéven túl is felléphetnek specifikus tüdőmegbetegedések (DOWSE¹⁾). De ilyen esetek mindenesetre a ritkaságok közé tartoznak.

¹⁾ VOGEL-BIEDERT: *Lehrbuch der Kinderkrankheiten*. Stuttgart 1887. Pag. 545.

X.

Peripleuritis 8 éves fiúnál.

Közlötte: HAINISS GÉZA dr., volt kórházi segédorvos (1884.)

Míg a mellhártyalobos folyamatával oly gyakorta, mondhatni naponta találkozunk, addig a mellhártya-alatti, a mellkas falában székelő kötszövet lobját csak igen ritkán, sok év alatt alig egyszer van alkalmunk észlelni.

Legtöbben e bántalomnak a „peripleuritis“ rövid és teljesen érthető elnevezést adták, amennyiben a mellhártya-alatti, úgynevezett peripleuralis szövet képezi kiindulási helyét, s leginkább is e nevén találjuk az irodalomban ismertetve. HYRTL e kötszövetet *fascia endothoracica*-nak nevezte el, s e bönnye jelenlétéről LUSCHKA is meggyőződött, s valószínűleg ez szolgált alakul LEUCHTENSTERN-nek arra, hogy e bántalmat „*phlegmone endothoracica*“ elnevezéssel lássa el.

Első, ki e bántalomról írt, WUNDERLICH¹⁾ volt 1858-ban. Két észlelet képezte közlése tárgyát; egyik 27 éves egyént illet, ki meghülés folytán kezdetben súlyos, később mérséklődött, de azért hosszasan elbúzódó pleuro-pneumoniában szenvedett, s kinél 3 hó eltelté után a peripleuritis tünetei jelentkeztek. Az egyenetlen sima, fájdalmas, hullámozó peripleuritikus duzzanat a bal mellkásfél mellső felületén terjedt a 3-ik bordától lefelé; felette a kopogtatási hang tompa, s üres volt, s hallgatódzásnál légzéshiány volt észlelhető. A lefolyás adatai igen érdekesek: a tályogűr ugyanis közlekedésbe lépett a tüdővel, a duzzanat körül emphysema subcutaneum fejlődött s a tompulat helyét dobos kopogtatási hang, majd repedt-fazékörej váltotta fel. Később a duzza-

¹⁾ Archiv für Heilkunde. Ueber peripleuritis. 1861. 1. Heft.

nat mindinkább kisebbedett, az emphysema eloszlott, s a megfigyelés alatti 47-dik napon már a fentti tünetek egyike sem volt észlelhető, s csupán csekély mélyedés jelezte a peripleuritikus folyamat helyét. A tályog tartalma a hörgőkön át ürült ki köhögés közben. Művi beavatkozásra szükség nem volt, s az egyén felgyógyult. Itt tehát a peripleuritikus lob másodlagosan, mint a tüdő- és mellhártyalob következménye fejlődött. Második esetében 53 éves egyénről szól, kinél meghülés következtében baloldali peripleuritis fejlődött. A daganat itt már a megbetegedés kezdetén jelentkezett. Vizsgálat alkalmával a daganat, melyet szerző álképletnek tartott, tenyérnyi terjedelmű, tömött és csak nyomásra volt fájdalmas, s felette a bőr változást nem mutatott. Később tüdőlob és mellhártyalob tünetei jelentkeztek nagymérvű bágyadság és delirium kíséretében. A 20-dik napon a tünetek súlyosbodtak, a beteg folyvást delirált, s a 22-dik napon meghalt. A bonczolat, rövidre vonva, a következő leletet adta: A bal mellkasfélen a 2-dik és 7-dik borda, a szegycsont bal széle és a hátsó hónaljvonal által határoltan, a nagy mellizom által fedve, kiterjed tályog székelt, mely körülbelül 2 font genyet tartalmazott. A mellkasfal egyéb helyein, tüdő-, szív- és vesékben több kicsiny tályogocska volt található, a tályog körébe vont bordákon pedig felületes szúvas folyamat. A peripleuralis lobot WUNDERLICH ezen esetben spontan fejlődöttnek tekinti, s nem tartja valószínűnek, hogy a felületes bordaszúvasodás, a tüdő-, vagy a mellhártyalob képezte volna kiindulási pontját a jelzett bántalomnak. A halál szerinte pyaemia folytán állott be.

BILLROTH ¹⁾ 2 esetet említ fel. Egyik észlelet 29 éves egyénről szól, kinél a felvétel előtt 11 héttel jelentkezett a bal mellkasfalban székelő lob, mely területen szerző 9 genyjáratot talált. Kopogtatási viszonyok ismeretlenek, hallgatódzásnál gyengült légzés volt constatálható.

BILLROTH eleinte bordaszűt vett fel, melyhez mérsékelt mellhártyaizzadmány járult. A szúvas csontrészlet el-

¹⁾ Ueber abscedirende Peripleuritis. *Archiv für klin. Chirurgie.* Bd. II. 1862.

távolítása volt czélja, a narcosis alatt azonban, miután a bőrt felhasította, s szorgosabban megvizsgálta a járatokat, szúvas csontra nem akadt. Felvett tehát eltokolt és kifelé tört empyemát. Pár nap múlva az egyén *pericarditis* tünetei között elhalt. Bonczolat: friss *pericarditis* mellett baloldali pleuritis. A mellür nincs összeköttetésben a külső sebürrel. A mellkas falában gyermekfej-nagyságú tályog, melynek határai felül a pleura costalis és diaphragmatica, alól a diaphragma, kívül pedig a mellkasfal. Második esetében 36 éves férfinál borzongás és oldalszúrás kíséretében mérsékelt légzési nehézség jelentkezett, s 10 nap múlva peripleuritikus duzzanat mutatkozott a jobb mellkasfélen, mely duzzanat rövid idő alatt a hónaljárok alatt mintegy tenyérnyi hullámzó tályoggá alakult át. Kopogtatási hang tompa, hallgatódzásnál légzés alig hallható. A beteg soványodott elgyengült. Művi genykiürítés eszközöltetett. A genyedés alábbhagyásával a beteg ereje növekedett s minden behatóbb művi beavatkozás nélkül a betegség 64-ik napján felgyógyult. A bántalom spontan fejlődése kétségtelen.

52.547
 BARTELSNEK ¹⁾ 3 esetet volt alkalma észlelni; egyike ezeknek 25 éves bujakóros férfit illet, kinél borzongással, ezt követő lázzal, s jobb mellkasféli fájdalmakkal vette kezdetét a bántalom, s 8—10 nap múlva már jelentkezett a jobb mellkasfél mellfelületén az 5-ik és 6-dik bordának megfelelőleg lobos terime-nagyobbodás. E két borda egymástól eltolva, a felsők pedig egymáshoz közelítve vannak. A bordaközben mélyen hullámzás észleltetik; kopogtatási hang a lobos terület felett tompa üres, s hallgatódzásánál csupán a tompulat határánál hallható még légzés. A duzzanat nagyobbodásával a bőr megvékonyodik, végre áttöretik és tömeges geny ürül ki. Később a nyílás tágításával az összes genymennyiség eltávolíttatik. A vizsgáló-újj a sarjadzással fedett bordái mellhártyáig jutott, mely a mellüregbe domborodik. A tompulat határa napról-napra kisebbedett, a genyedés azonban állandóan nagy volt, s így az 5-dik borda egy részletének csonkolása kíséreltett meg. Ne-

¹⁾ *Deutsches Archiv für klinische Medicin.* Bd. 13.

hány havi kórházi tartózkodás után veselob fejlődött, s ennek következtében az egyén meghalt. A bonczolat a 3-ik és 6-dik borda között székelő és a fali mellhártya által határolt peripleuralis tályogot, tüdőlobot, és terimbeles veselobot constatált. Második esetében 25 éves férfiről tesz említést, kinél a peripleuritis hasonlóan rázó hideggel és oldalfájdalmakkal vette kezdetét, s a lassan képződő tályog megnyitása 4 hét elmúltával történt meg. BARTELS észlelése alá csak a megnyitás után 4 hét múlva került a beteg, midőn a duzzanat a bal mellkasfélen az 5-dik bordának megfelelőleg még fennállott, s a hónaljba áttérjedő részletén 5 centiméternyire felfelé haladó genyjáratral birt. E mellkasrészlet kevés részt vesz a légzésmozgásban, felette a kopogtatási hang tompa; légzés a genyjáratig határozatlan, egyebütt ellenben rendes. Később a szegycsonton tyúktójas-nagyságú tályog fejlődött, mely finom járat által a régi tályoggal közlekedett. A járat laminariával tágított, s a gyógyulás 2½ hó múlva bekövetkezett. A genyedési idő alatt veselobos tünetek voltak a betegnél észlelhetők. Harmadik esetében 10 éves leánykáról szól, kit, a kórelőzmény szerint, anya ismételten megvert, a status praesens pedig több ütési foltról tesz említést a test különböző helyein véraláfutásokkal. A fájdalmas peripleuritikus tályog 14 nap alatt fejlődött hátul a jobb lapocz alatt; légzés kissé felületes, gyorsított, hőfok emelkedett, időnkint 41° C. Kopogtatási hang a duzzanat felett tompa, légzés gyengülten hallható, egyebütt rendes. 12 nap múlva, tehát a betegség 26-ik napján a leányka meghalt. Bonczolelet: A jobb tüdő alsó lebenyének háti felszínén két borsónyi tályog, melyek a mellkas falában a bordák alatt székelő két tallérnyi nagyságú peripleuritikus tályoggal közlekednek. Az e tályog körébe eső 7-ik borda 3 cm. nagyságban csonthártyahiányt mutat.

RIEGEL¹⁾ közlésében 21 éves férfit említ, ki gyakori hányás, borzongás és láz miatt kereste fel a kórházat. A vizsgálat semmi objectiv leletet nem mutatott. 11 nap múlva

¹⁾ *Deutsches Archiv für klinische Medizin.* 1877. 19. Bd. 5—6. Heft.

toroklob és arczorbáncz jelentkezett, melyeknek megszüntével a 19-ik napon oldalt a jobb mellkasfélen heves fájdalom jelentkezett. A fájdalom mindinkább élenkebb lett, s a 40—45-ik napon volt észrevehető a jobb mellkasfél alapján kisebb terjedelmű duzzanat, mely felett a kopogtatási hang tompa, s a légzés gyengülten hallható. A duzzanat napról napra növekedett, s a 70-ik napon már a hónaljvonalától a lapocztövisig felterjedt. A 110-ik nap körül a 9. és 11-ik borda között hullámváz jelentkezett. S ekkor a tályog megnyitott, mire a lázak és borzongások megszűntek. 11 nap múlva három csonthártyától megfosztott bordarészlet csonkoltatott, mely után az egyén nemsokára hashártyalob tünetei között meghalt. A bonczolatnál a mellkasi tompulat területén a mellkas-falban kiterjedt tályog, hashártyalob, a jobb tüdő teljes odanövése a mellkasfalhoz, s a máj felső felszínén a rekeszhez tapadása találtatott.

LESSER¹⁾ említ végre egy esetet, melynél a peripleuritist a peripleuralis szövetbe jutott echinococcus okozta. Az echinococcusokkal telt tályogúrt szerző megnyitotta, a sebűrt 3^o/_o-os carbolvízzel kimosta; a gyógyulás 5 hó lefolyása után következett be.

A felsorolt eseteken kívül található ugyan még az irodalomban néhány casuistikus feljegyzés, de ezek részéről hozzáférhetők nem voltak, s így ezek kivonatát nem is adhatom. E hosszú időközökben felmerült alig néhány eset közléséből eléggé látható a bántalom ritka előjövetele, érdekessége, s egyszersmind súlyossága; és a kórfolyamatnak még sok tekintetben homályos volta bátorít fel engemet hasonló eset közlésére, mely a pesti gyermekkórházban 1883-ban került észlelésünk alá.

G. Illés, 8 éves fiúcska Monorról, 1883. április hó 27-ikén hozatott a kórházba, azon kórelőzményi adattal, hogy baja 6 hó előtt borzongással, ezt gyorsan követő magas lázzal és heves jobb oldali mellkasi szúró fájdalomokkal vette kezdetét. E fájdalomok két hónapig kisebb-nagyobb

¹⁾ *Deutsche med. Wochenschrift.* 1881. 1. Linkseitiger peripleurischer Echinococcus.

fokban folyton fennálltak, míg 4 hó óta tetemesen mérséklődtek. A betegség kezdete óta vétetik észre a jobb mellkasfél mellső felületének alsó részletén rendkívüli lassúsággal növekedő duzzanat, mely fájdalmat különösen a törzs előrehajtásakor okoz. Köhögés, vagy légzési nehézsége egész idő alatt nem volt.

A fiúcska korához mérten mérsékelten fejlett és táplált, bőrszíne halavány. Fej és nyak rendellenességet nem mutatnak. A mellkas elég széles, domborodó; bal fele, a jobbal összehasonlítva, némileg nagyobb és erőteljesebb kitéréseket végez, mi különösen kifejezve, az 5-dik bordától kezdve észlelhető. E borda felső szélétől kiindulólág, mintegy nagyobb gyermektenyér-terjedelmű, sima felületű előre, domborodó tömött duzzanat tapintható, mely a bordaivig leterjed; felette a bordaközök elsimúltak. A bőr rendes színezetű, gyengén redőbe vonható. A duzzanat már mérsékelt nyomásra is jelentékenyen fájdalmas, s hullámozást nem mutat. A bordák elég jól kitapinthatók és láthatók, nem vastagodottak. Kopogtatási hang a bal mellkasfél felett mindenütt, a jobb felett pedig az egész hátsó felületen a rendes tüdőhangnak megfelelő; melüül jobb oldalt csak a 4-dik bordáig teljes éles, s nem dobos a kopogtatási hang, ettől az 5-ikig tompult, innen pedig a bordaivig tompa, s üres. A has kopogtatási hangja mindenütt éles, dobos. Hallgatódzási viszonyok a tompa területen kívül mindenütt rendesek; jobb oldalt melüül a 4-ik borda felett már igen gyengült légzés hallható, ettől lefelé pedig az egész előredomborodott terület felett légzésihiány észlelhető. Szív és nagy edények hangjai tiszták. A gyermek törzsét teljesen kiegyenesíteni nem bírja, kissé előregörnyed. Légvétel nem nehezített, percenkint 26. Hőfok 38—38,2° C. között ingadozik. Erverés elég erős, nem szapora. Étvágy csekély; székletét rendes. Testsúly 24 kgm.

Ily tünetek jelenléte mellett a kórismét már az első napokban megállapítani, a duzzanat felől határozott ítéletet mondani nem tudtunk. Valószínűnek tartottuk, hogy valamely álképlettel lesz dolgunk, mert mellhártyalob, genymell, perihepatitis, tekintve a duzzanat tulajdonságait, s a physicalis viszonyokat, nem voltak felvehetők, s így a diagnosis biztos

eldöntését a később észleletektől tettük függővé. 10 napig tartózkodván a gyermek a kórházban, a körtünetekben semmi változás nem volt észlelhető, s a fiú szülei kívánságára hazabocsáttatott oly útasítással, hogy 2—3 hét elteltével ismét bemutattassék.

20 nap múlva (május 26-án) csakugyan behozták az érdeklődéssel várt beteget, s ez alkalommal a következő változások találtattak.

Az előbb tömött duzzanat teriméjében jelentékeny növekedést mutat, a felület dudorosan előreboltosul, s a fedőbőr egyes helyeken erősebben megvékonyodott, vörösen elszínesedett, középen élénken hullámzik; már csekély érintésre is heves fájdalmak jelentkeznek. Alsó és felső határa ugyanaz, s a bordaívénél már elmosódik, mely alatt mélyebb nyomásnál a fájdalmatlan máj tapintható ki. A bordaközök, előredomborodva összefolytak, s a bordák körvonalai nem láthatók. Kopogtatási és hallgatódzási viszonyok nem változtak. Hőfok emelkedett, érverés szapora, elég telt. Arczkifejezés szenvedő, a közérzet lehangolt, s a gyermek igen bágyadt. Törzsét még inkább előrehajtva tartja, járása nehézkes. Légzési nehézség és köhögés nincs.

Ily stadiumban lévén a duzzanatot, az megnyitattott, midőn is nagyobb mennyiségű sűrű geny s emellett turószerű czaftos törmelék ürült ki a nyíláson át. Megnyitás után az üreg Volkmannkanállal kikapartatott, mire az újjal való vizsgálat a következőket mutatta: *a)* a mellkasfél csontos részlete bántalmazva nincs, *b)* a mellüreggel nem közlekedik és *c)* a lobos gócz a bordák alatt, s a mellhártyán kívül fészkel. A bennék, górcső alatt vizsgálva, genysejteket és kötszöveti alakelemeket mutatott. Sebkezelés: Az üregnek 1%-os carbolos vízzel kimosása után iodoformporral meghintése rendeltetik, még pedig a jelentékeny mennyiségű váladék miatt naponta. A fájdalom a műtét után jelentékenyen alábbhagyott; légzési nehézség nincs.

Junius 1-én (műtét után 6-ik nap) a tompulat nem volt oly intensiv, a tüdő teljes hangja az 5-ig bordáig terjedt le, hallgatódzaskor pedig a légzés, noha gyengülten, de mégis hallható volt. Genyedés bő, a belső fal minden irányban tömött,

ellenálló, s az alsó és felső részletre egyidejűleg gyakorolt nyomásra nagy mennyiségű sűrű geny áramlott elő, mi a nyomás felfüggesztésekor megszűnt, ismétlésekor azonban újból jelentkezett, Újjal vizsgálva az üreget, nagyon különösnek tünt fel e nagy mennyiségű geny jelenléte, melynek a tályog ürtere épen nem felelt meg. Kutasszal eszközölt újabb vizsgálat után végre ráakadunk egy keskeny nyílásra, melyen át újabb üregbe juthattunk. Ez az elsőtől kifelé a hónaljfelé terjedőleg foglalt helyet. Hogy ehhez is hozzáférhessünk, az eredeti metszési sebre függélyes metszés által nagyobbítottuk a bemenetet, s az így könnyen láthatóvá tett kis nyílást tágitva, ez üreget is kikapartuk és draineztük. Hőemelkedés különösen az esti órákban tetemesebb; a hónalji hő 39.4 és 40.0° C. között ingadozik.

Junius 8-án. Genyedés jelentékeny, a tályogür nem szükség, a sebszéleken élénk sarjadzás jelentkezik. Kopogtatási hang az üreg mosása előtt tompa, utána magas dobos. A gyermek rohamosan soványodik, gyengül, étvágya nincs, közérzete lehangolt; lázas ($39.0-40.0^{\circ}$ C.) Tüdők szabadak.

Junius 18-án. A helyi viszonyok változást nem mutatnak a jobb tüdő alsó lebenye felett tompulat és hörgi légzés észlelhető, mihez heves bélhurut is csatlakozik. Köhögés nem gyakori.

Junius 20-án. A beszűródés az egész jobb tüdőfelre kiterjed; az alsó lebenyek felett számosabb, kevert nedves zörej. A helyi tünetek annyiban mutatnak változást, hogy a fájdalmak a seb felületének megfelelően igen erősek reggel óta. Gyermek folyton nyög. Genyedés bő. Hőfok $39.4-40.2^{\circ}$ C.

Junius 25-én. A pneumonikus folyamatot ugyanazon oldali mellhártyalob jelentkezése súlyosbitotta; hátul ugyanis a 8-ik bordától le a mellkas-határig, a tompulat mellett, igen gyengült légzés volt hallható, mely 27-ikén már légzeshiánynak ad helyet. Helyi tünetek nem változtak. Bélhurut tart. Láz magas, folytonos. Szerelés bismuth. subitr. pulv. Doweri és tannin adagolásából áll.

Junius 26-án. A sebüregbe vezetett fém-kősonda mellül a 4-ik bordaközéig feljut, oldalt a mellső hónaljvonalig tolható előre, befelé pedig a szegycsont felé, ettől egy cm. távol-

ságig. A felső határon a mellkason ellennyílás készítettik, s az üregből újlag nagy mennyiségű összeálló túrószerű anyag kapartatik ki.

Julius 8-án. A pleuropneumonia változatlanul fennáll, a bélhurut szűnt. A sebgyenedés csekély, az üregek mintegy egymásba folytak, szűkülést azonban nem mutatnak, s a külső nyílások ezzel ellentétben annyira szűkültek, hogy csupán a vékony drain-csövet bocsátják át; a fájdalom megszünt. Hőfok 39.0—39.4° C. között váltakozik.

Julius 18-án. Sebgyenedés ismét bővebb. A pneumonikus területnek megfelelőleg csupán erősödött hörghangzás hallható, a mellhártya-izzadmány pedig jelentékenyen csökkent. Hőfok 38—39° C. között.

Julius 20-án. Genyedés igen nagyfokú. Tüdőlob elszlott. Gyermekek ereje lefogyott, soványodása tetemes.

Julius 28-án. A genyedő üregek semmiféle gyógyulási hajlamot nem mutatván, mindinkább megérlelődött bennünk azon elhatározás, hogy a fiúcska borda-csonkolás műtétének vettessék alá, de e szándékunk kivitelében ismét megakadályozott egy, újból fellépő kellemetlen körülmény, ismételten tüdőlob jelentkezett. Ennélfogva megint csak egyszerű kikaparással kellett megelégednünk, mire azonban szokatlan erős visszahatás jelentkezett. A fájdalmak a genyedő területen rendkívül hevesek voltak, úgy annyira, hogy a gyermek erős jajgatásba tört ki, folyvást nyögött, s semmit sem aludt. A következő napon erősebb duzzanat jelentkezett a lobos területen, mely már gyenge érintésre is igen fájdalmas volt. Súlyvesztés 5 kilogramm. Nehány nap múlva a genyedés ismét előbbi fokára sülyedett alá, s ez állapot a tüdőlobbal együtt változatlanul állott fenn huzamos ideig, míg végre augusztus hó utolsó napjaiban a tüdőlob oszlási tünetei jelentkeztek. A localis fájdalmasság megszűnt, a fiú ereje növekedni kezdett, s étvágya javult.

Most már mi sem gátolt szándékunk kivívésében, s így szeptember 11-én a *bordacsonkolás műtété* VEREBÉLY L. tr., egyetemi m. tanár, kórházi műtőorvos úr által végre is hatatott aképpen, hogy az eredeti bemetszési hely alatt levő és a tályogűr fölött hídat képező két (6-ik és 7-ik) borda

porczából 1-5 cm. hosszú darab metszetett ki. Az így keletkezett folytonossághiány a második üreggel is mélyebb bemetszés által összeköttetésbe hozatván, a volt nyílás callosus szélei lemetszettek, az egész ür erélyesen megkapartatott, s a heveny metszési sebszélek varratok által egyesítettek, szabadon hagyatván egy kisebb nyílás a drain-cső számára. A reactió csupán az első 2 napon volt hevesebb alakú, amennyiben az élénk metsző-fájdalmakhoz magas láz (40.4° C.) társult, mi azonban már az 5-ik napra teljesen megszűnt. A varratok által egyesített sebszélek per primam gyógyultak. Ettől fogva az üreg mélyében erélyes, egészséges sarjadzás indult meg, a genyedés középfokúvá vált, s szeptember 25-ikén a drain-cső is alig volt bevezethető. A fiú szeptember 30-ikán már, ágyát elhagyva, kevés sétát tesz, míg végre octóber 18-ikán teljesen gyógyultan elhagyja a kórházat. A duzzanat és műtét helyét két heg és némi besüppedés jelzi. Súlyszaporodás 3.5 kgm. a műtét óta.

Mint fentebb említém, a beteg első kórházi tartózkodása alkalmával 10 napi észlelés után a bántalom minőségének megállapítását a későbbi észleletektől tettük függővé. A második jelentkezés alkalmával szemünk előtt állott hullámzó daganat első tekintetre empyemaként imponált, annyival is inkább, mert az a mellkas alsó részletén foglalt helyet, hol a genyes mellhártya-izzadmány áttörése legtöbbször észleltetik. A tompa kopogtatási hang és légzésihiány a feltevést látszólag meg is erősítette, azonban a mellkasi physikalís tünetek pontosabb egybevetése által az empyema felvétele teljesen el volt ejthető. Mondhatná talán valaki, hogy, ha nincs is nagyobb mennyiségű izzadmány a mellürben, lehetséges, hogy egy, előbb fennállott mellhártyalob után eltokoltan csekély mennyiségű izzadmány maradt vissza, mely most purulens jelleget öltve, a mellkasfalzat áttörésére készül. Ez leginkább megfelelne a talált tüneteknek, de jelenlétét a körelőzményi adatok teljesen kizárták. Felvethetjük a periostitisből eredő tályog kérdését is, mert ily, csontokkal közvetlenül határos lobos terület a vizsgálot annak puhatólására is késztetni, de itt ismét figyelembe veendő, hogy az első kórházi tartózkodás alkalmával a bordák egyike

sem küldt a csonthártyalobra jellemzetes heves fájdalmat, sőt a bordák duzzanata sem volt észlelhető; ezért a hullámzás beálltával nem is reflectálhattunk a bordák periostitisére. Álképletre ezúttal már semmi alapunk sem volt, s így nem maradt más hátra, minthogy a vizsgálat adta támpontok segítségével a kórismét a mellkas falzatában székelő lobra: *peripleuritisre* tegyük.

Igen ritkán kerülvén ilyenmő esetek észlelés alá, az eddigi adatok alapján tiszta kórképet ezen bántalomról még alig alkothatunk magunknak. Főtünetet képez mindenestre a figyelmet legfőkép lekötő, szokatlan helyen, különben a mellkasfal bármely részletén előforduló fájdalmas terimenagyobbodás, s továbbá, hogy a bordaközök csak körülírtan, a duzzanat területén vannak elsímülva, esetleg előre domborodva. A lobos folyamat a légzési működésre vagy semmi, vagy csak igen csekély befolyással bír. Felette értékesíthető tünet továbbá az, hogy a duzzadt terület szomszédságában rendes léghangot, s normalis hallgatódzási viszonyokat találunk (BARTELS), a mi a legtöbb esetben kizárhatóvá teszi a kifelé törő empyema felvételét.

RIEGEL feljegyzésre méltónak tartja a peripleuralis tályogok azon tulajdonságát, hogy befelé törni nem igen szoktak, s valóban az eddig észlelt esetek közül, mint fentebb láttuk, csupán egynél volt befelé törés constatálható. Esetünk RIEGEL tapasztalatát szintén igazolja.

Peripleuritis másodlagosan a mellkasfal csontos részeit illető kóros folyamatok, pl. bordatörés, bordaszú következtében könnyen kifejlődhetik; előjöhet továbbá mellüregbeli bántalmak mellett is, így p. tüdőlob, mely átterjed a pleurára, a pleurával szomszédos kötszövet lobos beszűrődését létrehozhatja (WUNDERLICH); úgyszintén genyes mellhártyalob is lehet oka peripleuritis fejlődésének a fali mellhártya áttörése esetén. De midőn a lob minden kétséget kizárólag elsődlegesen fejlődött, a legritkább eseteknek egyike.

Azon helyzetben vagyunk, hogy jelen esetben határozottan kizárhatunk minden oly bántalmat, mely a spontan fejlődés ellen szóllana. A szülőknél tett gyakori kérdezőkódések alapján mondhatjuk, hogy a betegség kezdete előtt

a fiú más bántalomban, mint váltólázban nem szenvedett. A tüdőt és mellhártyát illetőleg semmi oly physicalis eltérés nem volt észlelhető, melyet kórok gyanánt tekinthetnénk esetünkben, sőt ellenkezőleg e szervek másodlagosan lettek a peripleuritis által afficiálva. Mert, ha visszatekintünk a kórlefolyás adataira, látjuk, hogy a tüdő és mellhártya kezdetben a rendes viszonyokat mutatta, s hogy a tályog megnyitása óta három hét telt el, midőn a tüdő és mellhártya lobosodása fellépett. Hogy e lobokat a tályog idézte elő, úgy hiszem, teljes joggal felvehetjük, annyival is inkább, mert a tüdő lobja először a tüdőfél azon lebenyében fejlődött ki, mely a tályoggal határos volt. Nem volt továbbá a lobos góczczal határos bordákon sem kóros változás kimutatható, s így a borda-caries hasonlóképp nem vehető fel esetünkben aetiologikus mozzanat gyanánt. A duzzanat helyét tekintve, perihepatitisre gondolhattunk, mely, a szomszéd szövetekre átterjedve, összenövéseket, genyedés fellépése folytán tályogképződést, s ennek kifelé törését eredményezi. E felvétel helyessége nem lehetetlen, sőt ha a dolog mostani megítélésénél a művi beavatkozás után találtakra épen nem reflectálunk, valóban gondolhatunk arra, hogy a lobosodást a mellkasfalban a máj burkán először jelentkezett lob tovaterjedés által idézhette elő. De, ha tekintetbe vesszük a műtét alatt találtakat, s hogy a fiú a duzzanat jelentkezése előtt májtáji fájdalmakat sohasem érzett, bizonyára nem lehetünk hajlandók esetünket ily módon értelmezni.

A kezelést illetőleg tályogképződés esetén, könnyen beláthatólag, első teendő a bennék kibocsátása, amit annál is inkább kell idejekorán tenni, mivel a geny a mellkasfal csontos részének roncsolását okozhatja (WUNDERLICH egyik esete; BARTELS 1-ső és 3-ik esete). Sajátságos azonban az, hogy esetünkben, az idején eszközölt tályognyitásnak daczára, mi mellett még az üreg erélyesen ki is kapartatott, a gyógyulásnak semmi jelét sem láttuk; sőt az ismételt kaparásoknak, s a könnyebb hozzáférhetés czéljából eszközölt sebnyílás-tágításoknak sem volt semmi látható eredménye. Igaz, hogy a teljes hozzáférhetést a tályogürhöz az üreg felett elvonuló 2 borda által képezett híd nagy fok-

ban akadályozta, s mégis eleinte nem voltunk hajlandók az üreg teljes kikaparásán kívül más művi beavatkozást elővenni. Látva azonban, hogy célzt, minden igyekezetünknek daczára nem érünk, végre is a bordák csonkolására kellett magunkat elhatározni, hogy a tályogür, teljesen szabaddá téve nyilt sebként kezeltezhessék. Az eredmény mint láttuk, kedvező volt, s tekintve a gyógyulás rohamos előrehaladását a csonkolás után, mondhatjuk, hogy e műtét véghezvitele szembetűnőleg jó hatással birt. Nem akarom ezzel azt állítani, hogy más esetekben is csakis bordacsonkolás által érhető el kedvező eredmény, sőt ellenkezőleg valószínűnek tartom, hogy egyes esetekben a tályog egyszerű felhasítása, s a geny által roncsolt szövetszafatok eltávolítása, is teljesen célhoz vezethet (BILLROTH 2-ik, BARTELS 2-ik esete és LESSER esetei); de, hogy a jelen esetben a felgyógyulást kizárólag a bordacsonkolás idézte elő, ezt elvitázhatlan ténynek kell tartanunk.



Veleszületett szívbántalom egy esete.¹⁾

Közlötte: SZEGŐ KÁLMÁN dr., kórházi segédorvos. (1889.)

B. Irén, 22 hónapos leánygyermek, felvételét kórházunkba 1888. augusztus 19-dikén a következő kórelőzmény-nyel:

A gyermek atyja egészséges, anyja gracilis termetű, de szintén egészséges, terhessége zavartalan lefolyású volt. Szülése alkalmával a hosszú (2 napig tartó) erőtleu vajudás miatt fogót kellett alkalmazni. A gyermek születése alkalmával sötétkék, tetszhalott volt és csak hosszas élesztések után tért magához. Az újszülött jól fejlett, erőteljes volt, csak kevéssel kisebb és könnyebb mint a felvétel alkalmával, közel 2 év után. Az anya gyengesége miatt a házi-orvos dajkával való táplálást javasolt. Rövid idő alatt hatalmas kísérletet. Ezek közül némelyik emléjét a gyermek állítólag nem akarta elfogadni, másét ugyan elfogadta, de nem gyarapodott a kívánatos arányokban. A szülők megúnván a dajkahajszát, az utolsót, ki elég jónak látszott, megtartották. A dajka 12 hónapig szoptatta a gyermeket, azonban daczára, hogy a gyermek rendesen szopott, daczára, hogy emésztési zavarokban nem szenvedett, nem akart gyarapodni. A törzs folyton erőtlen, gyenge maradt, úgy hogy fejét csak a 13-dik hónapban volt képes kissé emelni. Ülni, állni, jární sohasem tudott. A szellemi functiók fejlődésében is visszamaradottnak látszott. Enyelgésre kevésbé reagált; folyton nyugodtan feküdt bölcsojében és csak ritkán sirt.

¹⁾ Lásd 2-dik tábla.

Az első évben több ízben szenvedett köhögésben, melyek természetéről közelebbi nem tudható. Cyanosis sohasem, még erősebb emóciónál sem észleltetett.

12 hónapos korában daczára, hogy fogak még nem jelentkeztek, el lön választva és megfelelő czélszerű mester-séges táplálkozásra szorítva; egyszersmind nyári tartózkodásul egy Budapesthez közel eső falvat kerestek fel. A kívánt eredményt azonban a levegőváltoztatás, az új táplálkozás sem hozta meg. Az állapot egyforma maradt. Semmi haladás sem fogzásban, sem a köztápláltságban, sem az izomerőben.

Igy folyt le a második év is. A második nyarat ismét falun tölté. És ekkor a gyermeknél emésztési zavarok kezdtek jelentkezni, folytonos nyugtalanság, folytonos elgyengülés volt észlelhető. A szülők végre testileg, lelkiileg kifáradva, hozzánk folyamodtak, hogy a gyermeket észlelés és gyógykezelés céljából kórházunkba felvegyük. Kérésüknek engedve, fent jelzett napon a következő jelenállapottal vet-tük fel intézetünkbe a kis beteget.

Beteg rosszul fejlett és lesóványodott. Testsúlya 7050 gm., köztakarója halavány, kissé fakóba játszó. Tápláltság csekély; a czombokról a bőr fonyadt redőkben lóg alá. Fejkörfogat $43\frac{1}{2}$ cm. Nagy kutacs tallérnyi, kissé besüppedt. Homlok kicsiny, hátrafelé nyomott. Szemmozgások elég élénkek; pupillaris reactió rendes. Orrhát besüppedt. Alsó állkapocs kissé szögletes csúcsú, testével mérsékeltlen befordult; fogak nincsenek, gingiva halvány, fogzási irritationak semmi nyoma. Arcz kifejzéstelen *bárgyú*, enyelgésre, dédelgetésre kevésbé reagál. Nyak hosszas, vékony. Mellkaskörfogat a bimbókon át 40 cm., dombordad.

Szívesücslökés az 5. borda felett, kissé a bimbóvonal-tól befelé, a sternum középvonalától 7 centiméterre tapint-ható. Az absolut és relativ tompulat a rendes viszonyokat tünteti fel. Az absolut tompulat belső (jobb) határa a bordák tapadása előtt fél centiméternyire, felső határa a 3-dik bordaközben, külső (bal) határa a csúcstól jobbra húzódik le a bimbóig. A relativ tompulat felső határa a 3-dik bor-dán kezdődik; külső (bal) határa a bimbón húzódik alá, a jobb nehezen eruálható.

Hallgatódzásra a 3-dik bordán és a 3-dik bordaközben bal oldalt, közel a szegycsonthoz tapadásnál egy a systolével összeeső tompa fűvő zörej hallható, mely csekély fokban a pulmonalis, aorta és bicuspidalis első hangja mellett is hallható, de azok tiszta volta jól kivehető. Az aorta hangjai kissé gyengébbek.

A tüdő viszonyai rendesek. A máj alsó karélya a jobb bordaív alatt jól kitapintható.

Végtagok hűvösek. Ujjvégek rendesek. Beteg ülni, állni, járni nem képes. Siráskor gyakran spastikus belégzés (laryngospasmus) hallható. Étvágy jó. Székletének emésztetlenek, bűzösek. Rendeltetik bismuthum salicyl. rázó keverékben 0,5 gm. pro die, étrendül makkavé, húsleves, becsináltlé.

Betegnél további kórházi tartózkodásában a következő 10 nap alatt a hasmenés változó intenzitással fennállott; időnként esteli lázak jelentkeztek és a beteg súlyából 300 gm.-t veszített. A szív tünetei csak annyiban változtak, hogy a fent jelzett helyen constatatált fűvőzörej olykor kiterjedtebben volt hallható a szív felett, de a punctum maximum mindig a 3-dik borda tapadása körül volt; olykor erősebb sirásnál az ajkak kissé kékes színezetet nyertek. Különben a beteg igen nyugodtan viselte magát, ritkán sírt, folytonos gurgitáló hangot hallatva, kifejezéstelen bányu arczczal, kezével játszva feküdt.

10 nap mulva a jobb infrascapularis árok felett gyöngé tompultság volt constatatálható auscultatorius tünetek nélkül. Utóbbiak nem soká engedtek magukra várni, már néhány nap mulva sirás alatt erősbült bronchophonia tapasztaltott; zörejek csak gyéren voltak hallhatók.

Maga a körülírt — csak a fenti tájra — szorítókozó tompulat intenzitásában mindinkább növekedett. Egyszer mind 38—39° C. körüli esti lázak jelentkeztek. A pneumonia catarrhalis tünetei a folyamat lassú, de határozott progressiójával napról-napra kifejezettebbekké lőnek. A folyamat a felső lebény hátsó felületéről a mellsőre, majd a középső és hátsó lebény felső részleteire terjedt. A légzés arányban a beszűrődéssel szaporább és felületesebb lett, de erősebb

cyanosis még ekkor sem mutatkozott. Csak a bőrszín erős fakó színe volt feltűnő. A lázak állandóvá váltak és esténként 39—40°, reggelenként 38—39° körül ingadoztak. A hasmenés is újból előállott és a széketétek előbbi kinézésüket visszanyerték. Az utolsó nap mind e tünethez még mérsékelt dyspnoe és rekedtség csatlakozott. Szeptember 18-dikán, felvétele után 30 nappal, asphyxia tünetei között bekövetkezett a halál.

A PREISZ tr. kórházi boncznok úr által megejtett bonczolás jegyzőkönyvét érdekességénél fogva szószerint ide iktatom.

A hulla, korához képest gyöngén fejlett, rosszul táplált, halvány, hátán kevés szederjes hullafolttal borított; hajzata sötét-szőke, a láták egyenlők; az alsó végtagok kis fokban vizenyősek. (A fej nem bonczoltatott.) A garat, gége és légcső nyákhártyája erősen belövelt; a gégefedő alsó felülete, a valódi és ál-hangszálak vékony kártyapapirnyi, könnyen levonható rostonya-álhártyával fedettek, s mindkét *Morgagni*-féle öböl rostonyával kitöltött.

Mindkétoldali mellhártya mindkét lemeze vastag kártyapapirnyi, erősebben odatapadó rostonyás álhártyákkal fedett, melyek alatt a bal zsigeri mellhártya már edénydús valódi hárttyákkal borított. A jobb tüdő hátsó felében, a bal hátsó harmadában légtelen, tömött, középvértartalmú, mellső részükben középlégtartalmúak, több finoman habzó savóval beszűrődtek; a jobb tüdő felső lebenyének hátsó része a metszlapon szürkés-vörös, finoman szemcsés, kölesnyi halvány szürkés-fehér göczot mutató; ugyanezen tüdő-részlet höргеiből nyomásra geny ürül. A máj vérdús, sötétbarna-vörös. A lép kevéssel nagyobb, vérdúsabb, valamivel tömöttebb. A gyomor nyákhártyája vérszegény, úgyszintén az összes vékonybeleké; a vastagbelek nyákhártyája duzzadt, vérdúsabb, barna-vörös, túszerűségi egész mákszemnyi, korpapikkelyszerű szemcsékkal behintett, könnyen levakarható.

A szívburokban néhány gramm tiszta savó. A szív összehúzódott, jobb felében *telemesen megnagyobbodott*, üreiben sok tömött rostonya és kevés véralvadék. A jobb gyomroc 65 mm. hosszú, 40 mm. széles, a bal 52 mm. hosszú,

12 mm. széles. A jobbnak falzata 4—5, a balé 6—7 mm. vastag. A jobb pitvar edényei rendesek: a balpitvarba ömlik két jobb és egy bal tüdővisszér, mely utóbbi igen tág, 10 mm. átmérőjű. Az üteres törzsek kellő helyről indulnak, a tüdőútér azonban jóval tágabb a függéknél; az előbbinek kerülete a félholdképű billentyűk magasságában 40, utóbbié 34 mm. A függér ívéből 5 edény indul: 2 subclavia, 2 carotis és a bal vertebralis. A BOTALL-féle vezeték kívülről hollótollszárnyi. A pitvarfülcsek rendes helyen lévőek. *A tulajdonképeni foramen ovale 7 mm. magas és 2 mm. széles ablakot képez, ezen kívül azonban a pitvarsövény több (4), az előbbinél nagyobb ablakot mutat, melyek egymástól és a foramen ovaletől vékonyabb, vagy vastagabb izomgerendák által elválasztvák, úgy hogy a 2 pitvar egymással az egész pitvarsövénynek több mint felét kitevő nyíláson közlekedik.*

A gyomorsövény mellső részében az aorta szájadéka alatt van egy 11 mm. magas és 13 mm. széles, a két gyomrocsony között egymással összekötő hiány, melynek határa alól a hiányos sövények félkörös felső szélé által, felül és mellül a függér hátsó és jobb félholdképű billentyűjének jobb fele által képeztetik; a hiány hátsó-felső szélé a pitvarsövény húsos keretének alsó-mellső része által képeztetik, mely szabad síma felülettel tekint a sövényhiány felé és mely jobbfelé a tricuspidalis medialis vitorlájának mellső, balfelé a bicuspidalis medialis (aortikus) vitorlájának hátsó részében megy át. Következik ebből, hogy a sövényhiány nagyobb, mint az aorta szájadéka és hogy utóbbi a sövényhiány mellső fele felett és kissé balra eltolatva foglal helyet. A kéthegyű billentyű, valamint a háromhegyűnek belső és hátsó (külső) vitorlája rendes alkatú; a tricuspidalis mellső vitorlája azonban nagy fokban megvastagodott; bal fele erősen megvastagodott és zsugorodott inárok által a hiányos gyomorsövény jobb széléhez odanőtt. A hiány hátsó és jobb szélén néhány finom, a medialis vitorlához tartozó ináron kívül van néhány alig 1 mm. széles finoman hártvás lécz. Hártvás gyomorsövény teljesen hiányzik. A szív belhártvája csak a hiányos jobb gyomrocsonyi felületen, a megvastagodott inárok körül van vastagodva.

A nagy edények billentyűinek száma és minősége normalis. A BOTALL-féle vezeték sörte számára átjárható; szájadéka az aortában félborsónyi kidomborodó öböl által van körülvéve.

Diagnosis. *Defectus major partis anterioris [dimidii posterioris partis anterioris (ROKITANSKY)] septi ventriculorum cordis; insufficientia valvulae tricuspidalis ex endocarditide veli anterioris ejusdem. Hypertrophia excentrica majoris gradus ventriculi dextri cordis; foramen ovale paullo apertum et septum atriorum fenestratum. Ductus Botalli persistens angustus. Pleuropneumonia bilateralis. Laryngitis crouposa. Dysenteria acuta intestini crassi. Hydrops anasarca levior extremitatum inferiorum.*¹⁾

E bonczlelet érdekes bonyodalmát mutatja a szívfejlődési és az ennek kapcsán fellépett szívbelhártyalobból keletkezett zavaroknak.

Egy, a fejlődésben visszamaradt gyermekről van szó, ki hereditarice nincs terhelve, ki daczára, hogy születésekor jól fejlett volt, daczára a czélszerű és megfelelő tápláléknak, a nélkül, hogy komolyabb, gyengítő betegségben szenvedett volna, daczára, hogy az intelligens szülők a gyermek továbbfejlődése érdekében mindent megtettek, fejlődésében elmarad, úgy hogy felvétele alkalmával úgy testileg mint szellemileg egy 6—8 hónapos gyermeknek felel meg. Kétségtelen, hogy ezen fejlődési visszamaradásnak oka a rendetlen és elégtelen szívkeringési viszonyokban rejlik.

A születéskor előállott mély asphyxiára két concurráló ok szerepel: a lassú lefolyású szülés, illetve a fogó alkalmazása és a szívbántalom. Hogy melyik volt a kettő közül a főok, meghatározni nehéz, valószínűleg mindkettő.

A szív fejlődési rendellenességéhez a főmozzanat a gyomrocsi mellső válaszfal hátsórészének ki nem fejlődése, mi által defectus, közlekedő nyílás származott a két gyomroc között. A rendellenesség azon ritkább esetek közül való, melyben a válaszfalhiány daczára a nagy edények rendes helyükön vannak.

¹⁾ A szív kőboncezi készítménye PReisz tr. által bemutatottott a budapesti kir. orvosegyesület 1888. november 17-dikén tartott ülésén.

Ha most vizsgáljuk a vérkeringés irányát e rendellenes szívben, úgy kétségtelen, hogy születés után a gyomrocsi válaszfalhiányon át a balszív vérenek egy része a jobb gyomrocsba jutott; így a bal szívnyomás átruháztatván a jobbra, az a fokozott nyomásnak engedve, kitágult. A szív méreteinek abszolút értéke megfelel ugyan egy kétéves gyermeknek, de nem egy olyan individuumnak, mely fejlettség tekintetében 7—8 hónapos gyermeket közelít meg. És a relatív értékekből a jobb fél előnyére igen sok esik.

Ezen szívgyomrocsi válaszfal rendellenessége *mellé* sorakoznak a pitvar válaszfalában lévő hiányok és a foramen ovale nyitva maradása, zavar a definitív septum kiképzésében, de nem consecutiv okok folytán, hanem ugyanazon turbáló ok által feltételezve, mint az előbbi rendellenesség.

Az intrauterinalis életben a vérkeringési zavarok könnyen kiegyenülhettek a ductus Botalli és a pitvarhiányokon át s így a magzat fejlődése jól haladhatott.

Az insufficiencia tricuspidalis, illetve a szívbelhártyalob minden esetre későbbi keletű, mint a fenti fejlődési zavarok, s az endocarditisre annyira hajlamos hiányos szívben jó talajra talált és a gyomrocsi defectushoz szomszédos billentyűt és környékét illeté.

Az insufficiencia tricuspidalis úgy befolyásolta a vérkeringést, hogy a túltelt jobb gyomrocsból a vér egy részét visszaengedte a jobb pitvarba, mely ismét a pitvari válaszfalhiányokon át a bal pitvarba jutott. Így a vér egy része tisztán a szívben magában keringett. A túltelt jobb szív ily kiegyenlítődést nyervén, nélkülöztük a tünetek közt a vértorlóási tünetek jeleit, a venosus pulsatiót, a venosus hyperaemiát, a cyanosist, még oly vérkeringési zavar alatt is, minőt a terjedelmes tüdőbeszűrődés szolgáltatott.

Az élőben észlelt gyér tünet ezen bonyodalmas szívviszonyokat még csak sejtetni sem engedé. ¹⁾ Az auscultatio alatt csak a fent meghatározott fúvó zörejt hallottuk, mely valószínűleg az insufficiens jobb visszeres szájadékon át történt vér-regurgitatio által idéztetett elő.

¹⁾ A kórházi észlelés alatt a foramen ovale nyitva maradása kórisméztetett.

Az arteria pulmonalis szájadékának szűkülete.¹⁾

Közlötte: VAMOS (WEISZBARTH) GYULA dr., volt kórházi segédorvos (1889.)

Az arteria pulmonalis szájadékának szűkülete úgy felnöttek, mint gyermekeknél a ritkább szívbetegedések közé sorolandó. Ez utóbbiaknál aránylag mégis többször találkozunk vele, mert sokszor világrahozott fejlődési hiba, mely egyéb szívfejlődési rendellenességek mellett van jelen, midőn is az illetők gyorsan tönkremennek, vagy pedig endocarditis következménye, mely a jobb szívet majdnem kizárólag csak a magzatkori életben szokta megtámadni, míg serdült korban a bal szív endocardiumán üti fel inkább fészket. Esetünkben a pulmonalis szűkület, mely már az élőben diagnosztisáltatott, caseosus tüdőlob társaságában volt jelen.

H. Hermin 6¹/₂ éves leányka 1888. márczius 5-dikén vétetett fel kórházunkba. Anyja állítása szerint behozatalát megelőző 5 hóig teljesen egészséges volt, csak ezóta köhécse, gyakran lázas, időnként véres köpetet ürít, s nagy mértékben soványzik. Egy izben kanyarója volt, melyből néhány nap múlva felépült. Szívujára vonatkozólag — miről az elég értelmesnek látszó anya eddig mitsem tudott — *semmi felvilágosítást* sem képes adni; mint mondja, a gyermek születése után teljes jóllétnek örvendett, asphyxia vagy cyanosis nem volt jelen, rendesen fejlődött, még csak szívdobogást sem vett soha a leánykán észre. A betegvizsgálat felvételkor a következőket derítette ki:

¹⁾ A kórbonezsi készítményt HUTYRA tr. kórházi bonezsnok mutatta be a budapesti kir. orvosegyesület 1888. április 28-dikán tartott ülésén.

A mérsékelten fejlett, lesóványodott leányka bőrszíne halvány, ajkai sápadtak, a cyanosis alig észrevehető árnyalatával az arczon. A nyaki visszerek kissé duzzadtak, a fossa jugularisban pulsatio nem érezhető. A mellkas elég jól fejlett, domborodad, *a bal fél a szívtájron szembeötlőleg előbbre boltosult.* Légzésnél, mely percenként 34, a jobb mellkasfél felső részlete visszamarad. Kopogtatásnál jobboldalt kifejezett tompulat constatálható, mely úgy mellül mint hátul körülbelül a 6-dik bordáig követhető. Ezen intensiv tompulatot adó terület felett mellül és hátul éles hörghi légzés — itt ott csengő zörejek kíséretében — hallható. A tüdők egyéb részletei felett csak érdes légzést találtunk. *A tüdők auscultatióját különben kellemetlenül zavarja egy, különösen baloldalt, még hátul is mindenütt hallható, s a szívösszehúzódsokkal egyidejű surrogás.* A szívcsúcslövés az 5. és 6. borda közt, a bal bimbóvonalban elterülten tapintható. A szívtájra felillesztett kéz mindenütt, főkép magasabban, erős *frémissement cataire-t* érez, s ez *legkifejezettebb baloldalt a 3. borda szegycsonti tájékán, hol szinte az ujjhegyet csiklandoztató erősséggel bír.* A szívkontatás különösen fel- és jobbfelé megnagyobbodott szívtompulatot derített fel, a mennyiben a relativ szívtompulat hosszirányban a 2. borda alsó, az absolut a 4. felső szélénél vette kezdetét; a relativ szívtompulat jobbfelé a jobboldali tüdőbeszűrődés miatt pontosabban nem volt meghatározható, míg az absolut tompulat harántul a szívcsúcslövés helyétől a jobb parasternalis vonalig ért. A szívcsúcs felett a systolikus hangot nehezen hallhatóvá tette egy erős fúvó zörej, míg a diastolikus hang egészen tisztának mutatkozott. Jobboldalt az 5. borda beszögelése helyén amaz említett zörej még erősebbé vált, úgy hogy az első hangot itt teljesen fedte, míg a második hang tiszta volt. A systoléval összeeső eme surrogás azonban punctum maximumát akkor érte el, midőn hallgató csövünk *a bal parasternal-vonalban a 2. és 3. borda közébe ért;* itt a fület sértő érdességüvé vált, s a pulmonalis első hangjaként tünt elő, melynek második hangját egy finom fúvó zörej kísérte. Az aorta hangjai tiszták, gyengék. A nyaki nagy edények felett hasonlókép lehetett hallani — bár gyengén — amaz

idevezetett zörejt. Pulsus a két radialison synchronikus, gyengén tapintható, perczenként 80. A has mérsékelten előreboltosult, nem fájdalmas. A scrobiculum cordisban lüktetés látható és érezhető. A máj jobb lebenye a bordaív alá ér, szélei legömbölyítettek. Lép nem nagyobbodott. Hasvízkór nincs jelen. A végtagok nem puffadtak; a kezujjak végeiken *dobverőszerűen* duzzadtak. Vizelet concentrált, fehérynét *csak nyomokban* tartalmaz.

Ezek voltak a constatálható tünetek a felvételkor. Kétségen kívül szív- és tüdőbajjal álltunk szemben; a vizelet kevés fehérynéje pangási tünetként volt felfogható, a nélkül, hogy külön vesebajt is kellett volna felvennünk, mit különben a górcsői vizsgálat vesealkatrészek hiánya folytán ki is zárt.

Elemezve a physicalis vizsgálat eredményeit: a tüdőben az említett tünetek kétséget kizárólag egy, meglehetősen előrehaladt *sajtos beszűrődésre* engednek következtetni, mely később intenzitásában épűgy, mint kiterjedésében növekedve, nemcsak a jobb tüdő alsó lebenyét, hanem a betegség későbbi szakában a bal tüdőt is bevonta pathologikus elváltozásai körébe. A szívbjait illetőleg, a pathognomikus jelek meglehetősen élésséggel domborodván ki, a diagnosis nem is járt nehézséggel; úgy hogy azonnal a jobb szív felé terelték vizsgálódásainkat, s okoskodásunkat. Ilyen két szembeszökő kórtünet volt a pulmonalis feletti surrogás systolekor és a jobb szívrészlet megnagyobbodása. A bal szív normalis viszonyokat mutat, hangjai tiszták; a szívesűcs helyén hallható ugyan egy, a systolikus hangot kísérő fűvő zörejt, de ez ismételt kutatás után is csak mint odavezetett s nem mint a kéthegyű billentyűn keletkezett volt felfogható. Az aorta hangjai szintén kellően ékeltek, tiszták: s így a jobb gyomrocshypertrophiájának oka a bal szívben semmi esetre sem, hanem egyebütt volt keresendő, így a tüdő emphysemájában, a pulmonalis elégtelenségében vagy ennek szűkületében. Tüdőlégdag ki volt zárható, s így csak a pulmonalis kóros állapota magyarázhatta a leletet. Az erős systolikus surrogás, tekintve a jobb gyomrocshypertrophiát, nem érdesség, hanem kétségekivűl szűkület tünete; ezt —

számbavéve a tüdők állapotát — esetleg egy tuberculotikus, túltengett nyirkmirigy oldalnyomása is előidézhetné a billentyűk teljes épsége mellett. Ellene látszik szólani azonban e feltevésnek a pulmonalis első hangjának teljes hiánya és a diastolikus finom fúvó zörej e helyen, mely mégis csak billentyű-bántalomra utal. Ezek után a jobb gyomrocs következményes, hypertrophikus tágulását legnagyobb valószínűséggel a jobb ostium arteriosum szűküléséből származtathattuk. S így a tüdőbaj is okiviszonyba volt hozható a szívbajjal, mert LEYDEN szerint a sajtos tüdőlob az art. pulmonalis szűkületénél a tüdők nem elégséges táplálásából volna levezetendő.

A diagnosis ilyenén való felállításánál egy újabb kérdés tolt elénk: vajjon *mily eredetű* a tüdőútér szűkülete? *veleszületett-e*, mely vagy *fejlődési anomaliák* következménye, legtöbbször a septum ventriculorum defectusa és az arteriosus ébrényi utak nyitvamaradása által kísérve; vagy *ébrényi endocarditis* eredménye esetleg ismét a ductus art. Botalli, s foramen ovale persistentiájával; vagy pedig egy, *a méhen kívüli életben szerzett* szívbeltároló volt a pulmonalis szűkületének előidézője? Műután a veleszületett, complicált fejlődési rendellenességet a szívbéli negatív tünetek és a gyermek kora kizárták, az utolsóra nézve pedig semmi anamnestikus momentum nem állott rendelkezésünkre, hajlandók voltunk az *ébrényi endocarditikus eredet* felé hajolni, jóllehet biztosabbat csak az esetleges sectiótól várhattunk.

Az élőben tett diagnosisunk tehát így szólt: *Stenosis ostii arteriae pulmonalis, verosimiliter congenita, cum pneumonia caseosa pulmonis dextri.*

A lefolyást röviden a következő jelzések mutatják:

Márczius 15-dikén. A jobb-tüdőbeszűródés tünetei mindinkább kifejezettebbek, a folyamat rohamosan terjed. Esténként magasabb hőemelkedések (39.6°—40° C.) reggeli remisziókkal. Soványszik, sokat köhög. Szívbéli tünetek egyformák; *olykor erősebb cyanosis az arczon, ajkakon, különösen a végtagokon; a körmök folyton kékesek.* Therapia: Tannas chinini pulv. Doweri-vel.

Márczius 20-dikén. Beszűródés a jobb alsó lebenyben

is kimutatható, sőt a bal tüdő felső lebenye felett is észlelhető már tompulat. Mérsékelt folytonos cyanosis.

Márczius 30-dikán. Szívbjaj tünetei nem változnak, csak a pulmonalis feletti zörej erősült. Fokozódó cyanosis. Láz mindig magas. Nagyfokú gyöngeség s lesóványodás.

Ezután a gyermek a tüdőbeli elváltozások rohamos súlyosbodása mellett erőiben folyton hanyatlott, s végre április 26-dikán elhalt. Legnagyobb kíváncsisággal néztünk a bonczolás elé, melyet HUTYRA tr. kórházi boncznok úr végzett. A sectio röviden a következőket mutatta:

Mindkét tüdő, de főkép a jobb felsőharmada előrehaladt tuberculosis képét nyújtja, elszórtan cavernákkal; e mellett a többi tüdőrészekben is voltak gümők. A hörgmirigyek mogyorónyiak, sajtos vagy vakolatszerű gócczal közepükben. A szívburokban körülbelül 200 grammnyi tiszta, sárga savó. *A szív haránt irányban tetemesen megnagyobbodott; a jobb pitvar és fülcsé erősen tágult. A jobb gyomrocscs alsó végével egészen a szívcsúcsig ér le és azt a balgyomrocscsal együttesen képezi; az előbbi legnagyobb vízszintes kerülete 11 centiméter, az utóbbié 9 cm. A jobb gyomrocscs üre kevésbé tágult, a baloldalié rendes; az előbbi fala 13 milliméter, az utóbbié 8 mm. Az izomzat halvány, barna-vörös, eléggé tömött, a jobb gyomor falában itt-ott fakósárga csikokat mutat metszlapján. A jobb szívben sok, a baloldaliban középmenyiségű, lazán alvadt és folyékony, sötét-vörös vér. A háromcsúcsú billentyű pulmonalis vitorlája pitvari felületén, egy milliméternyire a szabad szél felett és vele párirányos elrendezésben több, egész kölesnyi finoman dűdorzatos felületű, szélesebb alapon ülő, tömött szürke szemcsével borított. A tüdőútér törzse egész hosszában hengyszerűen kitágult, s aránylag sok laza véralvadékat tartalmaz; kerülete 2 cm.-nyire a szájadék felett 6 cm.; elsőrendű ágai szintén tágultak, s kerületük 2-4 cm. A conus arteriae pulmonalis tág. A tüdőútér félholdalakú billentyűi egymással vastag, merev gyűrűvé összenőttek, melynek nyílása alig kis lencsényi, s melynek széle köröskörül mákszemnyi, szürkés, áttetsző, tömött szemcsékkel borított. A gyűrű 3 részarányos ponton a tüdőútér falával összefügg és ezek közt három tasak a három félholdalakú billentyűt jelzi. A tüdőútér fala vékony,*

belső felülete mindenütt sima. A ductus art. Botalli teljesen obliterált; a foramen ovale zárt, csak a fossa ovalis közepén látható egy vékony kutató számára átjárható, sima szélű, kerek nyílás. A gyomrocrossvény ép. Máj vérdús, metszlapján sárgás-barna alapon jól kifejezett reczézett mutat. Lép felével nagyobb, tömött, barna-vörös. Vesék tömöttek, merevek; kéregállomány halvány, szürkés-barna, egynemű fénylő, velőállomány szederjes-vörös. *Diagnosis: stenosis summa ostii arteriosi dextri ex endocarditide valvularum semilunarium art. pulmonalis, subsequente hypertrophia excentrica majoris gradus ventriculi cordis dextri. Dilatatio totius arteriae pulmonalis et ramorum majorum eisdem cylindriciformis. Hepar moschatum. Induratio cyanotica lienis et degeneratio amyloidea renum. Tuberculosis chronica cum cavernis pulmonis utriusque.*

Eddig a bonczjegyzőkönyv, mely az élőben felállított diagnosisunkat teljesen igazolta. Tehát a jobb üteres szájda szűkülete okvetetlenül legalább kis fokú insufficientiával, endocarditikus eredettel, melynek nyomai még a jobb viszszeres szájadékon is fellelhetők, minden septum hiány nélkül, a foramen ovale záródása, s a ductus arteriosus Botalli teljes obliterációjával alkották a szív kőbonczi leletét. S így nem fejlődési rendellenességgel, hanem szerzett, endocarditis okozta szívbajjal volt dolgunk. Kérdés már most, hogy vajjon a foetalis vagy csak a méhen kívüli életben aquiráltatott-e a szívbelhártyalob? RAUCHFUSS, ki a congenital szívbajokat kimerítően tárgyalja GERHARDT gyűjtő munkájában (IV. Band, I. Abth.), bő betekintést enged a veleszületett és szerzett pulmonalis szűkületek elkülönítő, bonczi diagnosisába, jóllehet többszörösen hangoztatja a nehézségeket az egyes esetek biztos megítélésében.

A congenital tüdőútér-szűkületekre jellegzetes a foramen ovale és ductus art. Botalli persistentiája. De ha még ott is, hol a születés utáni tünetek, s későbbi lefolyás veleszületett szívbajt tüntettek elő, — melyet a bonczolat nem endocarditikus pulmonalis stenosis gyanánt derített fel — megtörténhetik az említett utak teljes záródása (ilyen volt VALENTA észlelete egy 11 éves gyermeknél,¹⁾ úgy annál

¹⁾ Oesterreichisches Jahrbuch für Pädiatrik. Jahrg. 1872. II. B. S. 158.

inkább lehetséges ez azon endocarditisből származott szűkületnél, melynél a szivbelhártyalob az ébrényi életben kezdődött, lévén az általa előidézett stenosis születéskor esetleg még oly csekély, hogy épenséggel nem képezett akadályt az ébrényi arteriosus utak elzáródhatására. Így aztán ily eseteknél a megszokott cyanosis és egyéb a kórfolyamatra utaló jelek is hiányozhatnak, mert az endocarditisnek csak lassan haladó, talán recurráló folyamata vezetett a későbbi, nagyfokú, az életre vészthozó szűkülethez, RAUCHFUSS szerint endocarditikus eredetű pulmonalis szűkület foetalis eredete mellett szólnak még a tüdőüter-billen-tyük anomaliái, ha ezek mindjárt a valvulae semilunareseknek összetapadása által is keletkeztek, jöllehet ezek — mint mondja — előrehaladt, születés utáni lobosodás következményei is lehetnek. „Adott esetben a tüdőüter törzsének minősége a szűkület congenital eredetének megítélésénél bizonyos fontossággal bírhat: a törzs erősebb szűkülete a congenital eredet mellett szól, tágasága vagy tágultsága azonban nem szól ellene; a falzat visszérszerű vékonysága gyakoribb congenital szűkületnél.“ — „Általában — írja tovább — mindezen esetek megítélésénél úgy az élőben, mint a hullán reflectálnunk kell azon körülményre, hogy az endocarditis rendszerint a foetalis élet több hónapján, s a későbbi élet több éven át húzódhatik, s azon változások, melyeket a hullában találunk, nem egyszeri folyamatnak a következményei, hanem az endocardiumnak haladó vagy recurráló megbetegedése által idéztettek elő. Egy csekély fokú foetalis szűkület a későbbi korban nagyfokú szűkületté változhatik át. Hogyha a foetalis stenosis kiscsökű volt, a pitvarseptum és arteriosus utak záródhattak, s biztos anamnesis nélkül a recurráló és progressiv endocarditis folytán évek után kifejlődött nagyfokú stenosisst könnyen a későbbi években keletkezett stenosisnak vehetni.“ Ezeket esetünkre alkalmazva, pro és contra bizonyíthatnánk úgy a foetalis, mint a későbbi eredet mellett. De ha tekintetbe vesszük 1. hogy a gyermek születése óta az utolsó 3 hónapig súlyos, s általában olyan betegségben nem szenvedett, mi egy hevenyen fellépő endocarditis iránt gyanút

kelthetett volna; 2. hogy az endocarditis, — melynek még csak nyoma sem volt a bal gyomrocshallartáján — kizárólag a jobb endocardiumon, emez az ébrényi kor endocarditisének kedvező fellépési helyén találtatott; 3. ha meggondoljuk, hogy mily hosszú idő kellett ahhoz, míg a növedékekkel megrakott, kérges billentyűk ily szűkítő alakja egyrészt, másrészt a jobb gyomrocshall erős hypertrophiája állott elő: miszerint arányítva a balhoz, azt úgy falának vastagsága, mint kerületének nagysága által felülmúlja, sőt hogy a csúcsot is legnagyobb részt ő alkotta és ez által az ébrényi szív constructiójának megfelelő képet tárjon elénk; s végre, ha látjuk 4. a pulmonalis falának visszérszerű vékonyságát is: *így legnagyobb valószínűséggel állíthatjuk, miszerint a szűkület ily fokát előidéző endocarditikus folyamat már a méhen belüli életben vette kezdetét, s az extrauterin életben tovább folytatódva érte el — talán nem kevéssel a halál bekövetkezése előtt — a bonczasztalon talált fokát.*

Hátra volna még a tágulat feltűnő fokának magyarázata, mely a különben teljesen épfalú tüdőütértörzset illette; mely daczára, hogy a szűkület nyíláson keresztül kevesebb vér juthatott a pulmonalisba, s így a túltengett jobb gyomrocshall nagyobbodott, nyomó erejét a tüdőütérre közvetlen nem gyakorolhatta, mégis kerületében 6 cm.-nyi terjedelmet ért el. HUTYRA tnr., ki a kórbonczai készítményt a budapesti kir. orvosegyesület ülésén bemutatta, ezt egyenesen a szűkület következményének tartja. Értelmezése a következő: az ütérés szájadék erősen szűkült lévén, a véráram, melyet a hypertrophikus jobb szív rajta áthajt, a nyíláson felül tágabb mederbe jut, minek következtében meglapul, s ezzel együtt a vérnyomás az art. pulmonalisban csekélyebb lesz. A vér tehát lassabban haladva tovább, nem fog az összes mennyiség a tüdőbe jutni, míg a következő systole bekövetkezik, hanem a következő systole alatt behajtott vérmennyiség az ott maradottal keveredni fog. A vér ily módon felhalmozódik a tüdőütérben, s ennek törzse tágulni fog a vérpangás folytán.

XIII.

Májtályogok hasi hagymáz után.

Közlötte: BÓKAI JÁNOS dr., igazgató főorvos (1881.)

Klein Juszti, 6 éves leányka, 1880. nov. 11-dikén vétetett fel a kórházba. Anyja állítása szerint a gyermek már néhány hét óta lázas, a hőmenet típusát azonban a kevésbé intelligens nő előadása nyomán megállapítani nem lehetett.

A gyermek, korához képest gyengén fejlett, satnya csont- és izomrendszerrel ellátott, lesóványodott. A bőrszín halavány, némileg fakós. Az arcz feltűnően sápadt, s az arczkifejezés szenvedő. A szem köthártyája halavány; sárgás színeződést nem mutat. A mellkasi szervekben, a csekély fokú hörghurutot leszámítva, rendellenesség nem észlelhető. A hasfalak feszültek, a has rugalmas tapintatú, kissé meteoristikus. A májtájék érintésekor a gyermek fájdalmakat nem küld. A májtompulat a rendestől eltérést nem mutat: a megszokott határokkal veszi kezdetét, s a bordaiven alól már dobos kopogtatási hang észlelhető. A lép megnagyobbodott: a 11-dik bordán kissé túlterjed. A vizelet idegen alkatrészeket (epefestényt, fehérnyét stb.) nem tartalmaz. Étvágy csökkent. A székürülések pépesek, kissé gyakoriak. A hőmérsék menete a mindennapos váltóláz alakját mutatja: a reggeli órákban ugyanis rendes hőfok észlelhető, a délutáni s esti órában ellenben jelentékenyebb hőemelkedések, melyeket rövid tartamú borzongás előz meg. A gyógyjavalatnak megfelelő, a chininum sulf, nyújtása fogauatba vétetett; az adagolás azonban eredmény nélkül maradt, mert az adagolást követő napon a lázroham újólag fellépett a megelőző rohamot felülmúló intenzitással. A chinin nyújtása folytatott, de a chinin-adag jelenté-

keny növelésének daczára, a délutáni lázas rohamok makacsul ismétlődtek. Az intermittáló lázrohamok elnyomhatlan volta, szemben a kislefokú lép-megnagyobbodással, senyves külemmel, s nagymérvű lesoványodással gyanút keltett bennünk mélyebb szervi elváltozások iránt, az ismételt beteg-vizsgálás azonban eredménytelen maradt.

A hőmérséki görbe, mely a naponta háromszor eszközölt mérés eredményeiből¹⁾ állítottott össze, a kórházi tartózkodás alatt mindvégig intermittáló alakkal bír, esti jelentékeny hőemelkedésekkel, s kivételt csakis deczember hó 18-dika képez, midőn a görbe, inkább remittáló szabványt mutat. A legmagasabb esti hőmérsék decz. 18-dikán észleltetett, midőn is a higanyoszlop 41.5° C-ra szállott fel. A reggeli hő 36.5 — 37.5 C. között ingadozott, s csak egyszer esett 36.0° C-ra alá, decz. 18-dikán pedig 38.5° C. volt. A legnagyobb különbség a reggeli és esti hőmérsékek között 4.2° , a legkisebb differentia pedig 1.6 . Az apyretikus stadium a kórházi tartózkodás első napjaiban déli tizenkét óráig tartott; decz. 2-dikán azonban már a déli mérés alkalmával is hőemelkedést észleltünk, későbbben pedig a délelőtti tíz órai látogatás alkalmával is lázasnak találtatott a gyermek. A láztalan időszak kezdete rendszerint az éjféli utáni első órákra esett. Decz. 12-dikén a gyermeknél 14 órán át eszközöltettek hőmérések 2—2 órai időközökben, s ezek eredményei a következők voltak:

reggeli	8	órákor	: 37.3°
déli	12	"	: 39.2°
déli	2	"	: 39.4°
délután	4	"	: 40.0°
"	6	"	: 40.4°
esti	8	"	: 40.5°
"	10	"	: 39.0°
éjjeli	12	"	: 38.6°
reggeli	2	"	: 37.8°

Decz. 18-dikán délután a has egyszerre teriméjében tetemesen megnagyobbodik, nagy mérvben puffadt és feszessé válik, s a hasfelület érintésére a gyermek fájdalmasan nyö-

¹⁾ A mérési eredmények végbél-hőmérsékletet jeleznek.

szörög. Ezen nap este a hőmérsék 41.5° C.-ra szállott fel, s éjjel a gyermek delirált. Az ezen napon eszközölt physikalikus vizsgálat a rekesz mérsékelt feltolatását constatálta. Decz. 24-dikén hányás jelentkezik, mely után a hányinger még órákon át tartott. A hányadék kis mennyiségű, nyákos-folyós, s a fehéreneműt zöldes sárgára festi. Déltajt a gyermek elveszti eszméletét, s délután 6 órakor meghal.

A bonczolat, melyet BABESIUS V. tr. kórházi boncznok végezett, a következőket mutatta:

A máj tetemesen nagyobbult, fakóbarna. A jobb lebeny alapi részén, mintegy 6 cm. átmérőjű területen, néhány mm.-nyi vastag, folytatólag a májszövetbe átmenő, s szürkés vöröses, petyüdt heges szövegtől körülvett, mintegy 2 cm. mély tályog, mely 3 cm.-nyire öblösen átterjed a máj bal lebenyébe, s másrészt a kapuviszér és a máj között elhaladó, s a bursa omentalis felső részletében helyet foglaló hashártya-tályogba folytatódik, így körülbelül tyúktojás-nagyságot érve el. A jobboldali alsó szétfoszlott tályogfalán keresztül nyomásnál kevés hig, genyszerű, törmelékes citromsárga folyadék szivárog ki. A máj bal lebenyében néhány mogorónyi, a leirt tályogtól független, egymással azonban helyenkiut összefolyó abscessus. A hasürben körülbelül 1 liter genyes-savós folyadék, s a hashártya mindennütt, de különösen a gyomor és máj szomszédságában fakóbarna, szétmálló csapadékkal, vagy pókhálószerű, vékony, sárgásba játszó álhártyákkal fedett. A vékonybelek alsó kacsainak megfelelőleg, a szürkés pontokkal behintett, s kissé duzzadt plaque-okban több körded, vagy megnyúlt, egész 1 cm. átmérőjű, alávájt, szürkés szélű, s a submucosáig terjedő, fénylő, fehéres alapú, csekély folytonosságihiány.

A bonczolelet szerint tehát esetünkben *lefolyt typhus láttunk, szövődve májtályoggal*. Hasonló esetek megfelelőleg ritkák az irodalomban, s a paediatricus casuistika tudtommal csak egy ily esetet¹⁾ mutat fel. A kóreset az angol BURDER által észleltetett, s esetünkkel, az analógiának daczára némileg ellentétes. A BURDER-féle esetnél hasonlóképp felületes, a gyógyulás útján levő, s a PEYER-féle plaque-ok-

¹⁾ *The Lancet*. 1874. p. 553. oct.

nak megfelelő fekélyek voltak láthatók a csipbél alsó részletén és a vakbélben, a máj azonban nem mutatott oly nagy terjedelmű tályogot, mint az általunk észlelt esetben, hanem az nagy számú kis tályogok által mintegy ellepett volt. Esetek bizonyítják tehát, hogy hasi hagymáz genyes májlobot vonhat maga után; kérdés azonban, hogy az általunk észlelt esetben a két kórfolyamat okozatos összekapcsolása megengedhető-e, avagy csak a véletlennek tulajdonítandó a typhus-hegek és májtályog együttléte. A typhus-hegek, a leírás szerint csak rövid idő előtt lefolyt hasi hagymázt jeleznek, s ezen felvételt támogatja a különben meglehetősen hiányos kórelőzmény is, mely szerint a gyermek a felvétel előtt néhány hétig lázas volt, azelőtt ellenben jó egészségnek örvendett. A tályog fejlődésének kezdete a kórbonczi lelet szerint alig ítélhető meg, azonban ezt egybe-hasonlítván oly esetekkel, hol a tályog fejlődése úgyszólván a legelső kezdettől fogva észlelés tárgya volt, állíthatjuk, hogy annak kezdete nem sokkal a felvétel előtti időre eshetett. A typhus abdom. és hepatitis suppur. ezek szerint esetünkben egymástól összefüggésben látszanak állani, s a két folyamat közti okozatos kapocs a legnagyobb valószínűség jellegével bír.

A további kérdés már most az, hogy a belek fekélyesedése mikép okozhatta a májszövetnek megbetegedését. A kórbonczi lelet szerint az epeutak és epevezetékek pathologikus változásokat nem mutattak, s így elesik azon lehetőség, hogy az epeutak lobja indította volna meg a tályog fejlődését, mint ez KLEBS szerint felnőtteknél ileo-typhus egyes eseteiben észleltetett. Részünkről, esetünkben embolikus folyamatot tekintünk a genyes májlob okául, s az embolust a vena portae legkisebb végágaiból, a bélfekélyektől jövő edénykéek vérrögeiből származtatjuk. A vérrögek természete iránt nem nyilatkozunk, csak felemlítjük, hogy a tályogbennék górcsői vizsgálatnál micro-organismusok nem észleltettek.

Symptomatologikus szempontból esetünk annyiban bír érdekl, hogy a jellemző pathognomonikus kórjelek az életben úgyszólván teljesen hiányoztak.

XIV.

Combustio. Ulcus duodenale perforans.

Közlötte: PATAKY JENŐ dr, volt kórházi segédorvos (1885.)

Ismeretes körülmény, hogy nagyobb kiterjedésű égéseknél a duodenumban gyakran fekélyek képződnek, melyek nagy hajlandósággal bírnak az átfürödásra. A fekély létrejöttének okára nézve azonban eddig semmi bizonyost nem tudunk, s így esetünk, mint casuistikus adat, az égéseknél létrejövő duodenal fekélyek homályos kérdéséhez mindenestre érdeklél birhat.

G. Éva, 6 $\frac{1}{3}$ éves leánya 1884. ápril 24-én hozatott be a „Stefánia“-gyermekkorházba égési sebei miatt, miket az előtte való napon ruhájának vigyázatlanságból eredt meggyulása okozott.

A jól fejlett és meglehetősen táplált gyermek közérzete rendkívül lehangolt, főleg az igen heves, sajgó fájdalom miatt, mit az égési sebek helyein érez. Folytonos szomjúság gyötri. Különbözen nyugodtan fekszik. Kissé apathikus.

A kültakarónak körülbelül egyharmada van bántalmazva. Az arcon, főleg az áll-, orr- és füleken, a mellen és hason, az alkarok- és kezeken s a czombok belfelületein kisebb-nagyobb szigeteket alkotva, vagy azok összefolyása által képződött nagyobb területeken a bőr hol hámnélküli, csupasz és élénk vörös, hol pedig nagyobb hólyagokkal fedett. Mell- és hasüri szervek részéről rendellenesség nincs. Légzés kissé felületes, gyorsított. Érverés szapora. Mérsékelt láz.

Ther.: STAHL ismeretes linimentumának (ol. lini, aqu. calcis aa) az égés által szenvedett területekre való alkalmazása. Erősítő étrend és bor.

Az első napokon semmi változás.

Ápril 28-án a gyermek fürdőt kapott. Az elhalt szövetek által képződött szennyes czafatok itt-ott kezdenek leválni.

Ápril 30-án újból fürdőbe tétetett, hol a czafatok nagyrészt szépen leváltak. A sebfelületek tiszták, élénk vöröszínűek, néhol szép szemcsésedést mutatnak. Gyermekek a fürdő szembetűnően jót tett, élénkebb, szomjúsága mérséklődött. Höemelkedés mérsékes.

Május 1. Közérzet nyugodt. Légzés, érverés kevésbbé szapora. Höemelkedés csekély. Székletét kissé kávéaljszerű. Rendelvény: liquor ferri sesquichlorati belsőleg.

Május 2. Állapot nem változott. Újból kávéaljszerű székletét. Vizelet tiszta.

Május 3-án d. e. 11 órakor mérsékelt orr- és szájtérzés jelentkezik s pár percze után a gyermek feltűnően halavány lesz, collabál. Azonnal alkalmazott izgatók mit sem eredményeznek, s alig rövid óra alatt a gyermek a legnagyobb fokú anaemia képét mutatja. Az elesettséggel teljes. Érverés nem tapintható. Légzés hörgő. Délután 2 órakor a beteg elhal.

Nagyobbfokú, s terjedelmű égéseknél fekély-képződésre a bélhuzamban mindig gondolnunk kell, s így esetünk-nél a 8-dik napon fellépett véres kávéaljszerű székletét nem jött váratlanul. S miután tudva van, hogy úgyszólván mindig a duodenum az, hol az égéseknél létrejövő fekély képződni szokott, közel állott a feltevés, hogy esetünk-nél is egy duodenalis fekélylyel van dolgunk. Azon tünetek pedig, melyek között a halál a 10-dik napon bekövetkezett, — főleg a hirtelen fellépett nagyfokú anaemia — kétségtelenné tették, hogy a halált *elvézés* okozta valamely ütérkéből, mely az előrehaladó bél-fekélyesedés útjában állott.

Feltevésünket a bonczolat, mit BABES tr., m. tanár, kórházi boncznok végzett, igazolta. A bonczolati jegyzőkönyv ugyanis a következőket mutatja:

A paizsmirigy halavány-barna, középtömött. Gége és légső nyákhártyája kissé duzzadt, szürkés, sűrű nyákkal fedett. Tüdők puffadtak, halavány-szürkekék, légszegények; baltüdő alsó lebenye máj-tömöttségű, szürkés rózsaszínű; belőle és tágult höргеiből bő genyes nyák ömlik elő. A

szívburokban 18 gm. tiszta sárga savó. A szív fakó-vörös, izomzata középtömött. Ürei üresek. Máj halavány barna, középtömött. Lép halavány rózsaszínű, tömött. A gyomor tágult, nyákhártyája szürkés-vörös, ürében körülbelül 200 gm., nagyobb részét megalvadtt sötét-vörös, kocsonyás vér. *A duodenumban mintegy 100 gm.-nyi friss lazán alvadtt vér. Hátsó falzatában a pylorustól 1 cm.-nyire egy krajczárnyi, dudoros, szürkés rózsaszínű, tompaszélű, áthatoló folytonosság-hiány látható, melynek szélei a pancreas fejével laza kötszövet által össze vannak nőve.* Ezen helyen az *art. gastro-duodenalis* felmaródott, szabadon a bél üre felé tekint, szomszédsága véresen beivódott. A leírt fekély előtt egy hosszukás, szétmálló, a hashártyáig terjedő, a nyákhártyában nagyobb, a peritoneum alatt kisebb térfogatú *más folytonosság-hiány.* Belek nyákhártyája belövelt, belőlük kátrányszerű sötét-barna bélsár ürül. Vesék duzzadtak, fakó-sárgák, tömöttek. Hólyagban kevés vörhenyes húgy. Ivarszervek épek.

Esetünk egészen megegyezik a CURLING ¹⁾, MEYER ²⁾, CUTHBERTSON ³⁾ és GREENWOOD ⁴⁾ eseteivel, melyek mindenikénél égés után a duodenumban képződött a fekély. CUTHBERTSON eseténél az égés forró lúggal történt, GREENWOOD-énál forró vízzel, mi 40 éves férfi penisepithelioma műtete után fellépett vérzés esillapítására alkalmaztatott, s így az égés kis felületre szorítkozott, mi az esetnek kiváló érdeket kölcsönöz.

BILLROTH ⁵⁾ septicaemiánál akadt duodenal fekélyre, s úgy véli, hogy itt ugyanazon oki összefüggés szerepel, mint az égésnél. Sőt ADAMS és FÖRSTER eseteit, melyeknél kiterjedt fagyás után képződött fekély a duodenumban, szintén a septicaemiával összefüggőleg magyarázza.

Égéseknél is bizonyos mérgezése jön létre a vérnek, minek következményeül tekintendő a nagyfokú vérbőség a belek nyákhártyájában, mi pangásig, sőt vérzésig fokozód-

¹⁾ L. VIRCHOW-HIRSCH. *Jahresbericht*. 1866.

²⁾ U. o. 1866.

³⁾ U. o. 1867.

⁴⁾ U. o. 1880.

⁵⁾ *Wiener Med. Wochenschrift*. 45. sz. 1867.

hatik. Kutyaikon tett kísérletekkel bebizonyított tény az, hogy septicaemiánál a belek nyákhártyája hasonlóan viselkedik. KLEBS¹⁾ egy kiterjedt égés után 24 órával elhalt 13 éves fiút bonczolt, kinél rendkívül sok vérömlést és haemorrhagikus errosiót talált a bél nyákhártyájában, s úgy véli, hogy az emésztő nedveknek kitett ily nyákhártyán képződnek később a fekélyek. BILLROTH is így nyilatkozik, s nézete az, hogy ezen vérkeringési zavarok a vékony- és vastag bélben könnyen kiegyenlítettnek, míg a gyomor és duodenumban az *önemésztés (Selbstverdauung)* rossz következményei gyorsan beállhatnak.

A legtöbb pathologus az átfürő fekélyek képződését illetőleg elfogadta azon nézetet, hogy azok az emésztő nedvek hatása alatt képződnek a nyákhártya azon helyein, hol vérpangás, illetőleg thrombus lépett fel. KLEBS emellett az égéseknél az emésztő nedveknek erősebb maró hatást is tulajdonít, továbbá úgy véli, hogy azok a nagy bőringer következtében nagyobb mennyiségben választatnának el, s e részben gyanúja különösen a pancreas váladékára esik; úgy, de mindezen körülmények valjon eléggé magyarázzák-e azon localisatiót, melyet a szóban forgó fekélyeknél általában tapasztalunk?

MOROT²⁾ 22 esetet állít össze, melyek közül csak egy ízben találtatott a fekély távolabb, mint 1½ hüvelyknyire a pylorustól, míg a többi esetben többnyire a pylorus közvetlen közelében foglaltak azok helyet. Esetünknel is 1 cm-nyire van a fekély a pylorustól, s majdnem mindegyik duodenal fekély leírásánál ugyanazon képet találjuk, mint esetünknel: a fekély alapját a pancreas feje képezi, s az *art. gastro-duodenalis*, vagy annak egyik ága, az *art. pancreatico-duodenalis* az, melyet a felmarás veszélye ér.

Figyelembe veendő még azon körülmény is, hogy legtöbb esetben csak egy fekély képződik, mint CURLING, MEYER, GREENWOOD eseteiben és MOROT 22 észlelete közül 18 esetben, ritkábban kettő mint CUTHBERTSON esetében és saját észleletünknel.

¹⁾ KLEBS. *Handb. d. path. Anatomie.* 278. 1.

²⁾ L. VIRCHOW-HIRSCH. *Jahresbericht.* 1866.

A mellső hasfal kötszöveti lobjának egy ritkább esete.

Közlötte: SZONTACH FÉLIX dr., volt kórházi segédorvos.

Az eset egy 6 éves leány-gyermekre vonatkozik, ki 1887. január hó 5-én mutattatott be a kórházi rendelésen. Apja nem él, néhány napig tartó tüdőbetegségben halt el anyja egészséges napszámos asszony. Gyermek jelen bajáig mindig egészséges volt; 4 hét előtt hirtelen betegedett meg, erős lázzal, hasfájdalmakkal; azóta folytonos lázak, lesoványodás, rendetlen székletek, étvágytalanság; később köhögés, éjjelenként félrebeszélés. Hányás sohasem észleltetett.

Bemutatásnál következő jelenállapot találtatott: Gyermek jól fejlett, erősen lesoványodott; szemek beesvék; nyelv száraz, erősen bevont. Érlökés szapora, könnyen elnyomható; bőr száraz, forró; hőmérsék nem méretett. Légzés felületes, látszólag fájdalmas; a baltüdő alsó lebenye felett hátul, a scapula alsó szegletétől lefelé kifejezett tompulat, hörghi légzés; máj felső határa rendes. Szív normalis.

A has nagyobb; falai rendkívül feszesek; a kopogtatósi hang tompa; alsó részleteiben kifejezett hullámzás. A köldök és a processus xiphoidens között a középvonalban egy körülírt, körülbelül tallérnyi helyen a bőr megvékonyodott, közepén prominál; alatta élénk hullámzás. A czombok a hashoz erősen hajlítva tartatnak; az egész bal alsó végtag bőre nagyfokban zizenyösen beszűrődött; a fossa cruralisban a nyirkmirigyek erősen duzzadtak, nyomásra igen fájdalmasak.

Ezen, az ambulans észlelés természeténél fogva csak

fürtölágos vizsgálát alapján a kórisme csak a következöre szorítkozhatott: *Pneumonia lobaris lobi inferioris sinistra*; a hasi megbetegedést illetőleg végleges ítéletet azonnal nem alkothattunk magunknak; egy áttörni készülő peritoneitist felvenni legközelebbnek látszott. A balczomb vizenyős duzzanata a lobosan megnagyobbodott nyirkmirigyeknek a vena saphena major-ra gyakorolt nyomásából könnyen volt értelmezhető.

Nemcsak a további észlelés czéljából, de az el nem odázható incisio szükségességénél fogva is ajánlottuk tehát az anyának, hogy rendkívül súlyosan beteg gyermekét kórházunkba adja be. De az anya sem operációról, sem pedig kórházi kezelésről hallani nem akart. A gyermeknek roboráló diaeta mellett Decoct. chinae-t rendeltünk. Másnap reggel az anya hozzám jött; felkért, hogy gyermekét otthon operáljam meg. Még az nap, január 6-án, segédtársam segítségével mellett a kis betegen az incisiót végre is hajtottam. A bőr átmetszése után óriási mennyiségű, azonban egészen jóindulatú geny ürült ki; *a kibocsátott geny mennyisége bátran 2.5–3 literre volt tehető.* Az incisio után beállott euphoria szembeszökő volt. A bőr sebén át sondát bevezetve iparkodtam azt függélyesen a cavum peritonei felé előretolni; ez azonban nem sikerült; a sonda csak lefelé volt vezethető; egy darab ideig a bőr alatt volt követhető, azután a hasfalak között eltűnt. 2%-os borvizzel eszközlött irrigatio után körülbelül 2.5 decimeter hosszú drain-cső vezetett a seb üregébe.

A további kórlefolyásból csak a következőket akarom kiemelni:

Váladék kezdetben igen bő volt, úgy hogy a beteget naponkint kellett kötözni. Az első hét végén a balczomb duzzanata engedett, de e mellett a jobbezombon is a fossa cruralisban acut lymphadenitis fejlődött, mely hasonlóképen a bőr nagyfokú vizenyős beszűródéséhez vezetett. Hideg borogatásokra azonban csakhamar oszlott a két oldali lymphadenitis, s körülbelül a 3-ik hét végén teljesen eltűnt mindkét czomb oedematosus duzzanata; e mellett a genyedés mérséklődött; a sebüreg egy ízben sublimat-oldattal is

irrigáltatván, ez különösen a genyedés kevésbedését látszott eredményezni. A harmadik hét végétől a javulás szembe-tűnő volt; láz tetemesen engedett, étvágy és közérzet lényegesen javult, a pneumonicus tüdőrésztlet felett a beszű-rődés tünetei mindinkább enyésztek; február 15-én a drain-cső eltávolított; 20-án a leányka felkelt. Április 5-én láttam utoljára a kis beteget, viruló színben; a bal tüdő alsó lebenye felett majdnem egészen normalis — csak igen kevésé tompult — volt a kopogtatási hang; hörgi légzés nem volt hallható. A köldök felett 2 cm.-nyi vonalas heg. Hasfalak sehol sem érzékenyek.

Ez esetet közlésre méltónak tartottuk azért, mert egyike azoknak, melyek egy áttörő peritoneitis suppuratívával vol-nának összetéveszthetők. A mi kiváló érdekességet kölesönöz neki, ez azon körülmény, hogy a hasfalnak genyedéssel járó phlegmonosus lobja *óriási kiterjedésű* volt; mint fennebb emlí-tém, a kibocsátott geny mennyisége körülbelül 3 literre volt tehető. E körülményben rejlett ez esetnek nemcsak rendkívüli súlyossága, hanem egyszersmind a pontos diagnosis felállít-ásának nehézsége akkor, midőn a kis beteget először láttuk.

A hashártya lobja ellen szólottak a következő tünetek: 1. *A hányás teljes hiánya*; az anyja legalább határozottan állítja, miszerint sem a betegség kezdetekor, sem pedig az-után hányást sohasem vett észre. 2. *A kezdődő áttörés helye*; a hashártya empyemáinak áttörése helyén, a hasfalon át: a köldökgyűrű, lévén ez az egész hasfal legengedékenyebb része. (HENOCH, EICHHORST, BERNUTZ, REHN stb.) 3. *A betegség tartama*; legalább nem könnyen képzelhetjük, hogy genyes peritoneitis négy hétig — számítva a megbetegedés napjától az incisio megtörténteig — fennállhatna, különösen akkor, midőn az egyszersmind tüdőlobbal is szövődik.

A hashártyalob mellett szólottak azonban a követke-zők: a beteg külleme, a nagyfokú lesoványodás, az erősen beesett arcz fájdalmas kifejezésével, a rossz érverés, s a sza-pora felületes légvét. Ezen tünetek mérlegelésénél azonban számba kellett venni a jelenlevő tüdőlobot is, bár valószínű, hogy az lassan fejlődött, és így hevesebb tüneteket nem idézett elő, csak a már jelenlevőket fokozta. A mi azonban legin-

kább a hashártya lobja mellett látszott dönten, ez azon körülmény volt, hogy a hasfalakon lobgátat kimutatni nem sikerült, vagyis a hasfalak körülírt phlegmonosus megbetegedésének megállapítása nem volt lehetséges. Ez azonban magyarázható a genyedés hosszabb tartamából és a termelt genynek ez esetben valóban óriási mennyiségéből, mely egyrészt a hasfalak nagyfokú feszüléséhez, másrészt a kötszövetnek lassú leválasztásához, illetőleg elroncsolásához vezetett az egész mellső hasfalon.

Az incisio utáni vizsgálat, nemkülönben az egész lefolyás kétségtelenné tették, hogy csakugyan egy ilyen óriási kiterjedésű phlegmone-vel volt dolgunk, mely minden bizonynyal felülről — a köldök feletti részből — indult ki, s onnan süllyedt a geny lefelé. Valószínű továbbá, hogy ez esetben is felületesen székelt a lob, a geny azonban az izomzat közé is hatolt és így az izmok részletes leválasztásához, némely részeikben elroncsolásukhoz is vezetett; nem valószínű azonban, hogy az úgynevezett subperitoneális kötszövetből [REH egy esete] ¹⁾ indult ki esetünkben a lob, mert véleményünk szerint ekkor az áttörésnek nem kifelé, hanem befelé a hasürbe kellett volna megtörténnie.

¹⁾ *Compte rendu des travaux de la section de pédiatrie. Congrès international. Copenhague. 1884.*

Hashártyalob három érdekes esete.

Közlötte: VÁNOS (WEISZBARTI) GYULA dr., volt kórházi segédorvos (1890.)

Három, különösebb módon lefolyó hashártyalob kórtörténetét közöljük a következőkben, melyek nem ritkaságuk miatt érdemlik meg a figyelmet, mint inkább a bántalom lefolyásában jelentkező szövődmények egyszerű, természetes úton való megoldása által kelthetnek érdeklődést. Mindhárom általános hashártyalob volt. Az egyik idiopathikus — általános kifejezéssel élve — rheumatikus alapon indult meg, míg a másik kettő elejétől kezdve gümös jellegűnek mutatkozott; valamennyi genygyülem-képződéshez vezetett a hasürben, mely a köldökön áttörve, kettőnél gyógyulást eredményezett, míg a harmadik, fistula stercoralis létrejötte után halálosan végződött.

1. *Félheveny, önszenvi genyves hashártyagyulladás esete 6 éves leánygyermeknél. Áttörés a köldökön. Gyógyulás.*

N. Ida, 6 éves leánykát anyja 1889. május 15-dikén azon panaszszal hozta kórházunkba, miszerint öt nappal ez-előtt, az eddig teljesen egészséges gyermeknél minden megelőző ok, étrendi hiba, vagy külbehatás elszenvedése nélkül erős, szaggató fájdalmak léptek fel a hasban lázzal, nyugtalanúsággal, mihez csakhamar hányás, hasmenés és később bágyadtság társult.

A kis leány felvétetvén, nála a következőket találtuk:

A gyermek testi fejlettsége, korához képest elég jó; kissé lesóványodott, bőrszíne halvány. A szemek beesettek; az arczkifejezés feltűnő módon bágyadt, szenvedés kinyomátát viseli magán. Az ajkak halványak, a nyelv fehér lepe-

dékkal bevont, kissé száraz; torok tiszta. Étvágy rossz, időnként hányingerei vannak, de háynyi nem tud; szomj fokozott, nyelés szabad. A mellkas lapos, légzésnél — mely kissé felületes, s majdnem kizárólag costalis — mindkét fél egyenlő magas kitéréseket végez. Tüdők felett a kopogtatás s hallgatódzás semmi rendellenességet sem mutat. Szívviszonyok normalisak. Szív- s nagy-edények hangjai tiszták, kellően ékeltek. Pulsus vékony, száma perczenként 110. Lép s máj határai rendesek.

Has előre boltosult, ovalis alakú. Tapintásnál mindennütt egyenletesen erősebben feszült, egész terjedelmében egyformán érzékeny. A kontatási hang felette mély dobos, a megszokott csekély magaslati különbségekkel, tompulat a mélyebben fekvő részletek felett sem található. A nagy meteorismus s fájdalmasság miatt a has mélye nem tapintható ki. Hullámozás nincs. Hőmérsék felvételkor 38.8° C. Székletek gyakoriak, vizesek s igen büzősek, nem véresek. Székelésnél a hasfájdalmak fokozódnak. Vizelet kissé zavaros, bő üledéket képez, mely húgysavas sók által feltételezett; idegen alkatrészt nem tartalmaz.

A gyermek közérzete, az időnként spontán is jelentkező alhasi fájdalmak miatt, lehangolt. Folyton hanyatfekve, sokat alszik. Felüléstől, nagyobb mozgástól őrizkedve, alsó végtagjait felhúzza, a törzshöz közelítve tartja.

A kórisme az észlelt kórjelek alapján az első napon nem volt biztosan megállapítható. Az eddig észrevett tünetek mindenesetre a has megbetegedésére irányították figyelmünket, hogy azonban ez mint peritonitis, vagy csak mint egy súlyosabb enterocatarrhus fogandó-e fel, erre sem a beteg subjectiv állapota, sem a physicalis vizsgálat eredménye eléggé meggyőző feleletet nem adott; csak a későbbi lefolyás dönthetett egyik vagy másik irányban.

A következő néhány nap alatt a betegség képe alig változott. A has érzékenysége nem fokozódott, hasmenés hol enyhébb, hol súlyosabb fokban fennállott; az ellene adagolt Bismuth. salicyl.-nak alig volt észrevehető hatása. Hányinger szűnt. Meteorismus növekedett, úgy hogy 20-dikán a has körfogata 53 cm.-t tett ki, a nélkül, hogy a hasban

valahol folyadékgyülem lett volna kimutatható. Valami mégis lekötötte figyelmünket s ez volt a hőmérsék menete. Az első két napon febris continua remittens volt jelen, míg harmadik napon reggel láztalanná lett a kis beteg, este azonban 39.7° C.-t ért el ismét a hőfok, s az intermittáló typus megmaradt következetesen, mint látni fogjuk, hosszú időn át.

Május 23-dikán az általános közérzet változatlansága mellett a has még inkább növekedett feszülésben; a köldök kezd elsímulni, a rekesz erős felnyomatása folytán a tüdőhatárok másfél bordával magasabban végződnek. A has lumbalis tájai felett tompa kontaktási hangot kapunk, mely helyzetváltoztatásnál a mélyebben fekvő oldalon terjedelmében növekszik, míg a magasabbau eltűnik. Hőmérsék-ingadozás változatlan.

Május 25-dikén a has körfogata 56 cm.; rekesz még inkább feltolt. Has kontaktási viszonyai nem módosultak; csekély hullámozás mutatható ki.

Május 29-dikén haspuffadtság növekszik, körfogata 57 cm. A köldök élénk pirosan elszínesedett, környéke lobosan duzzadt, igen érzékeny, úgy hogy a gyermek a takarót sem tűri meg hasán. A has két oldala kissé elterült, a tompulat a lumbalis tájakon magasabbra követhető, hullámozás élénk. Az alhas tájon tompult dobos a kopogtatási hang, feljebb dobos. Oldalra fekvésnél a folyadék szabad mozgása kifejezettebben konstatálható. A has bőre fényes, a köldökből kiinduló venahálózat látható rajta. Láz folyton intermittáló, estéli hőmérsék 39° -on felül. Hasmenés szűnt. Vizelet koncentrált, fehérszínűt nem tartalmaz. Therapia: hideg-megmelegedő borogatás a hasra; belsőleg decoct. chinae, acidum muriatic. dil.-mal.

Junius 1-én a hasfeszülés ugyanúgy. A köldöktáji elszínesedés terjed; maga a köldök előre dudorodik s falzata megvékonyodva élénken hullámozó. Estéli lázak tartanak. A gyermek erőbeli állapota szemlátomást fogy, étvágy rossz, soványszik. Egybevetve a tüneteket, s nem feledve a lázmenet tipikus voltát, biztosra vehettük immár, hogy *genys diffus hashárgyalobbal* állunk szemben, mely — tekintve az áttöréssel fenyegető köldök elszínesedést, beavatkozásra, a

hasür megnyitására látszott felszólítani orvosi ténykedésünket. A természet azonban megelőzte elhatározásunkat, a mennyiben június 4-dikén reggelre váratlanul spontan tört magának útat a geny a köldökön keresztül; genybe fekve találtuk a gyermeket, melynek mennyisége körülbelül *másfél liternyi* lehetett, sűrű és rendkívül bűzös, bélsár szagú. Erre a has teriméje tetemesen meglappadt, feszülés, fájdalommasság szűnt, közérzet tetemesen javult. Este a hőmérsék azért még 39.7° C. volt.

A következő napokon a köldöksipolyon folyton szivárgott a bűzös geny, melynek szabadabb lefolyást biztosítandók, június 7-dikén a nyílást lefelé tágítottuk, erre *még egy liternyi* mennyiség ömlött elő. A hasürbe egy vastagabb drain-cső illesztetett. Ezentúl a leányka állapota napról-napra javult, étvágya visszatért s tápláltsága növekedett. A has kezdte visszanyerni rendes alakját s tonusát, jól lehet a váladék megülethetős bő maradt. Az estéli lázak fokozatosan csökkentek, végre június 15-dikén a beteg teljesen láz-talanná lett.

Ezen időtől kezdve mi sem zavarta meg a lassú, de folytonos gyógyulás útján haladó lefolyás egyhangú menetét. A genyedés hétről-hétre kevesbedve, a beteg általános küleme élénkült, tápláltsága s ereje gyarapodásnak indult. A rendkívül lesoványodott beteg testsúlya, mely felvételkor 16.6 kilót tett ki, nemcsak hogy elérte azt ismét, hanem július elején 18 kilóra emelkedett. Lázak többé nem jelentkeztek, hasmenés végleg szűnt. A drain-csövet — a genyedés fokozatos csökkenésével lépést tartva — időnként rövidíteni kellett, végre augusztus 2-dikén az végleg el volt távolítható. A sebnyílás olykor lapisoltatván, augusztus 10-dikére, tehát 67 napi fennállás után, a köldöksipoly végleg behegedt, s 12-dikén a tetemesen megerősödött, egészen normalis hasviszonyokat feltüntető leánykát, mint teljesen gyógyultat bocsáthattuk haza.

Áttekintve a betegséget, abból a következő gondolatmenetet vonhatjuk le: A gyermek megbetegedésének hatodik napján került megfigyelésünk alá. Ekkor jól lehet hasüri folyamatot kellett a bántalom alapjául felvennünk, a

tünetek még sem jogosítottak fel arra, hogy azt, mint peritonitist fogadjuk el. A kiterjedt hashártyalob objectiv jelei csak lassan domborodtak ki; az egész kórkép általában a renyhe lefolyás látszatát viselte magán. A has érzékenysége nem érte el azt a fokot, milyent heveny peritonitissnél megszoktunk; hányás nem volt, csak hányingerek jelentkeztek olykor. Székrekedés helyett profus hasmenések kínozták a beteget s ha ehhez hozzávesszük a lázmenet félbenhagyó voltát, úgy érthető, hogy később, midőn a hashártya-affectio kétségtelenné vált, már-már hajlandók voltunk ennek chronikus lobos megbetegedésére gondolni, annál is inkább, mert az esetleges resistensebb lobtermények, göbök kitapintását a nagy puffadtság okozta erős hasfeszülés akadályozhatta. A betegség később kifejlődő képe azonban mást mutatott. A has mélyebb részletében lassanként kimutatható folyadékgyülem kezdett jelentkezni s ha ezt genyesnek fogadjuk el, úgy meg volt magyarázva a láz jellegzetes intermittálása, mely makaesul tartotta magát egyik napról a másikra. S valóban a has teriméje az izzadmány gyarapodásával mindinkább növekedve, a köldöktáj elszinesedett s néhány nap elteltével az előre dudorodó köldök fluctuáló tályog alakját nyerve, áttört s előttünk ömlött ki a bűzös geny, melytől néhány hét alatt a has megszabadulva, teljes restitutio ad integrum következett be.

Minden valószínűség szerint a beteg otthon egy heveny peritonitis idejét szenvedte át a hat nap alatt s akkor, midőn hozzánk került, a vehemens szakon már túl volt; a hashártyalob tehát nem maradt hevenynek s nem mint ilyen ment át gyógyulásba, hanem genyedés csatlakozott hozzá és ennek fokozódó menetét észleltük mi, kórházban való tartózkodása kezdetétől fogva.

Kellő anamnesis hiánya folytán talán meghülést kell oki momentumkép felvenni, mely a heveny hashártyalobot megindította, mely azonban a genyedés által félheveny alakot öltött.

2. *Peritonitis chronica verosimiliter tuberculosa 7 éves fiúnál. Sipolyképződés a köldökön. Gyógyulás.*

H. Ferencz, 7 $\frac{1}{2}$ éves fiú, ki 1885. június 19-dikén véte-

tett fel kórházunkba, anyja kijelentése szerint, több hónap óta hasfájdalmakról panaszokodik, ezzel egyidejűleg veszik észre a has tetemes nagyobbodását, míg egyébként soványzik s gyengül.

A fiúcska gyengén fejlett, rosszul táplált, szembetűnően sápadt. A bőr s látható nyákhártyák halványok, a beesett szemek sötét karikával övedzettek. A nyelv tiszta, torok halvány, étvágy elég jó. Az áll alatt s nyakon duzzadt mirigyek tapinthatók. A nyak vékony, hosszú. A mellkas lapos, bordaközök kifejezettek, kulcs alatti tájak külső részlete besüppedt. Kopogtatás- s hallgatódzásnál a tüdők részéről semmi rendellenességet sem találunk. Szívesúcslökések az 5-dik bordaközben, a bimbón valamivel belül tapintható; szívtompulat nem nagyobb, szívhangok tiszták, kellően ékeltek, így a nagy edényekéi is. Lép a bal hónaljvonal mentén a 9—11-dik borda között kontatható ki. Máj felső határa a megszokott magasságban kezdődve, bal lebenye a bordaív alatt két ujjnyira kiérezhető. Pulsus elég erős, telt, percenként 86, rhythmikus. Hőmérsék 37·4° C.

A has teriméjében megnagyobbodott, mérsékelten feszült; méretei: a köldök magasságában körfogata 54·5 cm., bordaívek magasságában körfogata 58·0 cm., legnagyobb domborulatán körfogata 56·5 cm. A proc. xyphoid. és köldök közötti távolság 15 cm., a köldök és symphysis közötti távolság 9 cm.

A has felett a kontaktási hang váltakozó magassággal dobos. Tapintásnál a rugalmas hasfalak alatt, — a mennyire a feszülés megengedi — a jobb hypochondrium mentén, tenyéryi terjedelemben, göbös, az ujjak elöl kitérő, ellenállóbb tömötséggű képlet tapintható, melynek érintése a betegnek fájdalmakat okoz. A has egyéb területei alig mondhatók érzékenyebbeknek. Folyékony izzadmány, szabad hasvízkór nem mutatható ki.

Székeletek összeállók, emésztettek, napjában egy-kettő. Vizelet narancs-sárga, tiszta, idegen alkatrészt nem tartalmaz.

Eleg jó közérzetét az időnként jelentkező, tompa hasfájdalmak zavarják. Ezen leírt kép alig változott a felvételét követő tíz nap leforgása alatt, midőn szülői határozott

kivánságára, biztos kórisme, megállapíthatása nélkül hazabocsátatott a beteg. Ugyanez év július 11-dikén, miután a hasi subjectiv tünetek súlyosbodtak, ismét behozatott kórházi ápolás czéljából.

Az ekkori állapot annyiban tért el a fentebb jelzettől, hogy míg általános tápláltsága ittléte óta tetemesen hanyatlott, addig a has térfogata nem növekedett, de a köldök erősen prominens s körülötte a bőr tallérnyi terjedelemben élénkvrösen elszínesedett. A jobb hypochondrium felé húzódó, resistensebb képlet nagyobbodott, élesen körül nem írható; a hasfalzat tapintása mindenütt élénk fájdalomnyilvánítással jár. A mélyen fekvő hasrészletek tompult dobos kontaktási hangot adnak, hullámozás azonban most sincs. Székletek rendesek, étvágy kielégítő, lázak nincsenek.

Diagnosis: *peritonitis chronica tuberculosa*.

Július 14-dikén a has körfogata a köldökön át 56.5 cm., az utóbbi körül a pir és lobos bőrduzzanat jelentékenyebb, égető fájdalmakkal. A hasfeszülés fokozódik. Estétként lázacskák, 38—38.2° C.

Július 19-dikén a köldök áttört s nagy mennyiségű, sűrűbb összeállású, túros csafatokkal kevert, átható bélsárszagú geny ürült ki. Erre a has érzékenysége csökkent s a kis beteg könnyebben érezte magát. Nyomásra a geny bőven ömlik elő; a köldökspolyon bevezetett sonda 5 centiméternyi függélyes besülyedés után jobb felé tér ki és akadálytalanul tolható előre. Egy ideig a köldök-táj aqua chloratával mosogattatik; később sublimat-kötés lett reá helyezve.

A hónapok hosszú során át húzódó kórlefolyást, melyet a változó mértékben, de folyton fennálló genyszivárgás uralt, csak érdekesebb mozzanataiban akarjuk röviden, de mégis olyképp feltüntetni, hogy a betegségről lehetőleg világos képet nyújtsunk.

A genyedés mondhatjuk *egy kerek esztendeig* állott fenn változó mérvben; hogy a szabad hasürből történt, ezt kétségtelenné tette a többször megejtett vizsgálat. A betegség vége felé a genyedés mindinkább kevesbedett s ezzel együtt a kutató is felületesebben fekvő üreget tudott körülírni.

Az áttörést röviddel megelőző estéli lázak megmarad-

tak azt követőleg is, kezdetben azonban 38·8°-nál alig emelkedtek magasabbra. A geny nagy része kiürülvén, a várható erőgyarapodás helyett étvágytalanság s azt követő soványodás lépett fel; a genyürülés a szűk sipolyon nem történhetett elég szabadon s így augusztus 4-dikén a köldöknyílás lefelé tágíttatván, egy vastagabb drain lett a hasürbe illesztve, melyen keresztül az napjában egyszer kimosatott 5% laugyos borvízzel. A kötést, mely gyorsan átívódott a penetrans bűzű váladékkal, naponta kétszer újítottuk meg. Belsőleg decoct. chinaet vesz, acid. muriatic.-dil.-mal. Ily kezelés mellett augusztus vége felé a kis beteg kezdte magát összeszedni s miután az étvágy tartósan javult, a genyedés okozta erőhanyatlás annyira, a mennyire compensálódott, sőt némi gyarapodást is constatálhattunk.

Október 2-dikén a genyedés elég bő; a váladék sűrű, bűzös, bélsárrészletek nem vehetők benne észre. Górcső alatt genysejtek s alakatlan törmelékből összeállónak bizonyul; gümöbacillusokat a legszorgosabb keresés mellett sem fedezhetni fel. A sebnyíláson áttolt sonda a jobb és ileum felé tér ki s útjában észrevehetőleg ellenállóbb göröngyök felett síklik el. Tápláltság elég jó. Székletek rendesek.

Október 25-dikén. A genyválasztás nem mérséklődik. A köldök körül lobos dermatitis keletkezett. Az üreg 2% chlorzink-oldattal fecskendeztetik ki s utána egy jodoformpálczika sülyesztetik el benne. Esténként magasabb hőemelkedések, 39·0° C.-on felül. Az ornyílások körül erős eczema fejlődött, a metszőfogak mentén pedig mélyreható gingivitis ulcerosa, mely utóbbi lapisolás és kali chloricum szájvízre csakhamar gyógyult.

Október 31-dikén a has irrigálására sublimat-oldatot (1 : 5000 arányban) kísérünk meg, mivel a genyedés nem akar alábbhagyni. A bal alkar feszítő oldalán, a kéztőizület felett, piszkos alapú, felhányt szélű fekélyzödés tartja magát makacsul.

November 10-dikén a kötés időnként véres genyvel átívódott. A has érzékenyebb.

November 20-dikén. Nehány napja erősebb lázas mozgalmak, reggel 38—38·5°, este 39·5—40·0°, has igen érzé-

keny; higas de nem genyes székletek. A sublimat-fecskendések elhagyatnak s ismét bór vízre térünk át. A váladék véres voltának okát megtaláltuk az alsó sebszélből kiinduló vérzékeny granulomában, mely kocsányon ülve leköttetik és a nyílás köröskörül lapissal erélyesen edzetik. A fentebb említett dermatitis ismét fokozódik. Hidegvizes borítások rendeltetnek reá.

Deczember 5-dikére az előbb jelzett tünetek visszajelöltek; hasfájdalmasság szünt, székletek rendesek, reggeli láztalan állapot mellett az estéli hőemelkedések csekélyek, bőrlob gyógyult, genyedés még eddig el nem ért csekély mennyiségre szállott alá. A sipolyon bevezetett kutató nem sülyed többé oly mélyre, hanem a hasfal alatt közvetlen jobbra hajlik el s körülbelül 12 cm.-nyi távra lehet előretolni, egy kis-tenyéryi lapos üreget tapintva ki vele. Ennek alsó-külső végén ellennyilást készítettünk s az ürt egy két helyen drainirozva, naponta sublimat-oldattal fecskendeztük ki. Ezután némi reményünk lehetett arra nézve, hogy a hasi viszonyok ilyenén jobbra fordulta mellett a baj gyors léptekkel fog a javulás útján haladni. Azonban a genyedés csak nem akart szünni s a következő két hó leforgása alatt a hasbeli folyamat a kísérő bélhurattal egyungyanazon stadiumban húzódott el. A gyermek időnként köhécselt, estéli lázacskák folyton fennálltak, de a tüdőokban beszűrődést nem voltunk képesek kimutatni.

1889. év márczius elején a beteg végtagjai megpöfödtek, különösen a kézfoék; a vizenyő csakhamar az arczra is kiterjedt, majd fellépett az egész testen. Az anaemia kifejezetté lett, a vizelet tetemesen megkevesbedve, sűrű üledéket adott s nagymennyiségű fehérye volt benne kimutatható. Górcsó alatt bő törmelék mellett elzsirosodott vesehámot és sok szemcsés cylindert láthatni.

Márczius 4-dikén már szabad hasvízkór mutatkozik, a has tetemes növekedése mellett. A sipolyon át a genyürülés jellegében mitsem változott, elég bő, s bűzös maradt, mint volt az ascites előtt. Az ascites folytán a rekesz felnyomatva a légzés pihegő s nehézé vált. A therapia decoct. chinae adagolásában állott kalium acet. sol.-mal. Elég jó

közérzet mellett, délben váratlanul uraemikus görcsök léptek fel; 1 centigramm pilocarpin muriat. bőr alá fecskendezésre s chloroformirozásra a roham félórai tartam után megszűnt s többé nem is itmétlődött. Ez időtől fogva a betegség súlyos fordulatot kezdett venni; a nephritis következményes tünetei szemlátomást rohamos fejlődést mutattak; a bőrvizenyő a következő napokban mindinkább fokozódott, hasvízkór gyorsan nőtt, a nyújtott húgyhajtók daczára a vizelet napi mennyisége alig tett ki 30—50 gm.-ot Hasipoly genyedése nem változott.

Márczius 9-dikén a tüdőekben jelentkező finom hólyagú szörtyögő zörejek, rövid, pihegő légzés, erőtlen szív működés, alig tapintható pulsus s cyanosis a tüdővizenyő kétségbevonhatlan képét tárták elénk s így a nagymértékben elcsúszott fiúcskát a legrosszabbtól féltettük. Azonban csodálatos módon a beteg életereje nem tört meg a súlyos tünetek terhe alatt; stimulantiákkal nyújtottuk élete fonalát napról napra; s jóllehet a vizelet nem szaporodott, mégis az említett állapottal időnkénti könnyebbedéssel kibirta márczius 20-ig. Ekkor a vizelet megindult, az anasarca mindenütt lelohadni kezdett, étvágy visszatért, a gyermek napról napra élénkült s miután még a hasi genyedés is mérséklődött, 26-dikán alapos reményünk támadt az élet megtarthatásához.

Márczius 31-dikén a közérzet jó; végtagok vizenyője teljesen felszívódott, a has a rendes térfogatra apadt le, hasvízkórnak többé semmi nyoma. A köldökön lévő és az ettől jobbra fekvő nyílásokon át, melyek, mint a sondírozásból kitűnik, nem többé lapos üreget, hanem csak egy, ujjnyi vastagságú csatornamentet kötnek össze egymással, geny még mindig ürül. Vizelet 1000—1200 kcm., kevés fehérszínűt tartalmaz, de üledéke nem bő többé, s csak elvétve találni benne néhány cylindert. Tüdőben enyhe hurut, székletek rendesek; lázak nincsenek. Anaemia nagyfokú.

Igy álltak fenn a tünetek május 5-ig, midőn a jobb könyök felett egy gyermekökölnyi, nem fájdalmas, lassan, renyhén fejlődött tályog nyitattik meg, melynek alapján, krajozárnai terjedelemben lemeztelenített, érdes csontra akadunk; ez kikapartatván, jodoformkezelés alá vétetik. A has

többé nem érzékeny, de a genyedő hasfali sipolyos menet gyógyulás hajlamot nem mutat. A has mélyében ellenállóbb részletek nem tapinthatók.

Junius 14-dikén. A gyermek tápláltsága javul; vizelet tiszta, hasviszonyok egyformák. A jobb könyökizület feletti érdes csont részlet ma újból erőlyesen ki lett kaparva. A hasfal makacsul genyedő csatornás menete 2% chlorzink-oldattal lesz 3-ad naponként irrigálva s időnként jól meg-lapisolva. Miután így sem tapadt le, a jó karban levő gyer-mek erőbeli állapota megengedte, hogy július elején az egész menet felhasíttassék és nyíltan kezeltessek. S csak-ugyan jodoformkötések alatt csakhamar teljes gyógyulás következett be.

Egy darabig még megfigyelésünk alatt maradt a gyer-mek s midőn a jobb kar sebe is behegedt, az erőben tete-mesen gyarapodott gyermeket *mint gyögyullat bocsáthattuk* el, *egy évi kezelés után* július 19-dikén.

Azóta egy ízben láttuk a fiút s örömmel tapasztaltuk, hogy viruló színben jó egészségnek örvend; a karon kiúju-lásnak semmi nyoma s a has felett lezajlott hosszú beteg-ségből csak egy *vonalos heg* maradt vissza.

Ezen kórtörténet már küszáltabb s lefolyásában elhú-zódóbb, mint az előbbi. Egy egész alkatában lymphatikus gyermek, kinél a görvélyes terheltség el nem tagadható, csekély mérvű hasi fájdalmak mellett betegszik meg. A has-ban göbösödést, dudorokat érezni s a folytonos soványodás mellett a hashártyagyuladás lassan-lassan kétségtelenné lesz s ezt habozás nélkül idült, még pedig gümös alapon fejlő-dőnek kell felfognunk. A köldök fokozatos elődudorodása kísérve elszínesedéstől, a kórismét még inkább megerősíti. A köldök áttörik, az előömlő geny túrós, czaftos, s jóllehet gümöbacillust nem találtunk benne, tuberculosis folyamat termékének mutatkozik. Kétségtelen, hogy a genyedés a hasürből történik; hónapokon keresztül, válto-zatlan egyformaságában a kis beteg erejét napról napra fo-gyasztja, majd felületesebbé lesz, de az általános állapotban javulás nem, sőt a bőrfekélyek, csontbántalom és a tartós genyedés következményekép előálló vesebántalomban csak

rosszabbodás észlelhető. A veselob maga után vonja annak minden súlyosabb tünetét; a hasvízkört, általános pöffedést uraemia kíséri s végre a tüdővizenyő véget látszik vetni a mélyen szenvedő gyermek szenvedéseinek, midőn mintegy kritikus magaslatról visszafejlődésnek indul a betegség, az összekúszált tünetgomoly kezd eloldódni, foszladoznak a szervi elváltozásokat jelző physikalis leletek: a vizelet szaporodik, az oedemák eltűnnek, a tüdővizenyő fenyegető súlyossága egyszerű huruttá törpül, a hasi folyadékgyülem felszívódik, a közérzet javul, de megmarad a hasfal genyedő nyílása, mely azonban már nem a hasür termékét, hanem egy körülírt hely genyét választja ki. Végre a vesebajt hirdető fehérnye utolsó nyoma is eltűnik a vizeletből s a rossz kórjóslatú bántalom csekély műtéti beavatkozásra utoljára is teljes épséghez vezet.

A peritonitis tuberculosa gyermekeknél épen nem mondható ritkaságnak. Számos ilyen eset kerül évente kórházi megfigyelésünk alá. A hasnak lassan növekedő nagyobb térfogata, kísérve általános lesoványodástól, tompa hasfájdalmak, obliterált nyirkutak constatalása a has bőre alatt, göbök, ellenálló kötegek kitapinthatása a mélyben, majd előrehaladottabb stadiumban, a köldök előredudorodása pirosan elszínesedett lobos udvartól környezve, beszüremkedett lágyékmirigyek, görvélykóros alkat mellett képezik diagnosisunk alapját. A lefolyás igen hosszadalmas, hónapokig elhúzódó s a bántalom lassú kimerülés közben vezet a halálhoz. Bonczolásnál a visceralis hashártya-lemezt és az omentumot találjuk leginkább a gümöktől megrakva, míg a parietalis hashártyarészletet kevésbé. Az omentum és a belek legtöbbször a gümöktől sűrűn átitatottak s rostos álhártyák által egy gomolylyá összetapadtak; az összenövések által keletkezett tasakokban alig található kevés zavarós, olykor véres genyes folyadék; aránylag gyakrabban észlelhető mindezen kívül csekély hasvízkór, mint genyes gyülem. Esetünkben a genyszokatlan nagy mennyiségben volt jelen, úgy hogy némi kétség támadhat az iránt, nem-e egy chronikus genyes peritonitissel volt-e dolgunk, annál is inkább, mert a gümös peritonitisek a legtöbb szerző által mint rendszeren halálos kimene-

telüek állíttatnak oda. Ez a mi tapasztalásunkban is megerősítést nyerne. De mégis, ha számba vesszük a görvélyes alkatot betegünknel, mely oly eclatans módon nyilvánult a beszűrődött mirigyek, bőrfekélyek és csontbántalomban, ha tekintjük a hasi folyamat tüneteit s lassú fejlődését, úgy aligha tévedünk, ha oly módon fogjuk fel esetünket, hogy itt a tuberculosis peritoneihez egy félheveny lob szegődött, mely míg egyrészt bő genytermeléshez vezetve áttörést létesített, másrészt a gümös bántalmat olykép befolyásolta, hogy az visszafejlődött.

Újabban sokat írtak a peritonitisek sebészi kezeléséről laparotomia által. Az egyszerű genyes lobja a peritoneumnak, milyen volt előbbi esetünk, valóban igényelheti a hasmetszést s a hasür kimosását. Másképen áll azonban a dolog a peritonitis tuberculosaival. Ott, hol a beleket fedő hashártyán gümő gümő mellett sorakozik, hol a bélkacsok a gümös álhártyák által összevissza tapasztva, alig szedhetők szét, szóval, hol a gümösödés ily előrehaladt stadiumot ért el, az operatív beavatkozásnak alig lehet eredménye; ellenben a bántalom oly foka mellett, milyent a mi betegünknel is találtunk, hol a hashártya gümös megbetegedése még csak fiatal korát élte, a laparotomia a hasüri gyülem levezetése és még ismeretlen befolyások által a baj visszafejlődését elősegítheti.

LÖHLEIN H. tanár Giessenben ez év közepe felé az ot-tani orvosi társaság előtt „Erfahrungen über den Bauchschnitt bei tuberculöser Peritonitis“ czim alatt tartott egy előadást, tapasztalatai alapján, melyeket 6 peritonitis tuberculosa operatív gyógykezelése körül szerzett. Esetei nőszemélyeket illettek, kiknél részint sejtett tumor miatt csináltak hasmetszést, utólag derülvén ki a gümös alapú eltokolt ascites, részint egyenesen az utóbbi miatt történt a laparotomia. Nem akarjuk az egyes lefolyásokat részletezni, csak annyit jegyzünk meg, hogy a hat peritonitis tuberculosa közül csak egy tekinthető olyannak, mely tartós gyógyulást biztosított, míg a többinél jórészt csak rövid időre terjedő, javulás állott elő. Hogy mire vezethető vissza az esetleges eredmény, mi a gyógyító hatány, ezt mint eddig nem eléggé kiderített tényezőt állítja oda. Annyit azonban kétségtelen-

nek mond, hogy bacillus-szegény tuberculotikus eruptiókkal van ilyenkor dolgunk.

Mindezek után nem csodálkozhatni, ha esetünk gyógyult. Ha az áttörést megelőzőleg laparatomiát csinálunk, úgy dicsekedhettünk volna egy operative meggyógyított gümős hashártyalobbal, míg így lefolyt az, talán lassabban, de mégis eredményében sikeresen műtét nélkül.

A „Lancet“ 1881. év folyamában *S. Gee* értekezik a gyermekek peritonitis tuberculosájáról. Leírva a peritonitis tuberculosa kórképét, teljesen reményteleneknek tünteti fel azon eseteket, hol a beálló genyedés következtében fistulosus nyílás keletkezik a bélbe. A peritonitis tuberculosa ezen utóbb jelzett alakjára, melynél egy fistula stercoralis keletkezése volt a bántalom következménye, szolgáljon a következő kórtörténet:

3. Gümős hashártyalob 5 éves fiúnál, *Fistula stercoralis umbilici* képződése. Halálos kimenetel.

M. József 5 éves fiúcskát, 1889. szeptember 11-dikén szülői azon kimondásával vettük fel kórházunkba, hogy a gyermeknél, miután bizonytalan idő óta időnként hasfájdalmakról panaszkodott, három hó előtt a köldök és annak tájéka kipirosodva érzékenynyé, majd erősen fájdalmassá lett és egy napon a már duzzadt köldökön nyílás keletkezett, melyen kezdetben bő mennyiségű bűzös geny ürült ki, majd észrevették, hogy az híg, sárgás anyaggal keverődött, mely bélsárnak bizonyult.

A beteg jelen állapota a következőkben foglalható össze:

A korához képest elég jól fejlett s táplált, halvány bőrszínű fiúcska nyaki mirigyeik tapinthatók. A nyákhártyák halványak. A mellkasi szervek physikalís vizsgálata úgy a tüdők, mint szív részéről rendes viszonyokat tüntet fel. A máj és lép nem nagyobbak.

A has mérsékelten előre boltosult, eléggé rugalmas, kissé feszesebb, ovalis alakú. Tapintásra — a nélkül, hogy érzékenyebbnek volna mondható — a köldöktől aláfelé, a mélyben dudoros, nem feltűnő módon resistens képletek érezhetők, melyek a simító ujj alatt olyan érzést keltenek, mint ha nyers keményítőt dörzsölnénk ujjaink között. A köl-

döktáj kis tenyéryi terjedelemben jobban előre nyomuló élénk piros, kissé kimaródott. A köldök elsimult, s alsó szélén egy körülbelül félkrajczárosnyi összehúzódott nyílás van, melynek szélei kissé előrecsúcsorodva, tiszta piros sarjakkal borítvák. A környék nyomogatására, higas, bélgázok keveredéstől kissé habos, világossárga bélsár nyomul ki a nyíláson, melyet különben a folyton szivárgó bélváladék állandóan fed. A nyíláson keresztül vezetett kutatóval 9 centiméternyire haladhatunk lefelé, szabadon. Kutatáskor a köldök alatt mindenütt erősen tompult a dobos hang, míg felette éles. Szabadon mozgó folyadékgyülem a hasban nem mutatható ki. Vizezés nem fájdalmas; vizelet elég bő, gyengén savi, tiszta, átlátszó, idegen alkatrészt nem tartalmaz. Székletek eléggé összeállók, emésztettek.

Hőmérsék 37.2° C. Pulsus telt, száma percenként 80. Testsúly felvételnél 12.50 kilogramm.

Közérzet jó; a gyermek élénk, étvágya semmi kívánni valót sem hagy maga után. Fájdalmakról soha sem panaszkodik,

Diagnosisunk: *Fistula stercoralis umbilici*. Itt azonnal felmerül a kérdés, milyennek fogandó fel az oki bántalom, mely e rendellenes nyílást a bél és hasfal között létre hozta? Már a fistula helye peritonitisre engedett első sorban következtetni; a köldöktáj lévén ugyanis a hasfal legkevesbé ellenálló része, peritonitikus gyülemek itt találnak legkönnyebben legyőzhető akadályra. Az is kétségtelen, hogy a köldök-nyílás bélürrel áll összefüggésben, vajjon közvetlenül, vagy közvetve-e, ez azonnal nem volt eldönthető. Építve azonban a szülők azon kimondására, hogy először csak geny ömlött ki az áttörés helyén s csak azután vették észre a bélsár sárga színét; valószínűnek látszott a feltevés, miszerint a köldök fistula talán egy tasakkal áll közvetlen összeköttetésben s csak ennek közbevetésével a bélkacs üregével. Ez utóbbit vékonybélnek kellett tartanunk a szivárgó bélsár híg minőségéből következtetve, annál is inkább, mert ugyanakkor az anuson át összeállóbb faeces ürített ki.

Egy előrement diffus hashártyalob felvétele jogosultnak tűnik fel, még pedig gümös hashártyalob suppositiója,

mely folyamatot illetőleg azonban valószínűnek tartottuk, hogy még miudig fennáll.

A gyermek 6 hétig volt észlelésünk alatt. A fenntebb vázolt kórkép kezdetben alig mutatott valami progressiót. A köldökfistulán folyton szivárgott a híg bélsár, e mellett voltak rendes székürülései is. A beavatkozás eleinte alig szorítkozhatott egyébre, mint tisztántartásra. Szeptember 25-dikén a fistula nyílása lefelé tágitva lett, a czélból, hogy míg egyrészt a netán pangó és így a gyógyulást késleltető bélsárürülés szabadabbá tétessék, úgy másrészt, hogy a pathologikus viszonyokkal tisztába jöhessünk, de leginkább azért, hogy sarjadzásra s elzáródásra hajlamosabb, friss sebfelületet nyerjünk. A tágult nyíláson bevezetett kisujj, sima bársonyszerű felületű s inkább nagyobb ürnek, mint bélüregnek imponáló területet tapintott körül. Vérzés a műtétnél (VOLKMANN-kanalazás) alig volt, utána sublimat-kötéssel lett a seb fedve. Ezen tüzetesebb vizsgálat után, miután a perforált bél nem volt közvetlen a hasfalhoz rögzítettnek felfogható, a prognosist eléggé kétségesnek kellett kinyilvánítanunk.

A műtétet követő negyedik napon a has érzékenyebb lett s vehemens hasmenés lépett fel, mely néhány nap mulva oly mérvet öltött, hogy csak ömlött a köldökön keresztül a vizes, zöldes, nem épen büzös béltartalom; nagy quantuma a gyermek tisztántartását majdnem lehetetlenné tette, s szegényke úgyszólván folyton piszokban ült. A gyermek rohamosan soványodott, bágyadt, étvágytalanná lett. 20-dika körül a reggeli hő subnormalis fokot mutatott, az erős bélhurut az erélyes kezelésre időnként csekély javulást mutatott ugyan, de teljesen sohasem szűnt s napok teltek el, mialatt a végbélen bélsár alig ürült. A fistula kisebbedett, sőt be is húzódott, de záródási határozott jeleket nem mutatott.

Szeptember 21-dikén a legyengült betegnél a mandolákon diphtheriás lepedék volt észrevehető, estéli 38.6°-nyi hőemelkedéssel; 23-dikára a garat s légyszájpadra is áterjedt a necrotizáló folyamat s rekedtség is társult hozzá, mely következő napra stenotikus crouppá fejlődött és végre 26-dikán a gyermek fulladási tünetek között kimult.

A bonczolást PREISZ dr. kórházi boncznok végezte. A bonczjegyzőkönyvi diagnózis így szól: *Peritonitis tuberculosa chronica universalis. Ulcera nonnulla tuberculosa intestini ilei. Perforatio ternata intestini ilei in cavum peritoneale insaccatum inter intestina et parietem anticum abdominis, a symphysis ossium pubis usque ad umbilicum apertum tenens. Focus caseosus fabam aequans pulmonis sinistri. Anaemia universalis.*

Ezek után, ha magyarázatát akarjuk adni ezen kétségtelenül ritkább alakú fistula stercoralisnak, úgy a fejlődés sorrendjét talán így foghatjuk fel: a peritonitis tuberculosa az elsődleges, mely egy eltokolt, genyes izzadmány keletkezéséhez vezetett a mellső hasfal mögött annak mentén. Ekkor még aligha lehettek tuberculotikus fekélyek a belekben, legalább is nem mélyre hatók, mert az izzadmány nem a bélbe tört, — mit egy erodáló fekély könnyen létesíthetett volna — hanem a köldökön át keresett utat, visszahagyva a bonczolásnál talált piszkos, sárgás czafatoktól fedett tasakot. Később bélfekélyek keresztülmarták a belet s a béltartalom egy része a tasak közvetítésével a köldök-fistulán kezdett napvilágra jutni. A bélfekélyződés később nagyobb mérvet öltve idézte elő az élet végefele észlelt csillapíthatlan hasmenést.

Elsődleges veserák egy 5^{1/2} éves fiúnál.

Küzlötte: BÓKAI JÁNOS dr., igazgató főorvos (1883.)

A veserák, mely csak alig hat évtized óta ismert az orvosi közönség előtt, RAYER-nek 1841-ben megjelent „*Maladies des reins*“ című nagybecsű munkájában még mint oly megbetegedés tárgyalatik, mely főleg a közép, illetőleg öreg korban lép fel, s gyermekeknél csak ritkán, úgyszólván kivételesen fordul elő. RAYER ezen állítása majdnem 2 évtizeden át fenntartotta magát, s csak az 50-es évek felé kezdette érvényességét veszteni, midőn is nagyobbszámú, főleg angol és francia gyermekgyógyász (lásd BALFOUR ¹⁾, SHEPHERD ²⁾, NOWLAN ³⁾, HAWKINS ⁴⁾, BARTHES ⁵⁾, sat. casuistikus közléseit) a veseráknak a gyermekkorban nem éppen ritka fellépését constatálta. S ezen időtől kezdve a gyermekkorban észlelt veserákos esetek évről évre szaporodtak [MONTI ⁶⁾ GERHARDT gyűjtőmunkájában, 1878-ban máris 50 esetről tesz említést], s az esetek számának növekedése, a közép- és öregkorban fellépő veserák számához viszonyítva, oly mérvű lett, hogy RAYER tapasztalati tétele oda módosított, hogy az elsődleges veserák az öregkor mellett főleg a gyermekkor betegségét képezi. A veserák fellépését a különböző életkorban igen szembeszökőleg illusztrálja ROHRER-nek ⁷⁾

¹⁾ *Edinburgh. Med. Journal* 1855. *Schmid Jahrb.* Bd. 90.

²⁾ *Americ. Journal of Med. Scienc.* Jan. 1857.

³⁾ *Dublin Hosp. Gaz.* 1857. Nr. 24.

⁴⁾ *HAWKINS Lancet* I. 23. 1856.

⁵⁾ *Journal für Kinderkrankh.* Erlangen. 1862. p. 292.

⁶⁾ GERHARDT. *Handb. d. Kinderkrankh.* Bd. IV. Tübingen.

⁷⁾ ROHRER. *Das primäre Nierencarcinom.* Zürich. 1874.

1874-ban megjelent monographiája az elsődleges veserákról; szerzőnek nagy gondnal összeállított, s 115 esetre kiterjeszkedő statistikája ugyanis azt mutatja, hogy a veserák az eseteknek *több mint* $\frac{1}{3}$ -adában a gyermekkort illette (0—10 évig), s csak a fennmaradó $\frac{2}{3}$ -adban a közép-, illetőleg öregkort (10—90 évig.)

A pesti szegény-gyermekórházban 30 év lefolyása alatt, s mintegy 170,000 beteg gyermek között a veserák *csakis kétszer* fordult elő: az első esett 1865-ben észleltetett az intézetben, s az orvosi szaklapokban FALUDI ¹⁾ tr. akkori kórházi segédorvos által közöltetett; a második a múlt év folyamán került a kórházba, s ennek leírását az eset érdekességéhez mért részletezéssel a következőkben adhatom:

H Mór, $5\frac{1}{2}$ éves fiú, 1882. jun. hó 29-dikén vétetett fel a pesti szegény-gyermekórházba azon kórelőzményi adattal, hogy a gyermek hasának nagyobbodása egy év óta áll fenn, hogy a fiú ezen idő alatt folyton fennjárt, erősebb fájdalmakról nem panaszkodott, s véreset nem vizelt.

A gyengén fejlett, rosszul táplált, megsoványodott gyermek bőrszíne szenyés barnás-sárga. Testhossza 110 cm., testsúlya pedig 18 kilogramm. A látható nyákhártyák halavánnyak, icterikus elszinesedést nem mutatnak. A láták közep-tágak, egyenlők, fényre jól hatnak vissza. A nyelv fehéres lepedékkal gyengén bevont, nedves. A nyak részarányos. A mellkas rendesen alkatott, a bordaközök jól jelöltek. A szívcsúcslökés az 5-ik bordaközben tapintható körülírtan, a bimbótól kissé kifelé helyezett. A has teriméjében tetemesen megnagyobbodott, s a hasbőrön a kitágult bőrviszereknek sűrű hálózata található. A köldök változást, p. o. előtüremkedést, lobos pirt nem mutat, kissé elsimult. A hasi terimenagyobbodás nem egyeletes, s főleg a has balfelét illeti, úgy hogy a megnagyobbodott has balfelé mintegy áthajlik s ezen oldalon tojásidomúlag előredomborobik. Tapintásnál a has bal felében, azt egészen kitöltő, tömöttes, kissé rugalmas, s csak erősebb nyomásnál fájdalmas, jól határolt s igen kevésbé mozgatható daganat érezhető. A daganat a bal lumbalis tájat

¹⁾ Orvosi Hetilap 1865 és Jahrb. f. Kindersh. Bd. VII.

tökéletesen kitölti; felfelé a bal bordaivig terjed, lefelé pedig a bal csiptaraj alá követhető. Jobboldalt majdnem eléri a meghosszabbított jobb bimbóvonalat, s a terimenagyobbodásnak jobb és alsó legömbölyített széle a vizsgáló ujjak által könnyen átérezhető. Az imént leírt daganatnak megfelelőleg közvetlen a szivgödör alatt két, mintegy galambtojásnyi, lágyas, homályosan hullámzást mutató, gömbölyded dudor tapintható, mely a daganattal szorosan egybefügg, s azzal együtt mozgatható. Hasonló mintegy diónyi dudorodás tapintható ki a köldök alatt is, attól kissé jobbfelé elhelyezve; a köldöktől balra pedig a leírt daganatnak mintegy gyermektenyérynyi, tömöttek, rugalmas, nem hullámzó, erősebb kidomborodása érezhető. A daganat felett a hasfalzat ide s tova eltolható, s a daganat baloldali részletén a köldöktáj felől ferdén ki- és lefelé irányuló, mintegy két harántujjnyi vastag, kötegszerű képlet tapintható, mely felett olykor kifejezett kortyogás vehető észre. A dag helyzetváltoztatásnál helyzetét alig cseréli meg, s a légzési mozgásokkal egyidejű kitéréseket nem mutat.

A has körfogata a *kardnyujtvány magasságában*: 62 cm. (hasonló-korú egészséges gyermeknél: 51. cm.) A has legnagyobb domborulata magasságában 76 cm., s ebből esik a bal oldalra 39.5 cm., a jobbra pedig 36.5 cm. A köldök magasságában: 66.5 cm. (hasonló-korú egészséges gyermeknél: 48 cm.)

A köldök és a kardnyujtvány végpontja közötti távol: 21 cm. (egészséges gyermeknél: 12 cm.) A *symphysis* és a köldök közötti távol: 12 cm. (egészséges hasonló-korú gyermeknél: 6.5 cm.)

A borékon és himvesszőn rendellenesség nem észlelhető. Az alsó végtagokon, s nevezetesen a lábfökön mindkét oldalt mérsékelt-fokú vizenyős beszűródés látható.

Kopogtatás: A kulcsfeletti és alatti tájak, valamint a tövis feletti és alatti, s lapoczközötti tájak is a rendes viszonyokat mutatják. A jobb parasternal vonalban a 6-dik borda felsőszéléig teljes, éles a kopogtatási hang, innen lefelé haladva tompult dobos, majd csakhamar abszolút tompa. A jobb bimbóvonalban a teljes éles kopogtatási hang hasonlóképp a hatodik bordáig követhető; innen lefelé tompult

dobos a kontaktási hang, a bordaivhez közel pedig éles dobossá válik, mely hang mintegy harántújjnyira a bordaiv alá terjed. A jobb középhónalji vonalban a teljes éles hang már az 5-dik borda alsó szélének megfelelőleg tompúlt dobossá válik, a 7-dik borda alsó szélénél pedig éles dobos hanggá módosul. A szív tompulata a rendes kiterjedést mutatja. A bal középhónalji vonalban a lép tompulata a 8—11-dik borda között található, s a hasdaganat és a lép tompa kontaktási területe mintegy $1\frac{1}{2}$ harántújjnyi tompúlt dobos részlet által különítették el. A tapintás által tökéletesen körülhatárolható daganatnak megfelelőleg mindenütt tompa üres a hang, míg a hasür jobb fele fölött a meghosszabbított jobb bimbóvonaltól a jobb lumbalistágra átterjedőleg dobos és tompúlt dobos kontaktási hangot nyerünk. A bal lumbalis táj felett nagyobb ellentállás mellett teljesen tompa a kopogtatási hang.

A mellkasi és hasi szervekben, beleértve a szóban forgó hasi daganatot is, hallgatódzásnál semminemű rendellenesség nem található.

Az érlökés szapora, egyenletes, percenkint 100—120. A légzések száma percenkint 30—40. A végbélhő: $37\cdot2$ — $38\cdot4^{\circ}$ C. között ingadozik. A vizelet napi mennyisége 700—900 kcm. Világos szalmasárga, s csak kevésbé zavaros; gyengén savi. Fajsúly: 1020. Nagymennyiség fehérnyét tartalmaz. Górcső alatt a gyérüledék számosabb, szépen fejlett, oxalsavas-mészjegeczet mutat. Naponta egy féltömöttes székletét. Étvágy jó, a szomj kissé fokozott.

A gyermek kissé nehézkesen jár. Járásnál törzsének felső részét erősen hátrafeszi. Ágyában felültetve, alsó végtagjait térdben hajlítva felhúzza és keresztbe helyezi (török-módra), midőn is az előre domborodó has a végtagokban mintegy támaszt nyer. Hasát csak olykor fájlalja, a hasának még erősebb benyomását is jól eltűri.

A hasdaganat természetének meghatározása és a dag localisatiója volt tehát esetünkben a kórodai feladat.

A dag a has balfelében székelt, s részben a jobb hasfélbe is átterjedt; a léptől elég jól volt elkülöníthető; a légzéssel isochron kitéréseket nem mutatott, s a belek egész

tömegét a jobb hasrészletbe tolta át, kivéve a colon descendens-t, mely a dag alsófele előtt, illetőleg a dag és a hasfalzat között foglalt helyet. A felsorolt kórodai jelek a daganatnak retroperitonealis elhelyeződését bizonyították, s így a legközelebbi kérdés az volt, hogy mily természetű a daganat, s mely hashártya-megetti szervből vette a dag kiindulását. A daganat fejlődési tartama, nagy terjedelme, nagyobbrészt tömött rugalmas összeállása, itt-ott azonban lágy dűdorzos volta, s végre a beteg senyves külelme rosz-indulatú, s a legnagyobb valószínűséggel rákos újdönképlődést gyanítottak, mely kórfolyamat kiindulási helyéül, támaszkodva kórodai és kórbonczi tapasztalatokra, a baloldali vesét vehettük fel, mert a hashártya megetti nyirkmirigyek rákos elfajulását — mely jelen esetben a veserák és húsdagon kívül szóba jöhetett volna — a daganat térbeli elhelyeződése, kiterjedése és alakjának tekintetbevétele mellett, a legnagyobb valószínűséggel kizárhattuk.

De vajlon kórodailag eléggé indokolt volt-e résziünk-ről a baloldali veserák felvétele az elősorolt adatok alapján?

ROHRER már több ízben idézett monographiájában az elsődleges veserák eseteket symptomatologikus szempontból 4 csoportra osztja: az első osztályba sorozza azon eseteket, hol a rákos képződés kimutatható daganat, s haematuria nélkül jelentkezik (31%); a második osztályba azon észleleteket, hol vérvizelés mellett kisebb nagyobbmévű fájdalommasság is észleltetett (10%); a harmadik osztályba azon eseteket, hol a dag mellett haematuria jelentkezett (21%); végre a negyedik osztályba azon esetekét hol csak daganat volt észlelhető, haematuria azonban nem volt jelen (37%).

ROHRER statistikai összeállítása szerint tehát az utolsó osztályba tartozik a veserákok legnagyobb száma, s így a vese nagy teriméje a veserák diagnostikájánál jogosan a legállandóbb symptomának tekintendő és pedig ROHRER szerint olyannak, mely ha a kizárási eljárásnál legyőzhetlen akadályok nem játszanak közre, a veserák kórismézését lehetővé teszi, a többi cardinalis kórjelek hiányának daczára.

A veserák megkülönböztetése a vesesarcomától, mely kórodailag oly igen hasonlít a veserákhoz, s talán csak

kémlő szűrőcsapolás megejtése által különíthető el attól, esetünkben különbözeti kórisme tárgyát nem képezte, mert kórjóslatilag úgyis azonos-természetű a két bántalom, s mert a vesesarcoma a gyermekkorban különben is a legritkább észleletek közé tartozik, (a gyermekgyógyászati irodalomban eddig alig 10 eset van feljegyezve).

A kórisme mindezek szerint *baloldali elsődleges veserákra* tétetett.

A beteg állapota, a felvételt követő három hét alatt, lényegesen nem változott; változás a betegnél csakis annyiban volt észlelhető, hogy a has teriméje folyton, úgyszólván szemlátomást nagyobbodott.

A kórházi tartózkodás *26-ik napján* a gyermek hasáról újból méretek vétettek fel a már fentebb kijelölt pontokon, s a mérések ezúttal a következő különbözetekeket mutatták: a has körfogata a *szívgyödör magasságában*: 65 cm. (különbség 3 cm.); a has *legnagyobb domborulata magasságában*: 78 cm.¹⁾ (különbség 2 cm.); a *köldök magasságában*: 68·5 cm. (különbség 2·5 cm.); a *köldök és a karanyúvány* közötti távol: 22·5 cm. (különbség: 1·5 cm.); a symphysis köldök közötti távol: 14·0 cm. (különbség 2·0 cm.).

Az idézett számok tehát azt mutatták, hogy a hasiüri daganat gyorsan fejlődik, s ezen észlelet csakis támogatta az általunk felállított kórismét.

Ily körülmények között méltán felmerülhetett a nephrectomia kérdése, annyival is inkább, miután a vese-kiirtás két főellenjavallata²⁾ t. i. a másik vese hiánya, s a másik vese kóros állapota kórodai jelek alapján ki volt zárható. Az eddigi tapasztalatok a veseújképlet miatt véghez vitt nephrectomiáról nem kecsegtettek ugyan sok reménnyel³⁾, de tekintetbe véve, hogy műtét által gyógyult egyes esetek mégis találhatók az irodalomban⁴⁾, s szem előtt tartva

¹⁾ Ebből esik a bal oldalra: 40·3 cm. (különbség 0·8 cm.); a jobb oldalra pedig: 37·7 cm. (különbség 1·2 cm.).

²⁾ RĚCZEV. A vese-kiirtásról. *Orvosi Hetilap*. 1882. 32. sz.

³⁾ Lásd HUETER, CZERNY, KOCHER stb. esetét.

⁴⁾ Lásd JASSOP, HICQUET, s legújabban BRUNTZEL (*Berlin klin. Woch.* 1882. Nr. 49) esetét, hol egy 37¹/₄ font nehéz vese-rostdag irtott ki szerencsével.

azt, hogy műtét megkísértése nélkül a beteg a felette gyorsan növekedő daganat folytán rövid idő alatt úgyszólván mentesség nélkül elvész; kötelességünknek tartottuk a szülők előtt szóba hozni a műtét lehetőségét, természetesen nem hallgatván el előttük a műtét nehéz kivihetőségét, s a műtéttel járó és könnyen végzetessé válható veszélyeket sem. A szülők gondolkodási időt kértek, s feleletükkel több napon át késtek, mely idő alatt a műtét chanceai jelentékenyen rosszabbodtak, mennyiben az alsó végtagok vizenyője jelentékenyen fokozódott, s a beteg erőbeli állapota rohamosan csökkent. A szülők látva gyermekük tetemes rosszabbulását, végre önkényt kérték a műtét véghezvitelét, s daczára, hogy ismételten kijelentettük, miszerint ezen megváltozott körülmények között a műtét eredményességére alig gondolhatunk, kérelmüktől nem állottak el.

A műtét RÉCZEY IMRE magántanár úr, kórházi helyettes műtő által laparotomiával a linea alba mentében, KOCHER eljárása szerint, terveztetett, azonban már a hasmetszés megtétele után a műtét kivihetlensége tűnt ki, mennyiben a dag kifejtése az igen kiterjedt, dúsan edényezett, s nehezen szétválasztható összenövések folytán lehetetlennek bizonyult. A hasseb tehát, a szükséges lekötések megtétele után, varratokkal egyesítettett, s a beteg gondos ápolás alá vétetett. A gyermek a műtét napján elég jól érezte magát, a műtétet követő napon azonban diffus hashártyalob jelentkezett, melynek a beteg a harmadik napon áldozatul is esett.

A hulla BABES Gy. tr. kórházi boncznok által bonczoltatván, a bonczlelet főpontjai következők voltak:

A szívburokban pár csepp tiszta savó. A szív egyenesen megnagyobbodott; a bal szívgyomor falzata 7 mm. vastag, merev, fényes, fakóbarna. A szívüregekben halavány híg vér és borostyánkő-színű alvadék. A rekesz a hasür felé mély vájulatot képez, melyben a lép és a máj van mintegy elrejtve. A máj kisebb, barnásveres, petyüdt. Az epehólyagban kevés híg, barnás epe. A lép kicsiny, setétbarna, középtömött. A gyomor magasan áll, s a vékony belekkel együtt gázoktól kissé puffadt; nyákhártyája halavány, sűrű nyákkal fedett. A kitágult hasürt, főleg a bal

hasrészletben gömbölyded, alapján elmosódott hatású, dudoros, 26·5 cm. hosszú (a test hossz tengelye szerint), 26·0 cm. vastag (a has harántátmérője irányában) és 15·0 cm. magas (a mellső-hátsó átmérő szerint) daganat foglalja el, mely a bal ágyéktáját tökéletesen kitölti, lefelé a medence be-
menetig, felfelé a bordaszélig, bal felé pedig a lehágó remese alá, s a flexura sigmoidea hashártya-kettőzetébe terjed. A lehágó remese a dag mellső alsó, s bal oldali részletéhez rögzített, s aival mintegy 18 cm. hosszúságban kötszöveti kölegek által erősen összenőtt. A többi bélrészletek teljesen a jobb hasfélbe tolattak át, s felületükön a hashártya halavány rózsapiros, kissé fénylő és tapadós. A jobb vese nagyobb a rendsnél, halavány barnaveres, tömött. A bal vese teljesen a leírt hasdag által helyettesített.

A daganat súlya 4 kiló (a testsúlynak majdnem $\frac{1}{4}$ -de). A dag nagyobbára durva fehér kötszöveti reczétzből áll, melynek hézagaiban diónyi és nagyobb, fehér, kocsonyás, velős, helyenkint sűrű véredény-elágazódás által rózsaszínű, vagy egész diónyi vérömlenyektől feketés-
veres góczok találhatóak. A reczélet számos kisebb hézaga, nevezetesen a dag közepén részint velős péppel, részint nyúlós, tiszta sárga folyadékkal van kitöltve. A nagyobb góczok inkább a daganat környi részén székelnek. A tágult, vékony falzatú bal húgyvezéd hossza 35 cm., s eleinte a dag alsó mellső felületén halad, majd a dag felületén felfelé húzódik (éppúgy, mint a méhkürt a petefészekto mlő felületén), s a daganat hátsó felületére tér át, hol is jobbra, a máj bal karéja felé kanyarodva a daganatba fűrődik, s annak egy diónyi barnás pépes részletében elvesz. A húgyhólyag nyákhártyája halavány, benne kevés hűgy.

A bal húgyvezéd beszájadzási helye a hólyagban kúpszerűen kihúzott, s ez képezi a hólyag legmagasabban álló pontját.

Górcsói lelet:

A dag általában meglehetősen tömött, rostos szövetű, tág gerendezetzből áll, melyben apró, nagy magvú, alacsony, henger alakú vagy gömbölyded, a reczéletet teljesen vagy részben kitöltő, s helyenkint nyákosan elfajuló hámsejtek

találhatók. A vérdúsabb részeknek megfelelőleg a gerendezetben sajátfalzat-nélküli barlangos véredények észlelhetők, melyekből helyenkint kiterjedt vérömlenyek keletkeztek. Vesemaradványok a dagban a legszorgosabb kutatás daczára sem találtattak.

Diagnosis: Carcinoma medullare diffusum renis sinistri cum extensione excessiva ureteris sinistri. Hypertrophia et degeneratio hyalina cordis. Peritonitis diffusa incipiens.

Esetünkben tehát, mint az életben felvettük volt, baloldali elsődleges veserák volt jelen, áttéti góczok nélkül. Áttéti góczok hiánya veseráknál általában nem tartozik a ritkább jelenségek közé, s metastásisok a különböző szervekben, így tüdő, máj és az ellenoldali vesében, az eddig észlelt eseteknek több mint felénél hiába kerestettek (lásd ROHRER adatait).

A daganat súlyát és térbeli kiterjedését illetőleg nem sorozható a ritkán előforduló észleletek közé, így ROBERTS¹⁾ már 1865-ben 8 fontot vett fel veserák átlagos súlya gyanánt. MONTI összeállítása szerint gyermekeknél a veserák átlagos súlya 3—5 fontra tehető, hogy azonban ezen számot a veserák egyes esetekben jóval túlhaladhatja, mutatják HAWKINS²⁾ és VANDER BYL³⁾ észleletei is, melyekben 6, illetőleg 8 éves fiúgyermeknél 31 font súlyú veserák észleltetett.

A colon descendes viszonya a daghoz hasonló volt, mint a gyermekkórház részéről 1865-ben közölt esetben. A szálagos összenövés a dag és a lehágó vastagbél-részlet között igen kiterjedt és felette erős volt, s valóban csodálatos, hogy ezen összenövések daczára a kórházi tartózkodás egész tartama alatt bélsár-kiürítési zavarok nem jelentkeztek a gyermeknél.

Az ureter rendkívüli meghosszabbodását esetünkben ritkább jelenségnek kell tartanunk; ily meghosszabbodásról ugyanis sem ROSENSTEIN⁴⁾, sem EBSTEIN⁵⁾, sem MONTI nem

¹⁾ ROBERTS. *Urinary and Renal Diseases*. London. 1856.

²⁾ l. c.

³⁾ *Transact. of Path. Soc.* 1865.

⁴⁾ ROSENSTEIN. *Nierenkrankheiten*. Berlin. 1870.

⁵⁾ ZIEMSSSEN. *Handb. der spec. Path. u. Therapie*. Bd. IX. 2.

tesznek említést, valamint ROHRER monographiájában is hiába keresünk idevonatkozó adatokat, bár szerző felemlíti az ureter eldugaszolását, kitágulását és obliterációját. A bal ureter az általunk közlött esetben 35 cm. hosszú volt, mely hossz mintegy 3 cm.-rel túlhaladja a felnőtt egyéneknél észlelt ureter hosszát, s több mint kétszeresét, sőt majdnem háromszorosát képezi a hasonló korú gyermekeknél talált rendes hosszúságnak. A húgyvezér ezen feltűnő megnyúlása szerintünk a vesének a daganat fejlődése közben beállott, s mindinkább fokozódó tengelyforgásából magyarázható, mely tengelyforgások alatt ugyanis az ureter két fix pontjának, azaz a vesekehelynek és a hólyagnak egymástól való távolsága mindinkább növekedett. Hogy valóban mily fokú vongálásnak volt kitéve a bal oldali ureter, mutatja a bal húgyvezéd beszájadzási helyének kúpszerű kihúzótsága, s azon lelet, hogy ezen kúpszerű kihúzótság képezte a hólyag legmagasabban álló pontját.

Végre még egy kórbonczi leletről kívánunk megemlékezni és ez a szív, s főleg a bal szív-részlet hypertrophiája. ROHRER már több ízben idézett munkájában (pag. 112) a szívre vonatkozólag általánosságban a következőket mondja: „das Herz ist klein und welk, nur ausnahmsweise vergrössert,“ s ezen utóbbi állításának igazolására idézi egy esetét, hol a bonczolatnál a szív nagy, szélessége megnagyobbodottnak találtatott, ép billentyűk és mérsékelt részleges szívizom-elzsirosodás mellett. A többi szerzők, mint ROSENSTEIN, EBSTEIN és MONTI nem közölnek ide vonatkozólag semmit s így a szív-nagyobbodás, veseráknál, a ritkább észleletek közé tartozik. Nézetünk szerint a bal szív hypertrophiája esetünkben legegyszerűbben talán azon folytonos nyomásból származtatható, melyet a dag a hasi nagy edényekre, s különösen a hasi függére gyakorolt, mely nyomás így a bal szív munkáját növelte, s annak túltengését eredményezte.

Vese-sarcoma 1½ éves fiúgyermeknél.

Közlötte: BÓKAI JÁNOS dr., igazgató főorvos (1884.)

Az „Orvosi Hetilap“ 1883. évi folyamában ¹⁾ a veserák egy kiválóbb esetét közöltem az ügyfelekkel. Azóta újólág két vesealképlet került észlelésünk alá, melyek egyike, mint kórházi fekvő beteg, az intézetben bonczolás alá is került. Ezen észleletünk a vese újképleteknek egy más érdekesebb nemét, a vesehúsdagot tárja élénk, azon kóralakot, mely a veseráknál is ritkább jelenség, s a gyermekkorban eddig csak alig néhány, *tudtommal tizennégy esetben* találtatott.

Ezen húsdag-esetek között kiválólag érdekesek EBERTH²⁾, COHNHEIM³⁾, LANDSBERG⁴⁾ és MARCHAND⁵⁾ észleletei. Ezekben ugyanis a vesedag, mely nagyobbrészt a rostos vagy aprósejtű sarcoma képét mutatta, egyszersmind kisebb-nagyobb számmal haránt-csikolt izomrostokat is tartalmazott, mely lelet COHNHEIMOT azon nézetre vezette, hogy a dagok ezen faját embryonalis eredetűeknek, tehát *veleszületettnek* tekintse.

Esetünk egy ily vese-sarcomát mutat, s az ilyenmű eseteknek ritka volta készttet kórtörténetünknek ez alkalommal való terjedelmesebb közlésére.

E József, 18 hónapos gyermek, 1883. január hó 26-dikán hozatott be nevelőanyja által a kórházba azon kórelőzménnyel, hogy *négy hó óta* veszik észre az altest

1) Lásd ezen gyűjtemény XVII. cikkét.

2) VIRCHOW'S *Archiv.* Bd. 55.

3) VIRCHOW'S *Archiv.* Bd. 65.

4) *Berlin. klin. Wochenschrift.* 1877. Nr. 34.

5) VIRCHOW'S *Archiv.* Bd. 73.

térfogatának lassú növekedését, anélkül azonban, hogy a kis betegnél ezen idő lefolyása alatt feltűnőbb mérvben hasfájdalmak jelentkeztek volna. A gyermek 14 hónapos koráig szopott; e mellett azonban mesterségesen is tápláltatott. Folytonosan gyengélkedő volt, s időnként bélhurutban szenvedett.

A gyermek a kórházba felvételén, a megejtett vizsgálat nála a következőket mutatta:

A rosszúl táplált, s lesoványodott fiúcska halavány, viasz-sárga, testsúlya 9 kilo. A nagy kutacs még nyitott, mintegy nagyobb krajczárnyi. A mellkas a hónalj felső részletének megfelelőleg benyomott, alól ellenben tágult. A bordák körvonalai jól láthatók; a bordaporc-végek bütykösen vastagodottak. A bordaközi izmok jól működnek, s lélegzésnél mindkét mellkasfél egyenletesen emelkedik. A szívcsücslökés az 5-dik borda felett tapintható, a bimbótól kissé kifelé. A has teriméjében tetemesen megnagyobbodott, a megnagyobbodás azonban nem egyenletes, hanem főleg a bal hasfélre szorítkozik, mely hasrészlet tojásidomúlag domborodik elő. A köldök elsimúlt. A hasbőr mindenhol szabadon redőzhető, s változást nem mutat, kivéven, hogy bal oldalt rajta kissé kifejezettebb vizérhálózat látható. Tapintásnál a has bal felében egy, körülbelül a gyermek fejének megfelelő nagyságú, síma dombordad felületű, legömbölyített széleket mutató, kevésbé mozgatható, nem fájdalmas képlet érezhető, mely a bal hasfelt majdnem teljesen kitölti, s a következő határvonalakat mutatja: *felfelé a bal bordáivet erősen megközelíti, a tapintóújj azonban a daganat és bordáiv közé eléggé jól betolható; a meghosszabbított bal bimbóvonalban a bordáivtól mindinkább távolodik, s a köldök magasságában mintegy 3 haránt-újjnyira haladja túl jobb felé a köldököt; a köldök alatt a dag szabad széle a bal hasfélre terjed át, hol is a csipőtaraj alá jutva, a bal lumbalis tájba mélyed.* A dag felső felében harántújj vastag, a dag egész szélességén átvonuló köteges képlet tapintható, mely a daganat felületén felülről ferdén be és le a köldök felé vonúl, időnkint szemlélhetővé is válik, s kis fokban ide s tova mozgatható.

A has méretei a következők: a has körfogata a *proc. xyphoideus* magasságban: 48 cm., a bordáiv magasságában: 53

cm., a köldök magasságában: 55 cm.¹⁾, s a csiptaraj magasságában: 46 cm.²⁾)

A végtagok körös változást nem mutatnak. A hengeres csontok epiphysisei, s nevezetesen az alkar-csontok kéztői végei vastagodottak.

A mellkason physikalís eltérés csak annyiban tapasztalható, hogy a jobb mellkas felett a gerinczmelletti vonalban körülírtan tompult kontakási hang mellett erősebb hörghangzás gyenge hörgi légzés, s középszámú, apró egyenlő hólyagú, nedves szörtyögés hallható. A májtompulat változást nem mutat. A léptompulat a bal közép-hónaljvonalban már a 8-dik borda felett kezdődik, *a tompult hang azonban csakhamar kifejezetten dobos lesz*, a bordaív alatt pedig a hasüri daganat tompa üres hangjába megy át. A hasdag felett a kopogtatási hang, egész kiterjedésében, tompa üres. Szabad hasvizkór nincsen.

A gyermek köhög. Köhögése erőtlen, száraz. Étvágya kielégítő, szomja fokozott. Széke rendes. A vizelet narancs-sárga, napi mennyisége meg nem határozható. Savi vegyhatású, kissé zavaros. Fajsúlya 1'018. *Fehérnyének csak nyomait mutatja, s górcsövel festenyétől fosztott több vörös vérsajt látható.* A gyermek erőtlen, ágyába felülni magától nem képes, s felültetésnél támogatásra szorúl.

A talált hasüri daganatnak közelebbi meghatározása volt tehát a megoldandó kérdés.

A dag felső határa, miként a jelenállapotból láttuk, a tapintó újjal legalább részben, eléggé jól volt körüljárható, s ezen körülmény, valamint azon physikalís lelet, hogy a léptompulat és a daganat tompa üres kontakási területe egymástól mintegy nagyobb harántújjnyi tompult dobos csik által volt elkülöníthető, azon nézetre vezettek bennünket, hogy a kérdéses tumor a léppel közvetlen összefüggésben nem áll, *tehát annak kiindulási pontja nem a jelzett hasüri zsiger.* A daganatnak csekély fokú mozgékonyasága, passív viselkedése a rekesz légzési mozgásainál, valamint azon kórtünet, *hogy*

¹⁾ Ebből a bal hasfélre esik : 29 cm., a jobb hasfélre pedig : 26 cm.

²⁾ Ebből a bal oldalra esik : 23·5 cm., a jobb oldalra pedig : 22·5 cm.

a dag előtt a bélhuzam egy részlete vonul át, mely a daganat felületéhez látszik rögzítve lenni, a dag *hashártya-mögötti elhelyeződését* bizonyították, midőn csakis két eshetőséggel kellett számolnunk, ugyanis vagy a vesét, vagy pedig a retroperitonealis mirigyeket vehettük a daganat keletkezési helyéül. A daganat topographikus elhelyeződése, alakja inkább az első lehetőség mellett szólott, s e mellett bizonyított a fennálló, bár kis fokú *vérvizelés* is, mely — miként ismeretes — a veserák és sarcoma egyik pathognomikus tünete. Mindezeknél fogva *baloldali vese-tumort* vettünk fel, s a dagot, tekintve gyors növekedését és a beteg senyves külemét, a *rosszindulatú neoplasmák* közé soroztuk. Valjon rákos avagy sarcomatosus elfajulás okozta-e a daganat keletkezését, annak diagnostikai részletezésébe nem bocsátkoztunk, mert kórodai szempontból a kérdés eldöntése fontossággal úgy sem bír. Hogy a hasüri daganat mellett egyszersmind körülírt *hurutos tüdőlob* is volt jelen, azt az észlelt tünetek alapján kétségtelennek vehettük.

A diagnosis ilyenén megállapítása után természetesen *a nephrectomia (vese-kürtlés)* kérdése merült fel első sorban, azonban úgy az irodalom ide vonatkozó adatai, valamint saját, a közel múltból vett tapasztalataink, semmi kilátást sem nyújthattak ily beható műtét eredményességére. Igaz ugyan, hogy a műtét két fő ellenjavalata, a másik vese hiánya és kóros elváltozása esetünkben nagy valószínűséggel ki volt zárható; azonban a beteg kora, satnya alkata, s a fennálló, bár nem nagy terjedelmű *hurutos tüdőlob* elég ok volt arra, hogy ily súlyos operatív beavatkozástól, *legalább egyelőre* eltekintsünk.

A gyógykezelés ezek szerint az erőbeli állapot emelését, s a *tüdőbántalom* gyógyítását célozhatta, a kezelés azonban teljesen eredménytelen maradt, a gyermek rohamosan sorvadt, (a beteg rövid idő alatt $1\frac{1}{2}$ kilót veszített testsúlyából) gyengült és a kórházi tartózkodás 3-dik hetében elhalt. A has méretei ezen idő lefolyása alatt lényegesen nem változtak.

A hulla ALEXANDER tr. kórházi boncznok által bonczoltatott, s a bonczlelet kívánatosan a következő volt:

A has bal felében, részben a jobb hasfélbe is átterjedőleg 16 cm. hosszú és 12 cm. széles, körülbelül *gyermekfejnyi*, egyenletesen dombordad daganat találtatott, *mely a lehágó remcse mesenteriumát képező hashártya-kettőzet között foglal helyet, s melynek melleső domborulatához felülről és balról be- és lefelé haladó irányban a colon descendens rögzített.* A máj nem nagyobbodott, barnavörös, közép vértartalmú. A lép kissé nagyobb, tömöttebb. Burka vastagült, bennéke chocolad-barna, nehezebben kivakarható. A jobb vese közép-nagy burka könnyen levonható. Felülete halavány, a lobrok kissé belöveltek. *A bal vese a jelzett újképletté átalakult, úgy annyira, hogy csakis a dag felső felében találtattak vesemaradványok, sorvadtt kéreg- és velő-állomány képében.* A bal húgyvezér meghosszabbodott, a dag hátsó felületéhez rögzített. A vesemedence tágult, barna lágyas szövetrészletekkel kitöltött. Az újképlet vastag kötszöveti burokkal ellátott, *s a fedő hashártyalemezzel erősebben összenőtt.* Nagyobbára tömött, rugalmas, metszfelületén kidudorodó. Itt ott enyvszerű anyaggal kitöltött lencsényi, egész mogyorónyi cystákat, nagyobb terjedelmű vérömléseket, pépesen szétmálló, barnás, kisebb-nagyobb góczokat, s laza, szakadékony állományt mutat. A dag súlya $1\frac{1}{2}$ kilo. A hashártya mögötti mirigyek megnagyobbodást nem mutatnak. A húgyhólyag közép nagy, benne kevés tiszta húgy. A bal tüdő alsó lebenye egészben tömött, légtelen, metszfelületen finoman szemcsézett, halavány barnavörös.

A daganat górcsói vizsgálatát BABES tr. egyet. magántanár végezte, s vizsgálatának eredményét a következőkben foglalta össze:

A dag környi részlete a burokkal együtt, körülbelül centiméter vastag réteget képez, mely majd nyúlványokat küld a mélybe, majd pedig elmosódottan megy át a mélyebb szövetekbe. E réteg halavány vörös, s már szabad szemmel való megtekintésnél is finom hossz-rostozatot mutat, melyről górcsói vizsgálatnál kiderül, hogy részben hosszan lefutó kötszöveti hyalin rostokból, *részben igen vékony, s nehezen kivehető haránt csikolattal ellátott izomrostokból áll.* Ezen izomrostok néha tompa orsókat képeznek, melyek végén gyak-

ran több magvú protoplasmatikus képletek mutatkoznak, a körzet más részeiben pedig igen hosszú, néha több magvú orsósejt által helyettesítettek. Úgy az utóbbi képletek, mint az izomrostok közt hosszrések vannak, melyekben apró, gömbölyded sejtek, vagy vörös vértestecskék halmozódtak fel, vagy pedig a nevezett rések öblös határvonalú, tágult edényrecézettel kitöltöttek. *Az izomszövet az említett nyulványokon keresztül hatol a dag mélyébe; e mellett azonban mo-gyorónyi, egész diónyi, különálló góczok is láthatók a mélyben, melyek hasonlókép körkörösén elrendezett, harántcsíkolt izomrostokból állanak.* Ugyanezen helyeken azt is észlelhetjük, hogy az izomrostok tágult edények körül is ülnek, azok körül gyűrűzetet, kacsokat képezve.

A dag legnagyobb része apró, gömbölyű vagy orsóalakú sejtekből áll. Ezen sejtelemelek nem ritkán górcsövi vagy macroscopikus üregek által vannak megszakítva, melyekben a dag szövete mintegy szemölcsösen benő. Ezen szabálytalan szemölcsös üregek köbös vagy hengersejtekkel vannak kibélelve, s olykor a górcsöi metszet nagy részét elfoglalják, különösen azon helyekről vett metszeteken, hol a dag már a viszonylag ép vese-szövetbe megy át. A dagnak nagy fokban kitágult, s helyenkint valódi barlangos szövetet képező edényeiből a szomszéd szövetbe nagyobb mennyiség vörös és fehér vérsejt, s rostonya izzadt, mely által azután a dag gyurmájában elmosódott, s többé-kevésbé körülirt, feketés-vörös és szenyas-fehéres góczok képződnek.

A dagot mindezek szerint BABES tr. *egy oly atypikus, s részben heteroplastikus daganatnak tartja, mely a húsdag-csoportba tartozik, s melynek tetemes része azonban edénytágulat, harántcsíkolt izomrost és burjánzó mirigyszerű szövet által van képezve.*

Az általunk közölt eset ezek szerint EBERTH, COHNHEIM, LANDSBERGER és MARCHAND észleletei mellé sorozható. A dagképződést, ép úgy mint a fentti észlelők, mi is *embryonalis* eredetűnek tartjuk, s az *ős-csigolyalemez*¹⁾ és *ősvese* köz-

¹⁾ Az *ős-csigolyalemez* tudvalevőleg a törzs-izomzat nagy részének csíráját rejti magában.

vetlen szomszédságából gondoljuk legtermészetesebben levezethetőnek a kérdéses, némileg relytélyesnek látszó vese-alképlet fejlődését; mert miként COHNHEIM kérdés gyanánt felveti: „*liegt es nicht nahe anzunehmen, dass vermöge einer fehlerhaften Abschnürung einige von den Muskelkeimzellen sich von Anfang an der ersten Urnierenanlage . . . beigemischt haben, die hiernach erst in den schon fertigen Nieren und zwar links früher, als rechts zu pathologischer Entwicklung d. i. also geschwulstartiger Neubildung gelangt sind?*“



XIX.

Jobb oldali vesedaganat 15 hónapos leánygyermeknél.

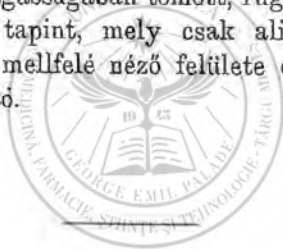
Közlötte: BÓKAI JÁNOS dr., igazgató főorvos (1884.)

A harmadik vesetumor, melyet azonban csak járólág észleltünk, az 1883. év október havában került elénk. A beteg, 15 hónapos leánygyermek, a bemutatás után rövid időre elhalt, s miután a bonczolás a szülők ellenkezése folytán nem volt kivethető, az eset sok tekintetben homályban maradt előttünk. Valószínű, hogy ezen esetben is húsdagos vese-alképlettel álltunk szemben, melynek fejlődési alapja, tekintve a beteg zsenge korát, még az ébrényi életben volt megvetve.

Az eset vázlatát, a jegyzőkönyvi adatok alapján, a következőkben adhatjuk:

A megnagyobbodásnak fejlődése iránt a szülők felvilágosítást nem bírnak adni. A gyermek gyengén fejlett, erősen lesoványodott, senyves küllemű. A fej körfogata a faldudorok magasságában 45 cm. A nagy kutacs krajezárnyi. Az arcz halavány, összesen tíz fog látható. A mellkas angol-kórosan alkotott, körfogata a bimbók magasságában 43 cm. A physikalis viszonyok a mellkason rendesek. A has, teriméjében tetemesen megnagyobbodott; a megnagyobbodás azonban főleg a *jobb hasfél*t illeti. A köldök-gyűrű tágult, nagyobb babnyi köldöksérv. A has körfogata a köldökön keresztül 47 cm. A köldök távolsága a kardnyujtványtól 11 cm., a symphysistől 8 cm. A jobb hasfélben *kisebb gyermekfejnyi*, kevésbé mozgatható, egyenletesen domborodad, síma felületű, nem fájdalmas daganatot tapinthatni, mely felett a hasbőr

szabadon redőzhető. *A dag a középvonal felé a köldököt majdnem megközelíti, felfelé legömbölyített széllel a jobb bordaív alatt végződik, s hátra a jobb lumbalis tájba mélyed, lefelé pedig a jobb crista ilei alá hatol.* A dag felett a kontaktási hang tompa, üres. A májtompulat a rendes határokkal veszi kezdetét, s a bordaívig terjed. *A májtompulat, s a hasdaganat tompulata között mellül mintegy harántújjnyi, éles dobos kontaktási terület nyerhető.* A léptompulat megnagyobbodást nem mutat. A bal hasfél felett mindenütt éles, dobos hang nyerhető. A jobb lumbalis tájnak megfelelőleg nagyobb resistantia mellett erősen tompult a kontaktási hang, míg bal oldalt inkább éles dobos. A vizezés szabad. Vértvizezés sohasem észleltetett. A bemutatott szalmasárga, s tiszta vizelet *fehérnyéknak csak nyomait* mutatja. Alak-elemek benne a górcsői vizsgálatnál nem találtattak. A székletét szabad. A végbélbe vezetett újj a promontorium magasságában tömött, rugalmas, legömbölyített szélű képletet tapint, mely csak alig mozgatható. A vizsgáló újj a dag mellfelé néző felülete elé hatol, s a dag mögé nem nyomható.



Gáttáji zúzódás a húgycső roncsolásával.

Küzlötte: HAINISS GÉZA dr., volt kórházi segédorvos (1888.)

B. Gyula, 12 éves, jól fejlett, közepszerűen táplált fiú, 1885. szeptember 17-én azon panaszszal hozatott a gyermek-kórházba, hogy a délelött folyamán, mászkálás alkalmával elcsúszott s úgy esett egy alatta levő szék támlájára, hogy gáttáján és borékján tetemes zúzódást szenvedett.

A fiú teljes apathiában, mozdulatlanul feküdt ágyában, arcán nagyfokú szenvedés kifejezése ült s a legcsekélyebb érintésre feljajdult a heves fájdalmak következtében. A zúzott területet vizsgálva, nagyfokú változások észlelhetők. A scrotum teriméjében jelentékenyen megnagyobbodott, bőrszíne sötét, helyenként halványabb, kékesen elszínesedett, feszült, fénylő. A gát s környező lágyrészei hasonlóképp duzzadtak, szederjes színűek, itt-ott felületes roncsolást mutatnak s úgy ezek, mint a borék már a gyenge érintésnél is erősen fájdalmasak. Egyelőre a fájdalmak enyhítése czéljából jeges borogatások alkalmaztattak s a tüzetesebb vizsgálat későbbre halasztatott. Néhány óra után a fiú némileg magához tért, fájdalmai csekély fokúaknak látszottak, s néhány szót érthetően, de szakadozva volt képes kiejteni, azonban hamar kifáradt s ismét fájdalmasan nyögött. *A vizelet kiürítése teljesen megszűnt.* A hólyag mindinkább tágult, előre domborodott, miért is megkíséreltetett a hólyag kiürítése a legnagyobb óvatossággal, de a pöcsap a symphysis alá jutván, ott elfordult s útja folytatásában legyőzhetlen akadályra talált. Fokonkint keskenyebb átmérőjű pöcsapok alkalmaztattak, de a legcsekélyebb eredményre sem jutottunk, mert az emli-

tett helyen túl menni, még csekély, megengedhető erőszak kifejtése után sem voltunk képesek. A pöscsap irányát látószólag mindig a borék felé vette s a fiúnak rendkívül heves fájdalmakat okozott. A csapolási kísérletek a következő reggelig felfüggesztettek. Fiú az egész éjjelt álmatlanul, heves fájdalmak által gyötörve, töltötte, melyek reggelre még inkább fokozódtak, mit a hólyag túlteltsége is nagy fokban előmozdított. A catheter bevezetése most is eredménytelen volt.

Ily stadiumban szükségessé vált a húgyhólyag megnyitása a vizelet levezetése céljából, mit kórházunk műtörvosa, VEREBÉLY LÁSZLÓ tr. magántanár a kömetszésnél szokásos műtéti módon vélt megejthetni, miután a zúzódás helyén bekövetkezendő szövetelhalás és húgybeszűrődés bemetszését e helyen úgy is igényelt volna.

A műtét nem mindennapi nehézségekkel járt, a mi könnyen magyarázható, a mennyiben itinerarium bevezetése absolute lehetetlen volt; ezért a húgycső irányát és a hólyagnyák helyzetét megtalálni úgyis szólván a véletlenre kellett bízni, s így nem kicsinyelhető támpontot veszítettünk el a hólyag megnyitásának valószínűsítésénél. Ezenkívül még kétszeres nehézséget okozott a műtőre nézve a nagyfokú duzzadás és a vérrel teljesen beszűrődött roncsolt szövet. Folytonos, a végében át történt ellenőrző vizsgálat mellett a gát jobb oldalán is bemetszést végzett a műtő, miáltal mégis több tájékozódást nyert a megváltozott bonczani viszonyok felől. Csak *hosszas keresés után* sikerült végre is a hólyagot megnyitni, mire a megszaporodott nagy mennyiségű vizelet teljesen kiürülhetett. De hol van a húgycső, s mi volt a pöscsap behatolásának akadályja? A feleletet erre megadta az újabb catheter-vizsgálat. Igyekeztünk ugyanis a cathetert újból a hólyagba vezetni, de mindannyiszor a baloldali gátmetszési területén bukkant elő, ép a leginkább roncsolt szövetrészek között, s lassú praeparálás és tisztogatás után nyilvánvalóvá lett, *hogy a húgycső falának egy részlete e helyen szétroncsoltatott.* E roncsolt szövetek között megtaláltuk végre az alsó esonkot is, melyen át azután a pöscsap könnyedén becsúszott a hólyag ürébe. Most a hólyag draineztetett s 2%-os bórsavoldattal többszörösen kimosatott, s a rendes kömetszés utáni

kezelésüinktől csak annyiban tért el a további eljárás, hogy a hólyagür naponta kétszer is kimosatott az említett bóroldattal.

A műtét után betegünk a körülményekhez képest eléggé kedvező tüneteket mutatott; nyugodt volt, fájdalmak nem jelentkeztek s a hőfok csakis 39° C.-ig emelkedett. Harmadnapra azonban kellemetlen jelenségek állottak be; a borékon ismét erősebb feszülés és több helyen kezdődő üszkösödés lépett fel, mire mély bemetszések tétettek a legnagyobb részt tömöttes véralvadéktól duzzadt szövetrészekbe. Erre a feszülés alábbhagyott, a bőr petyhüdtté vált, az esti hőfok azonban még mindig egész 40° C.-ig emelkedett.

Két hét lefolyása után már jóindulatú sarjadzás állott be a sebési területeken, s így a pöcsap (5-ös *Nélaton*) alkalmazható lett s ezzel egyidejűleg a hólyag drainézését is beszüntethettük. A lágy catheter bevezetése alkalmával azonban mandrin segélyét kellett igénybe venni, különben az a borékon ejtett bemetszési helyen nyomult ki; a pöcsap most már állandóan bennhagyatott.

A 21-dik napon a gát sebe teljesen gyógyult; a borék sebe még kissé genyedt, de már felületes; a beteg vizeletét könnyen bocsátja a húgycsővön keresztül s a pöcsap csak másodnaponként vezetetik be.

Igy álltak a viszonyok néhány napon át, míg végre a 31-dik napon (október 20.) kellemetlen tünet jelentkezett; *ugyanis a húgycső prostatai részletén a catheter csak erőszakol volt áthajtható*, s így az eleve félt szor bekövetkezni látszott. E szor tágitása céljából naponta szálacsok alkalmaztattak, de daczára ennek, a bevezetés mindinkább nehezebbé s fájdalmasabbá vált. A tágitási kísérletek eredménytelenségét látva, november 13-dikán *urethrotomia externa* végeztetett. A műtét utáni első napokban erősebb lobos reactio jelentkezett, mérsékelt vizelet-szivárgással, de az 5-dik napon már megszűnt a lob s a húgycsővarratok eltávolíthatók voltak. A catheter semmi kellemetlenséget nem okozván, 20 napig helyén hagyatott. Később a catheter naponta változtatott, majd december 9-dikétől kezdve, csupán reggel és este vezetettett be $\frac{1}{3}$ órai tartamra s betegünk majdnem az egész napot ágyon kívül tölthette.

Deczember 12-dikén este vizeléskor a *húgycsőnyílásban erősebb fájdalmakat* érez s már másnap erős duzzanat jelentkezett a makknak megfelelőleg s nyomásnál néhány csepp geny ürült a húgycsőnyílásból. Ezen új kellemetlen körülmény jelentékenyen zavarta ugyan a további kezelést, mert a pöcsap bevezetése az orificium ext.-ban székelő nagy fájdalmak folytán csak nehezen volt kivihető, mindezek daczára azonban a pöcsap naponta alkalmaztatott majd egy, majd pedig két órai tartammal.

Az urethritis négy hét alatt teljesen gyógyult. A még jelenlevő csekély húgycsősipoly vékony pokolkő-pálczikával edzetett, mire január 30-dikán már ez is teljesen begyógyult. Vizelet tiszta, az időnkinti pöcsap-bevezetés *szabadon* történik, s a fiú vizelni *könnyen, minden nehézség nélkül* képes.

Ily állapotban hagyta el a fiú a kórházat 1886. február hó 10-dikén, s azóta állítólag vizelése *teljesen szabad*.



Calculus urethralis. Extractio. Urethritis és cystitis crouposa. Oldal-gátmetszés. Gyógyulás. ¹⁾

Közlötte: BÓKAI JÁNOS dr., igazgató főorvos (1889.)

Húgycsőkövekre, tehát oly húgykövekre, melyek kicsinységükknél fogva a hólyagból a húgycsőbe kerülnek, s ezen át távolodnak, a gyermekkórháznak nagy anyaga van. Ily eseteket magam is relativ nagy számmal láttam, ezen esetek lefolyása azonban műtői beavatkozás (extractio, urethrotomia) mellett is jórészt sima volt. Az 1887. év egy oly calculus urethralis esetet mutatott nekünk, mely lefolyásában a lehető legérdekesebb, s kiváló ritkaságánál fogva megérdemli, hogy e helyen ismertetés tárgyát képezze.

1. *Elemér*, 3½ éves fiúcska, 1887. augusztus 2-dikán hozott be a „Stefánia“-gyermekkórházba azon kórelőzményi adattal, hogy egy év óta vizelési nehézségei vannak, s három hét óta, állítólag catheterisatio után, vizelet-csepegés van jelen. A fiúcska a kórházba felvételén, a következő állapotot mutatta:

A kis beteg jól fejlett és táplált; a mellkasi szervekben a betegvizsgálat a rendes viszonyokat mutatja. A penisen alaki eltérés nincsen. A húgycsőnyílás rendes; a hólyag palpationál megnagyobbodva nem találtatik. A kőkutasz a hólyagba könnyen bevezethető. A hólyag falzata trabecularis, kőre a kutató nem akad. Beteg láztalan. Vizelés gyakori, olykor fájdalmas. Vizelet zavaros, alkalikus vegyhatású. Górcsói

¹⁾ A gyermek gyógyultan bemutattatott a budapesti kir. orvosgyesület 1888. november 21-dikén tartott rendes ülésén.

vizsgálatnál mérsékelt mennyiségű genyet és hólyaghámot mutat.

Augusztus 9-dikén este betegnél a végbélhő 39.5° C., 10-dikén reggel azonban önkényt 38° C.-ra száll alá. Vizelet este óta nem ürítettett, miáltal a beteg erősen nyugtalanítva van. A hólyag kitágult, s a húgycső pars pendulájának végigtapintásánál a bulbus-előtti húgycső-részletben *kis borsó-mekkoraságú kövecske* érezhető át.

A beékelt calculust a húgycsőbe vezetett ablakos fülkanállal elérvén, helyéből kimozdítottam, s a fossa navicularisba vonván, tágitása után könnyű szerrel eltávolíthattam. A kő kivétele után a hólyagból a vizelet catheter által vezetett le, miután önkéntesen vizelés nem jelentkezett.

11-dikén a gyermek láztalan, azonban több ízben hányt, s közérzete lehangolt. A hólyagtáj és penis érzékeny. A vizelet önként ürül, hólyaghurutra teljesen jellegzetes.

12-dikén állandóan magas láz észlelhető. Az ajkakon bő herpes-kitörés; légzés szapora, nyögő, percenként 50, orrszárnyemelkedésektől kísért. Beteg szárazon és fájdalmasan köhög; a mellkas-vizsgálatánál a bal alsó lebeny felett *tüdőlobra* gyanús tünetek észlelhetők. Vizelés önként történik, erőltetéssel megy végbe.

13-dikán a láz tart. A bal alsó tüdőlebeny beszűrődése egészen kifejezett. Folytonos vizeletcsepegés van jelen. E mellett a hólyag kitágult. A húgycső, valamint a hólyagtájék fájdalmas, s tapintásra a fájdalmak még fokozódnak.

14-dikén a folyton lázas betegnél tüdőgyulladás és vizeletcsepegés változatlanul fennáll. A hólyag catheterisáltatván, a levezetett vizelet erősen ammoniakalis bűzű; görcsöi vizsgálatnál genyet nagy mennyiségben tartalmaz.

16-dikán a duzzadt, kissé lodos húgycső orificiumán *szennyesfehéres hártlys csapadék* jelentkezik, mely a húgycsőcsatornába folytatódik, s a húgycsőcsatorna nyákhártyájához erősebben hozzá tapad. A láz tart. Tüdőlob változatlan, vizelet folyton cseppekben ürül. A hólyag naponta catheterisáltatik és 2% bórsav-oldattal hólyag-irrigatiók végeztenek. A beteg közérzete rossz, az erőbeli állapot napról napra aggasztóan hanyatlik.

20-dikáig feltűnőbb változás nincsen; változás csakis annyiban észlelhető, hogy az urethrából vizsgálat közben a *húgycső teljes lenyomását mutató, körülbelül 3 cm. hosszú, összeállt hárttyás képlet* távolítottatik el, mely képlet a külső húgycsőnyíláshoz tapadt. Ezen képlet eltávolítása után az orificium, s a húgycsőcsatorna látható része feltisztul, bő vizeletcsorgás jelentkezik, s a catheterisatio, valamint a hólyagkimosás könnyen, nehézség nélkül végezhető.

21-dikétől 29-dikéig a következő változásokat látjuk: A láz folytonos, bár kissé mérséklődött. A közérzet igen rossz, s az erőhianyatlás majdnem collapsussá fokozódott. A tüdőlob tünetei még mindig kifejezetten észlelhetők; helyenkint apró, egyenlő hólyagú szörtyögések jelentkeznek. *Teljes vizelet-retentio* fejlődik ki, mely catheterisatio által is csak nehezen szüntethető, a mennyiben a catheter (fém és Nelaton-pöscsap) annak daczára, hogy a hólyagba bejut, a vizeletet csak igen tökéletlenül vezeti le, sőt gyakran alig bocsát vizeletet nyílásán keresztül. 22-dikén és 27-dikén a húgycsőből *újból croupos hárttyarészletek* ürülnek, melyek mennyisége azonban kevesebb, mint a 20-dikán eltávozott croup-hárttya-tömegé. A hárttyák eltávolodása után a húgycsőből néhány csepp sűrű bűzös, kissé véres geny ürült, s utána közvetlen önként alig kávéskanálnyi átható szagú vizelet távolodott. Hólyagmosások teljesen kivihetetlenek. A hólyag mindinkább tágul; a hólyagboltozat majdnem a köldökig felér.

Ily tünetek mellett, s ily súlyos körülmények között javaltam tartottam a műtői beavatkozást, *az operatív beavatkozás által első sorban a hólyagban nagy mennyiségben meggyűlt vizelet levezetését célozván*. Kórházi sebészünk, VEREBÉLYI magántanár távollétében a műtétet, és pedig a gyermekek lithiasisánál kórházunkban szokásos *oldal gát-metszést*, saját magam végeztem. A műtét gyenge és óvatos narcosis mellett végeztetett a rendes kőműtési helyzetben. A műtét nehézséggel nem járt. *Az itinerarium bevezetésekor a húgycsőből újból croup-hárttyák voltak eltávolíthatók*. A pars prostatica urethrae megmetszése, s a nyílásnak gombos kusztorával való tágítása után a gát sebén keresztül bűzös vizelet, felette nagy mennyiségben, áramlott ki (becslésem szerint majdnem

egy liternyi), s a vizelettel együtt mint összeálló gomoly, folyadékot tartalmazó petyhüdt tömő alakjában, a hólyag falának ügyszólván teljes lenyomatát mutató szennyes fehérés crouphártya távolodott el. A vizelet kiürítése, s a hártyatömeg távolodása után a hólyag összehúzódása csak tökéletlen, kő a vizsgálatnál nem található. A hólyag ürének langyos, 2^o/_o bórsavoldattal való ismételt kifecskendése után a hólyag draineztetett, s miután a sebürből feltűnőbb vérzés nem volt, a gyermek, hanyatt fekvésben, ágyába helyeztetett, a sebnyílás alá sublimat-oldattal megáztatott gaze-gomolyokat helyezvén.

A műtét-utáni napon a beteg állapota rendkívüli könnyebbülést mutat. A drainen keresztül és a drain-cső mellett a vizelet szabadon ürül, s a hólyagtájéék megtapintásánál a hólyag megnagyobbodottnak, kitégultnak alig találtatik és az érzékenység is felette csekély. A műtét-utáni két napon a hólyag, a drain-csővön keresztül, naponta háromszor 2^o/_o bóroldattal lett kifecskendezve; miután azonban szeptember 2-dikára a seb-ür szennyes csapadékkal fedve találtatik, a drain-cső eltávolítottatott és a sebürbe laza, 1^o/_o chloroldatba mártott vatta-gomolyok helyeztetetnek sűrűen váltogatva.

Ezen időtől kezdve a javulás napról-napra szembetűnőbb. A seb lassanként feltisztul, s a láz már 9-dikére jelentékenyen enged s a tüdőlob is oszlási tüneteket kezd mutatni.

17-dikén beteg már teljesen láztalan, tüdőlobja ügyszólván teljesen elenyészett, s a gyermek örvendetes javulás tüneteit mutatja. A gátseben élénk egészséges sarjadzás indul meg, s a külső nyílás kezd összehúzódni. Miután mind-éddig a húgycsővön keresztül vizelet nem ürült, esetleges urethra-összenövések kifejlődésétől tartva, a húgycsőbe 8-as Nelaton-catheter vezetettett, melynek bevezetése nehézségke épen nem ütközött.

A catheterisatio ezen időtől kezdve naponta ismételtetik, mire 21-dikén a vizelet önként kezd ürülni.

Október 6-dikára a gátseb teljesen behegedt, s betegünk október 15-dikén, tehát a kórházi tartózkodás 74. napján, gyógyultan bocsátatott haza, egészen szabad vizeléssel, kitűnő közérzettel, testsúlyában erősen gyarapodva. A vizelet az elbocsátáskor tiszta, rendellenes alkatrészeket nem tar-

talmaz. Ezóta a fucskát már ismételten láttam, s állandó teljes felgyógyulásáról meggyőződhettem.

A kórlefolyás vázolója, azt hiszem, tisztán állítja elénk a lefolyt kórlefolyamatokat. A húgycsökö a gyermeknél vizeelési nehézséget és hólyaghurutot okozott, még a kórházba hozatal előtt. A calculus extractiója után nemsokára rostonyás tüdőlob fejlődött, s rövid időre reá kezdetét vette a croupos urethritis és cystitis és az ezek által előidézett nagy mérvben aggasztó tünetek az oldal-gátmetszés és helyi kezelés által gyorsan megszüntetettek.

Esetünk tehát a húgyhólyag egyik igen ritka megbetegedését, a cystitis crouposát mutatja, mely bántalom, a cystitis diphtheriticát teljesen elkülönítvén a croupos hólyaglobtól, gyermekkórházunk óriási beteganyagában 50 év lefolyása alatt, $\frac{1}{4}$ millió betegforgalom mellett, eddig tudtommal nem észleltetett. Erre utalnak legalább boldogult atyámnak azon sorai, melyeket a GERHARDT-féle gyűjtő-munkában a hólyagbántalmak tárgyalásánál erre vonatkozólag találunk. Úgy látszik különben, hogy nemcsak gyermekeknél, hanem a későbbi korban is felette kivételes jelenség a croupos húgyhólyaglob, mert egyéb specialis munkák (így legújabbán ANTAL tanár munkája a húgyivarszervek bántalmairól) is hangsúlyozzák e folyamat ritkaságát.

Észleletünket érdekessé teszi a beteg teljes felgyógyulása, mely szerencsés lefolyás esetünket majdnem kivételesnek tünteti fel a paediatrikus irodalomban. Hogy esetünkben diagnostikai tévedés nem foroghat fenn, azt — eltekintve a részletezett kórlefolyástól — a HUTYRA tr. kórházi boncznok úr által végzett pathohistologikus vizsgálat is kétségtelenné teszi. HUTYRA tr. által szerkesztett jegyzőkönyvnek ide vonatkozó része ugyanis a következő:

„A borszeszben eltett vizsgálati anyag szabálytalan alakú, szélesebb és keskenyebb hártvás képletekből áll, melyek halavány sárgás-szürkék, eléggé összeállók, s rugalmasak és csekély erő kifejtésével beszakíthatók. A szakítási szélek egyenesek és simák. A helyenként egészen 3 mm. vastag hártvák szabad szemmel jól kivehető nemezszzerű szerkezetet mutatnak.“

„Mikroskop alatt e hártványok igen finom és valamivel szélesebb, élesen körvonalozott, egészen egynemű, fényes fonalakból állnak, melyek egymást különböző irányokban keresztezve, tág hézagú reczét képeznek. A hézagokat szabálytalan alakú szemcsehalmazok és nagyobb fénylő cseppek töltik ki, melyek közt itt-ott egyes koporsó-alakú jegeczek láthatók. A hártványból készített és karminnal megfestett metszeteken, melyeken a gerendezet szálai legfeljebb igen halvány rózsaszínt vettek fel, a szemcsehalmazok pedig egészen szintelenek, még szórványos fehér vérsejtek megfestett magvai láthatók a recze hézagaiba behintve.“

„Kalilug hozzáadására tépett készítményekben a rostok felduzzadnak, majd határaikat egészen elvesztik; szintúgy a szemcsehalmazok nagyobb része is feloldódik, míg másokon a finom szemcsészettség most még jobban feltűnik, kívülök pedig a folyadékban még különböző nagyságú, erősen fénytörő cseppek láthatók. Anilin-szinekekkel festett metszeteken egyes szemcsehalmazok jól festődnek.“

„A hártványok ezek szerint *újsza rostonyás (croupos) álhártványok*, melyek reczéjének hézagai sok detritussal, kevés micrococcus-csoporttal és fehér vérsejttel vannak kitöltve.“

Megjegyzendő, hogy a vizsgálati anyag, melyen HUTYRA tr. úr a szöveti elemzést végezte, már hosszabb időn át borszeszben állott; ezen körülmény magyarázza meg azt is, hogy bakteriologikus vizsgálat tárgyává a kérdéses anyag nem tétetett.

Mindezek után felmerül azon kérdés, hogy mi idézte elő esetünkben a croupos urethritist és cystitist. Részemről alig hiszem, hogy a húgycső-kövecskének ablakos fülkanállal való extractiója *kizárólagos* kóroki mozzanatot képezne a folyamat előidézésében, bár tagadhatlan, hogy a műtét-utáni napon a pars pendula urethrae lobosodva találtatott. Sokkal hajlandóbb vagyok a folyamat kifejlődését *jórészt* a hosszú ideig fennállott akadályozott vizeletnek, illetőleg ismételt jelentkezett vizeletretentionnak tulajdonítani, s az instrumentális beavatkozást, a gyakori catheter-bevezetést és fülkanál használatát kóroki mozzanat gyanánt *csak mellékesen* szerepeltetném.

Balano-posthitis crouposo-diphtheritica esete.

Közlötte: BÓKAI JÁNOS dr., igazgató főorvos (1888.)

Míg leánygyermeknek külső ivarszerveinek diphtheriticus megbetegedése nem ritka jelenség, addig fiúgyermeknek külső ivarszerveinek hasonló megbetegedésével igen ritkán találkozunk. Ily eseteket már TROUSSEAU írt le; így ismerjük egy észleletét, mely szerint egy férfi, ki hét torok-diphtheritisben megbetegedett gyermeke közül, négy hét lefolyása alatt hatot elveszített, maga is angina diphtheriticában betegedett meg s torokbántalma mellett praeputiumánál hártás csapaték jelentkezett. Évek előtt a pesti szegénygyermek-kórházban is fordult egy ily eset elő s ezen esetet STROMSZKY tr., akkori segédorvos úr részletesen közölte a szaklapokban s ezen közleményt MONTI „Über Croup und Diphtheritis“ czimű muokájában, kiváló érdekességénél fogva, majdnem egész terjedelmében át is vette. Ezen esetben a diphtheriticus balanoposthitis, mely két héttel kanyaró lefolyása után jelentkezett, a fityma gangraenája követte, mindkét oldali lágyékmirigyekben genyedés lépett fel, jobboldali psoas-tályog fejlődött s a három éves gyermek lobularis tüdőlob és metastaticus tüdő-tályogok következtében hunyt el. Ezen eset 1880-ban íratott le s azóta a balanoposthitis diphtheritica (illetőleg crouposa-diphtheritica)-val csak ezuttal találkoztunk ismét a gyermekkórházban¹⁾ s ezen esetet, mint ritkább észleletet, vagyok bátor ez alkalommal röviden közölni.

¹⁾ A praeputium és glans circumcisio után fellépő diphtheritistől, melylyel nem ritkán találkozunk, ezuttal eltekintünk.

D. Gábor, 1887. április hó 20-dikán hozatott be a kór-
házba azon kórelőzményi adattal, hogy külső ivarszervi bán-
talma a fiúnak *három nap óta* áll fenn. A penis erősebben
duzzadt, pirosan elszínesedett, kissé vizenyős, s hasonló tü-
netek észlelhetők a borékon is. A pirosság és duzzanat leg-
kifejezettebb a fitymán, mely a makkot teljesen fedi s a
glans mögé erőszakkal sem vonható. Ezen visszahúzási kísér-
letnél az igen szűk fityma nyílása mögött *a fityma belső*
lemezéhez erősebben odatapodó, szürkésfehér, hártyaszerű izzad-
mány tűnik szembe. Erősebb összenyomásnál a fityma-nyílás-
ból kis mennyiségű genyes váladék sajtolható ki. Lágyék-
mirigyek nem duzzadtak, vizezés igen fájdalmas s nagy fok-
ban megnehezített. *Torok tiszta.* Lázas mozgalmak nincsenek.

Mіндеzen tünetek alapján a betegnél a kórisme *balano-*
posthitis crouposa-ra tétetett. Nyugalom mellett jeges ólom-
vizes borogatások alkalmaztattak helybelileg s belsőleg chlor-
savas kalium nyújtatott china-főzetben.

Ezen kezelés három napon át eredmény nélkül foly-
tattatván, indicálva találtam a phimosis műtét végzését azon
célból, hogy a belső lemez és glans egész terjedelmében
szabaddá tétessék s a helyi kezelésnek hozzáférhető legyen.
A fityma hosszanti felhasítása után *annak belső lemeze egész*
teljességében vaskos, szürke álhártyás izzadmánytól borítottnak
tűnt fel, mely hártyas képletek *legerősebben a sulcus corona-*
riuson tapadtak. Varratok alkalmazása után a feltárt felületre
aqua chlori borogatások rendeltettek, míg belsőleg a chlor-
savas kalium folytattatott.

24-dikén *a szájpadív jobb oldalán, a mandola szomszéd-*
ságában köles mekkoraságú szürkésfehér diphtheriticus gócz jelent-
kezett, mely körülmény folytán a fennebbi szerelés mellett
még mézvízes szájöblögetések is vétettek alkalmazásba.

26-dikára a fityma belfelülete, valamint az időközben
diphtheriticussá vált fitymaseb is tisztulni kezd s a garat-
íven észlelt csapadék *teljesen* eltűnt.

30-dikára a fityma belfelülete annyira tisztult, hogy
a chlorvíz borogatások félre tétetnek s a kóros felületre
csak hő-kenőcsös vászonlebenyek helyeztetnek.

Május 12-dikén a beteg teljesen gyógyultan hagyta el

a kórházat, a nélkül, hogy a fityma belfelületén hegesedés feltünőbbben látható lett volna.

Felemlítendő, hogy a betegség lefolyása alatt lázas mozgalmak csak mérsékelt fokban voltak jelen, s a lágyék-mirigyekben duzzanat egyáltalán nem jelentkezett.



Clitoris-strangulatio egy esete.

Közlötte: BÓKAI JÁNOS dr., igazgató főorvos (1888.)

A penis strangulatiójával, különösen középkorú gyermekeknél, nem ritkán találkozunk. A gyermekkórházi rendeléseken évenként látunk ily eseteket. A szülő ijedten vezeti eléink fiát azon panaszszal, hogy a különben egészséges gyermek hímveesszője néhány nap óta dagadt s ezzel együttesen a vizezés nehezített, s ha a kórelőzményt kutatjuk, nem ritkán a szülő vagy a gyermek maga világosít fel a duzzanat fejlődésének okáról, a mennyiben azt halljuk, hogy a fiú vagy más valaki, legtöbbször egy játszótárs a penist strangulálta, egy némely esetben játékból, az esetek túlnyomó számában azonban onanisticus czélekből. Leánygyermekeknél a boncztoni viszonyok folytán a clitoris műleges strangulatiójával, mint a masturbatio következményével nem találkozunk; hogy azonban az önfertőzés ilyenmő nyilvánulása kivételesen mégis előfordulhat, annak illusztrálására szolgáljon a közlendő eset.

S. *Victoria*, 10 éves, nagy-marosi, 1884. november 8-án azon panaszszal hozatott a kórházba, hogy a beteg clitorisát ismeretlen okból *14 nap előtt* vékony fonállal lekötötte, mely köteléknek eltávolítása a duzzanat gyors kifejlődése folytán később sem a leánynak, sem a megrémült anyának nem sikerült.

A leány jól táplált, jól fejlett. A szeméremrésből, a nagy ajkak felső zúgában *egy olasz mogyorónagyságú* tojásdad képlet lóg ki, mely a penis glansához hasonlítható. E képlet kevésbé vizenyős, halvány szederjes vörös, sima felületű; tapintata tömöttés lágyas, érintésre kissé fájdalmas. A leírt képlet nem más, mint az erősen megduzzadt clitoris.

A clitoris alapján mély barázda látható, melynek folytán a clitoris úgy tűnik elő, mintha vastag kocsánynyal volna ellátva. A barázda megfeszítése által a vékony fonálkötélék, melylyel a leány clitorisát lekötötte volt, csakhamar elötűnt s annak átmetszése s eltávolítása nehézségbe nem ütközött. A kötélek eltávolítása után szabaddá tett barázda szennyesen kifekélyződött. A külső szeméremrészek különben rendellenességet nem mutatnak; hymen ép. A leány a kórházi felvétel után vallatás alá vétetvén, beismeri, *hogy hosszabb idő óta masturbál, clitorisát gyakran izgatta s a lekötést éjjel ő maga eszközölte oly módon, hogy clitorisát a kötélek felillesztetése céljából erősen kivongatta.*

A kötélek eltávolítása után az érzékenység csökken, majd teljesen megszűnik, s a bőrvizenyő is visszafejlődik. A szennyes barázdára chlormészoldat-borogatások tétetnek, melyek alatt a sebfelület két nap lefolyása után megtisztul. A még visszamaradt tiszta sebfelület carbololaj alkalmazása mellett rövid idő múlva teljesen behámosodott s így a leány gyógyultnak volt vehető, eltekintve attól, hogy a mintegy kocsányon függő clitoris daczára az oedema teljes visszafejlődésének s a vérkeringés helyreállításának, *még mindig mogyorónagyságú* s hajlamot kisebbedésre épenséggel nem mutat.

Ily körülmények között, miután azon reményt nem táplálhattuk, hogy a duzzanat a jövőben önként visszafejlődik, sőt tartanunk lehetett attól, hogy a duzzadt clitoris maga is masturbatióra fogja ingerelhetni a leányt, elhatároztuk a műtői beavatkozást, melylyel a clitoris részleges kiirtása céloztatott. A szülők a műtéthez beleegyezésüket adván, az végrehajtatott s a mogyorónagyságú daganat *Paquelin*-égetővel a kocsányos részletről vérzés nélkül, könnyű szerrel eltávolítottatott. A műtét november 24-én végeztetett s a leány december 4-én teljesen gyógyultan hagyta el a kórházat.¹⁾

HUTYRA tr. kórházi boncznok, kinek az eltávolított daganat szöveti vizsgálat illetőleg véleményadás céljából átadott, szakvéleményét a következő sorokban közölte velem:

„A kis diónyi, külsőleg több síma felületű lebenyre osztott,

¹⁾ Az eset 1884-ben a budapesti kir. orvosegyesület egyik ülésén bemutatottatott.

alsó oldalán a lemetszett kocsánynak megfelelő lencsényi sebhelyet mutató képlet túlnyomó részében vizenyösen beszűrődött, szürkés-fehér kötszövetből áll, úgy hogy a bemetszés után és még inkább borszeszben történt keményítés-kor, a nagymennyiségű savó kivonása folytán, térfogatának körülbelül $\frac{2}{3}$ -ára kisebbedett. Górcső alatt a bőr alatti kötszövet nagyobb fokban szaporodott és a nemezszerűen összeszövődött rostok közé behintett igen sok gömbölyű kötszöveti vagy fehér véresejtet mutat; a benne lefutó véredények, különösen közel a felülethez, erősebben tágultak. Az irha szemölcssei különböző magasságot mutatnak, legnagyobb részük hosszabbodott, szélesbedett és tágult központi véredényt tartalmaz. A felhám nem vastagodott, csak a hosszabbodott papillák közé mélyebben nyomul be az irha felé, mint rendesen, határa ez utóbbi felé mindenütt éles. A Malpighi-féle réteg sejtjei festenyben valamivel dúsab-
 bak. A szövettani szerkezet ezek szerint hasonló ahhoz, melyet az *elephantiasis mollis*-nál észlelhetni és VIRCHOW értel-
 mében a jelen képletet is így nevezhetnők; a jelenlegi fel-
 fogás mellett azonban, különösen tekintettel az elváltozás
 előidéző okára, azt csak a visszeres vér- és a nyirkkeringés
 akadályozása folytán beállott pangás által feltételezett *fel-
 heveny kötszöveti szaporodásnak* kell tekintenünk, mely az irha
 szemölcsseire is kiterjedvén, ezeknek meghosszabbodását és
 szélesbedését okozta, hasonló folyamat útján, mint azt
 visszeres pangások eseteiben más szervekben is közönséges-
 sen észleljük.“

HUTYRA tr., közlött véleménye teljesen megegyezik
 tehát azon felvételünkkel, hogy a clitoris megnagyobbodása
 erőművi ingerlés, masturbatio által jött létre. Hogy rend-
 szeres vöngálás következtében a clitoris az esetünkben ész-
 lelt nagyságot elérheti, sőt azt túl is haladhatja, anthropo-
 logicus adatokkal bizonyíthatjuk. Így H. PLOSS „*Das Kind
 in Brauch und Sitte der Völker*“ című könyvében (Stuttgart
 1876) olvassuk, hogy pl. Afrika délnyugati részén lakó
 egyes népfajoknál a clitoris szándékosan *új hosszaságig* is
 fejlesztetik, s hogy ezen czélzatos manipulatio a szülők ál-
 tal esetleg már a csecsemőkorban kezdetét veszi.

Sclerodermia 6 éves leánykánál.¹⁾

Közlötte: GRÓSZ GYULA dr., kórházi segédorvos (1890.)

A sclerodermiának általában, de kiváltképen a gyermekkorban való ritkább előfordulása eléggé jogosulttá teszi esetünk közlését.

A 6 éves leánykát 1888. november 9-dikén láttuk legelőször, a mikor anyja útján a következő anamnestikus adatok birtokába jutottunk:

A leányka jelen bajának kezdetéig, csekélyebb fokú meghülesektől eltekintve, mindig egészséges volt és másik két testvéréhez hasonlóan jól fejlődött. 1888 márczius havában a bal csípőizületre localisált fájdalmak léptek fel, s rövid idő múlva a térdalj mérsékelt duzzanata és a bőrnek egészen a fartájjig vonuló pirosas elszínesedése volt észlelhető. Augusztus óta a baj rohamosabb kifejlést mutatott. Heveny fertőző kútegen nem ment keresztül.

A leánykát észlelés és kezelés céljából kórházunkba vettük fel a következő jelenállapottal: A korához képest elég jól fejlett és táplált leánygyermek szellemi és külérezéki működései rendesek, kedélyállapota zavartalan. Kéztakarója általában véve halvány fakószínű, kivéven a bal alsó végtagét, a melyen a bántalom kifejezett képe észlelhető.

A bal alsó végtag bőre majdnem egész terjedelmében erősen fénylő, sima és valamivel sötétebb fakószínű, mint az ép bőr; ezen sötétebb elszínesedés barnás árnyalatot vesz fel az alszár feszítő oldalának alsó részén, de különösen a

¹⁾ Lásd III. tábla.

lábháton. E mellett feltűnő a bőrnek erős feszültsége és tömötsége, a mely leginkább kifejezett a térdizület körül, az alszár feszítő oldalán, a boka-izület körül és legnagyobb fokát éri el a lábháton, a hol a bőr valóban deszkakemény-ségűvé válik. A bőr ezen területeken a csontos alaphoz erősen rögzítve van, úgy hogy ránczba szedésről szó sem lehet. A bőrnek ezen tömötsége kiterjed a lábujjak feszítő oldalára is, míg azok hajlító oldalán, valamint a talpon, a láb külső és belső szélén ép a köztakaró. Ilyen ép részletet találunk az inguinalis hajlatban, a czomb hátsó felületének felső harmadában és az egész bal farpofán.

A bal hypogastriumban körülbelül tallérnyi területen a bőr szinte fénylő, sötétebb fakószínű, száraz és kissé tömöttebb tapintatú, mint az ép bőr.

A bal alsó végtag 1 cm.-rel rövidebb mint a jobb, mely körülmény abban leli magyarázatát, hogy ezen végtag a térdizületben kissé flectálva van. Ezen behajlított helyzetből ki nem egyenesíthető, a behajlítás pedig fájdalmakkal egybekötött és csak részben sikerült körülbelül 75°-nyi szögletig. A bokaizület majdnem teljesen merev, mozgatása fájdalmas. A lábujjak úgy passiv, mint activ mozgatása korlátolt. A csipőizület teljesen szabad, a mozgások active és passive minden irányban kivihetők. A bal inguinalis hajlatban mogyorónyi, egészen diónyi tömöttebb nyirkmirigyek tapintathatók. A bal alsó végtag teriméjében általában véve csökkent, néhol 1, másutt egészen 1½ cm.-nyire a jobboldali megfelelő tájakhoz viszonyítva. A leányka járása biczegő, bal alsó végtagját kissé maga után húzza. A tapintás és a hő érzése mindenütt a rendes viszonyokat tünteti fel.

A gyógyeljárásra vonatkozólag úgy a belső, roboráló kezelést követtük, a mennyiben vasporokat (chinin, ferrocitr.) nyújtottunk a leánykának, valamint külsőleg hatottunk be, a massage erélyes alkalmazásával.

Kórházi tartózkodása alatt a láb külső és belső szélétől a láb hát felé a bőr némileg meglágyult és a rendes színezetet is vette fel; ez ½—1 cm.-nyi széles csík alakjában mutatkozott. Vajjon ezen javulás a gyógyeljárás következményeként fogandó-e fel, avagy önként állott-e be, azt el-

dönteni természetesen nem lehet. Annyi azonban tény, hogy minden massage után a bőr kissé meglágyulni látszott, a mi azonban csak rövid ideig, alig fél óráig tartott. E mellett a boka- és a térdizületben a mozgékonyosság kissé javult. Másrészről azonban egy újabb bőrrészlet vonatott a sclerodermiás folyamatba, és pedig a talpon egy ujnyi széles csík terjedelmében.

A szülők a leánykát két havi, úgyszólván eredmény nélküli kórházi tartózkodás után haza vitték és otthon (vidéken) a massage-t maguk folytatták. Ezen, természetesen nem szakavatott massage-nak azonban hatása nem volt, s a baj tovább haladt. 1889 április 25-dikén a leányka újbóli felvétele alkalmával a bántalom úgy terjedelmére, mint intenzitására nézve egy előrehaladottabb stadiumot tüntetett fel.

Az ekkor felvett jelenállapot lényeges pontjai a következőkben foglalhatók össze: A bal alsó végtagnak teriméjében való csökkenése most nagyobb fokú mint azelőtt, úgy a czombot, mint az alszárat illetőleg. Ugy szintén sokkal kifejezettebb most a bőr feszültsége, simasága, fénylő volta, halavány barnás fakósárga színe, az inguinalis mirigyek duzzanata és a végtag működésének zavara. A csipőizületben, mely azelőtt teljesen szabad volt, most úgy az activ, mint a passiv mozgások korlátozódva vannak; a térdizületben a végtag körülbelül 120° -nyi szöglet alatt be van hajlítva, mely helyzetből ki nem egyenesíthető, és csak 90° -nyi szögletig hajlítható be. Ezen izületekben úgy a feszítés, mint a behajlítás fájdalommal egybekötött. Az izületekben lévő eme rendellenességek következtében a járás is lényegesen rosszabbodott; a leányka a bal oldalon a lábujjakra és a metatarsál csontok bütykeire lép, mintegy apró ugrásokban halad előre, bal lábát kissé maga után vonszolva.

A sclerodermás folyamat ez alkalommal a végtag azon részeit is ellepte, a melyek azelőtt még épek voltak; kiváltképen azonban észleltük a bántalom tovaterjedését a hasbőrre. Így kiterjedt a bal hypogastriumra a linea albaig, ezen egy kissé ($1-1\frac{1}{2}$ cm.-ig) túlhaladva, felfelé a köldököt $4-5$ cm.-nyire inkább bal felé körülvéve; innen a mesogastralis tájon áthúzódva, egy rendetlen vonal által

határoltatik és felfelé a bordaivig, hátrafelé pedig az ágyéktájig terjed, a hol fokonként az ép bőrben elvész.

A bántalom által ellepett területeken a tapintás és a hő érzése változást nem szenvedett, míg a verejtékelválasztás kissé alászállott.

A therapiában ezúttal csak annyiban történt változás, hogy a massage mellett meleg (30° R.) fürdőket is alkalmazásba vettünk és pedig naponta kétszer 1—1 óra hosszat; este a bántalmazott területek olajjal bekenettek és flanellpólyával becsavartattak. A gyógybeavatkozás eme nemétől sem láhattunk azonban eredményt, mert a szülők a leánykát nyolczad napra újból haza vitték. Távozása előtt a leánykát lefényképeztettük; a fényképről készített zinkographiás képet ide mellékeljük.

A kórtörténet vázolósa után legyen szabad az eset néhány mozzanatára vonatkozólag észrevételeinket megtenni.

Mindenekelőtt a bántalom *keletkezésére* vonatkozólag hajlandók vagyunk a szerzők ama csoportjához csatlakozni, a kik a sclerodermiát ideges eredetűnek mondják és a bántalmat trophoneurosisként fogják fel. E mellett szól az a körülmény, hogy a leánykának a bántalom fellépése előtt és kifejlődése alatt heves fájdalmai voltak, amelyek a bal csipőizületre és a bal alsó végtagra szorítóztak, úgy hogy kezelő orvosa keletkezöben lévő coxitisre gondolt.

Esetünkben kiváló érdekekkel bír a sclerodermiás folyamatnak *tovaterjedése*, melyet alkalmunk volt figyelemmel kísérhetni. A mikor másod izben vettük fel a leánykát, a has bőrén, a nevezett helyeken, diffus sötét pir volt észlelhető, mely azonban a scarlat-pir finom pontozottságától lényegesen elütött és inkább egy rézvörös árnyalatot tüntetett fel. A mellett a bőr ezen területen síma és száraz volt. A sötétvörös szín lassan átváltozott a fakó-barnába és pedig a centrumtól a periferia felé haladó irányban, a mivel párhuzamban járt a bőrnek megkeményedése.

Az irodalomban közlött kevés esetben — s itt különös figyelemmel voltunk a gyermekkorra vonatkozó közleményekre — csak ritkán volt alkalmuk az észlelőknek a bántalom fejlődését figyelemmel követhetni. Ily szerencsés volt

SILBERMANN, a ki a „*Jahrbuch für Kinderheilkunde*“ XV. kötetében közölt egy esetet, melyet kezdettől fogva észlelt és itt a bántalom szintén a bőrnek sötétvörös elszínesedésével vette kezdetét, úgy hogy kezdetben vörheny fejlődésére is lehetett gondolni. A mint esetünk anamnesiséből tudjuk, a folyamat a végtagon hasonlóképen a bőrnek pirosas elszínesedésével vezetett be.

A mi a *prognosist* illeti, úgy egyrészt az irodalomban közölt esetekre, másrészt esetünk lefolyására kell tekintettel lennünk. A sclerodermia a gyermekkorban általában véve kedvezőbb prognosist nyújt, mint felnőtteknél. SILBERMANN (l. c.) az irodalomból 24 esetet gyűjtött össze, a melyek szorosan véve, a gyermekkorban fordultak elő, és ezek közül 66% meggyógyult. Ezen kedvező eredmény részben abban leli magyarázatát, hogy a gyermekkorban előforduló sclerodermiánál a bőr feszülése sohasem éri el azon fokot, mint felnőtteknél, másrészt — a mint SILBERMANN kifejti — a gyermek bőrének élettani sajátága által van magyarázva. Ő ugyanis azt mondja, hogy a bőrnek nagyobb fokú kitágíthatása folytán és az élénk anyagcsere befolyása alatt, úgy a vizenyő, mint a lobtermékek gyorsan felszívódnak és visszafejlődnek. Mindazonáltal, ha esetünket szemügyre vesszük és látjuk, hogy a bőr mily nagyfokú feszülése volt itt jelen, ha tekintetbe vesszük továbbá, hogy a bántalom már másfél év óta fennáll és folyvást — bár lassan — nagyobb tért foglal, úgy azt mondhatjuk, hogy ez esetünkben a sclerodermiának súlyosabb s rossz kilátásokat nyújtó alakjával volt dolgunk.

Gümös nyakcsigolyaszú két ritkább esete.

Közlötte: BRÜCK MIKSA dr., kórházi segédorvos (1888.)

I. *Malum Rustii, a felső végtagok paraplegiájával hirtelen halál a fognyújtvány ficzama folytán. S. Amália, 10 éves, 1886. február 24-én vétetett fel. Baja 1885. július hóban vette kezdetét, a midőn nagyobb tégladarab hullott nyakára. Ezen idő óta fejét folyton görbén és feszesen tartotta s járás-kelésnél arczára nyomott tenyerekkel támogatta. A kezdetben igen heves és folytonos nyakszirti fájdalmak idővel engedtek, s csakis élénkebb testmozgásoknál jelentkeztek. 1886. február elején tűnt fel a felső végtagok gyengesége, mely rohamosan fokozódva egy hét óta teljes bénaságba ment át. Ezzel egyidejűleg a nyakszirti fájdalmak is újból visszatértek.*

A korához képest eléggé jól fejlett, gyengén táplált leánygyermek bőrszine fakóhalvány, arczkifejezése fájdalmas. Fekvéskor a nyak erősen hátraszegeztetik, úgy hogy a fej az ágyat csakis búbjával érinti; felültetéskor ezen tartás fokozása mellett a fej még a jobb váll felé süllyesztve egyúttal olyképen forgattatik, hogy az arcz balfelé tekint. Maga a felültetés, valamint a fej passiv mozgatása felette fájdalmas. A gerincoszlop egész nyaki szelvénye, de különösen a *legfelső csigolyák tájéka* nyomásra igen érzékeny. Ezen részlet felett a lágyrészek is *tetemes* duzzanatot mutatnak. Garatvizsgálatkor a csigolyák teste részéről alaki eltérés nem tapintható. A látható nyákhártyák halványak, a láták középtágak, egyenlők, fényre jól reagálnak; nyelv tiszta, torok szabad, nyelés nem nehezített. *Felső végtagjait a gyermek mozgatni nem képes*, felemelve, azok erőtlenül esnek vissza.

Faradicus áramra az izomreactio, valamint az érzékenységi viszonyok csökkenést nem mutatnak. Az alsó végtagok úgy mozgási, mint érzési működései normalisak. Reflexek fokozódása nem feltűnő. A mellkas gyengén fejlett, lapos, légzésnél mindkét fele egyenletes kitéréséket végez. Kopogtatási és hallgatódzási viszonyok úgy a tüdők, mint szív részéről a rendesnek megfelelők. Pulsus erőteljes, száma percenként 80. Székletek és vizelet rendes. Hideg borogatások a nyakra, s iodkalium (4:100 naponta 4 gyermekkanállal).

A nyak felső részletének lobos duzzanata néhány nap alatt annyira visszafejlődött, hogy *Glisson*-kantár alkalmazásával a fej fokozatosan növelt distractióját vihettük keresztül. Ezen eljárás mellett a fájdalmak teljesen szűntek, s a felső végtagok mozgathatósága annyira javult, hogy márczius hó 3-dikán a gyermek karjait már mozgatni volt képes.

Márczius 10-én. A hűdés jelentékenyen javult, fájdalmak nem jelentkeznek, közérzet, étvágy igen jó. A fejrögzítés nem oly erős mint kezdetben. Gyermekek már önerejéből képesek ágyában felülni. Tegnap óta gyakori vizes székletek. Iodkalium elhagyatik, Rp. Bismuthi subnitricum. 1·0, Pulv. Doveri 0·5, Sacch 3·0 in doses X. DS, 2 óránként 1 port.

Márczius 16-án. Hasmenés szűnt. Felső végtagok hűdése teljesen visszafejlődött. Ujból iodkalium. Márczius 25-én. Tegnap óta vétetik észre a nyak jobb oldalán, a fültömírigy tája mögött, egy tallérnyi, erősen tömött, nem fájdalmas duzzanat. Iodtinctura ecsetelések. Márczius 31-én. A duzzanat némi fokozódást mutat. Szerelés változatlan.

Április 3-án. A duzzanat két nap óta rohamosan nagyobodik, s úgy a nyakszirt felé, mint az áll alatti táj irányában terjeszkedik. A fültő alatti részlet felett homályos fluctuatio érezhető.

Április 8-án. Tegnap óta gyermek heves nyakszirttáji fájdalmakról panaszkodik, melyek a váll felé sugároznak ki. Tegnap este 39·2° hőemelkedés, jelenleg láztalan. Duzzanat élénken hullámszik. Nyelés nem nehezített, garat szabad. A tályog megnyitásakor körülbelül 80 gm. zöldes-sárga tejfelsűrű, nem bűzös geny ürült ki. Drainage. Sublimatkötés.

Április 10-én. Láztalan. Fájdalmasság teljesen szűnt, közérzet zavartalan, genyedés igen bő. A nyakszirten tal-
lérnyi decubitus fejlődött, melyre iodoform-kenőcs alkalmaz-
tatik. Április 15-én. Genyedés mérséklődött; a decubituson
képződött vastag pörk levált, a sebalap sarjadzásai pokol-
kövel égettettek. Április 23-án. A nyaki tályog genyédése
annyira mérséklődött, hogy a drain-cső eltávolíttatik. A decu-
bitus nagy részben behámosodott. Fájdalmasság nincs.

Május 6-án. Gyermekek tegnap óta feltűnően bágyadt,
kedvetlen, étvágytalan. Ma reggel óta erős fejfájásról panaszkodik. Physicalis vizsgálat negatív. Reggeli hő: 38.9°, pulsus
szapora, szabályos. A délutáni órák alatt a subjectiv tünetek
jelentékenyen fokozódtak. Gyermekek igen nyugtalan, fej-
fájásról panaszkodva, gyakran jajveszékkel, öntudata kissé
zavart. Széke volt; hányás nem jelentkezett. Esti hőmérsék
40.6°. Hideg borogatások a fejre.

Május 7-én. Az éjjel igen nyugtalanul töltötte; delirált.
Reggelre az öntudat zavartalanabbnak látszott, fej- és tarkó-
fájdalmakról panaszkodik, s kevés tejet vesz magához. Hőmér-
sék reggel: 36.6°, este: 39.8°.

Május 8-án. A tegnapiánál valamivel nyugodtabb éj után
a kora reggeli órákban, midőn a gyermek valószínűleg hely-
zetét változtatandó, ágyából felemelkedett, hirtelen fellépő
cyanosis s néhány görcsös tglejtés között élettelenül rogyott
vissza

A május 10-én BABES VIKTOR tnr. által végzett bon-
czolat a következő leletet nyújtotta:

*Spondylitis vertebrae I et II, subsequente destructione appa-
ratus ligamentosi et perforatione processus odontoides in cavum
cranii cum compressione medullae oblongatae. Meningitis basilaris
acuta purulenta in regione pontis. Abscessus praevertebralis in
regione spondylitidis usque ad tegumentum in regione mastoidea
dextra tendens.*

II. *Spondylitis cervicalis, bárzsing mögötti tályog. Vagus
compressio, fuladási halál. M. Károly, 3½ éves, 1888. január
hó 4-én jelent meg kórházunkban. Az atya panasza a három
hó óta fokozódó légzési nehézségek s köhögés ellen irányul.
A fej alább leírandó feltűnő tartására nézve csakis annyi*

felvilágosítást képes nyújtani, hogy az már az első járási kísérletek idejében is észlelhető volt.

Az aránylag jól táplált, mérsékeltén fejlett gyermek köztakarója halavány, garat s mondolák élénken belöveltek, duzzadtak. *A fej feltűnő módon hátra szegezve s a vállak közé vonva tartatik.* Vízszintes irányú fejmozgások egészen akadálytalanul történnek, ellenben a retroflexio kiegyenlítésére gyermek nem bírható. Ennek passiv kivitele is csak igen nehezen, de feltűnőbb fájdalommal nélkül eszközölhető. A gerincoszlop nyaki segmentumán *a VI. és VII. nyaki csikolyáknak megfelelőleg* a mutatóujj végét jól befogadó besüppedés tapintható, mely helynek valamint közvetlen szomszédságának erélyes nyomását gyermek fájdalomnyilvánítás nélkül viseli el.

Mellkas eléggé jól alkotott, légzésnél mindkét fél egyenletes, mérsékelt diaphragmaticus behúzódtástól kísért kitérészeket végez. A tüdők s a szív kopogtatási s hallgatódzási viszonyai a rendestől eltérést nem mutatnak. *Légzés nagyfokban nehezített*; a belégzés éles, messziről hallható süvítő hang által kísért s *a nyaki segédizmok igényberétéivel* történik. Kisebb időközökben igen sajátságos, érzés alaphangú, *ugatászerű* köhögési rohamok jelentkeznek, melyek tartama alatt az arc gyengén cyanoticus színezetet ölt. A hang tiszta, rendes csengésű, beszéd a dyspnoé folytán kissé szaggatott. Nyelés akadálytalan. *A garat ujjvizsgálata a csigolyatestek előre boltosulásán kívül mitsem tüntet fel.* Nyakon, valamint a légeső mentén számos egész babnyi nagyságú, tömött nyirkmirigy tapintható. Étvágy, székletek, hőmérsék rendesek. Rp. kalii iodat. 1·5 Iodi puri 0·005. Aqu. dest. v. 100·0 Syr. smpl. 10·0 DS. naponta 4 gyermekkanállal. *Glisson*-kantár.

Január 6-án. Gyermekek a distractiót igen rosszul tűri; hanyatt fekvés közben a dyspnoé időnkint annyira fokozódik, hogy kénytelenek vagyunk a készüléktől gyermekek gyakrabban felszabadítani. Január 9-én. A distractiót gyermek már igen jól tűri. A dyspnoé engedett, köhögési rohamok is gyéribben jelentkeznek. Közérzet igen jó. E naptól kezdve a légzési nehézségek fokozatos mérséklődése s vele együtt a köhögési rohamok gyérülése s enyhébb fellépése volt észlelhető.

Január 18-án. Légzés szabályos, köhögés nem gyakori. Több ízben hányt. A hányás részint a köhögéssel együtt, részint egészen spontán, hányinger és rosszullet nélkül jelentkezik. Étvágy, közérzet jó, nyelv tiszta. A iodkali egy időre elhagyatik. Rp. Acid. muriat. dil. gtt. VIII., Aqu. dest. 100·0 Syr. simpl. 10·0 MDS. 2 óránként 1 gyermekkanállal. A hányás a következő 3 napon is változó gyakorisággal jelentkezett; közérzet állandóan jó, légzés szabad.

Január 24-én. Hányás szünt. Tegnap óta a légzési nehézségek régi mérvben, de csak rohamszerűen lépnek fel $\frac{1}{4}$ — $\frac{3}{4}$ órai tartammal. Utána a légzés typusa lassankint ismét rendessé válik. A iodkali újból rendeltetett. Január 26-án. A légzési nehézségek az esti órákban erősebben jelentkeznek. Köhögés gyakori, ugató.

Január 28-án. A dyspnoë *folytonosan* tart. Köhögés igen gyakori, változatlan természetű. Étvágy renyhe. Iodkali ismét elhagyatik. Február 1-én. A légzési nehézségek jelentékenyen fokozódtak, köhögés sűrűen jelentkezik, hang kissé rekedtes. A gégetükri s garatúri digital-vizsgálat mitsem derített fel. Tüdők állapota rendes. Február 3-án. Reggel felé *suffocativ roham közben hirtelen* halál.

A HUTYRA FERENCZ tr. kórházi boncznok által eszközölt bonczolat eredménye a következőkben foglalható össze: A gége s légső nyákhártyája halvány. A tüdők széleiken erősebben puffadtak, egyebütt közép vér- és légtartalmúak. *A légső alsó harmada mögött, a bázisingtól kissé jobbra s egyúttal mögött, egy nagy dionyi, vastag, szívós kölszöveti burokba zárt, zöldessárga, sűrűn folyó sajtos daganat létezik, melynek üregéből egy kis lencsényi nyílás rövid szűk csatornán át a VII nyaki és I. háti csigolya közt levő izületbe, illetőleg a porcz hiánya miatt itt levő 0·5 cm. széles résbe vezet.* Mindkét csigolya egymásfelé tekintő felülete és részben még mellső felülete is érdes, kimaródott, szennyes sötét-szürkés színű. A hézagon keresztül egészen a gerinczagy kemény burkáig juthatni, mely külső felületén 1 cm. hosszúságban kevés sűrű sajtos anyaggal borított. A gerinczagy maga ennek megfelelőleg elülről hátrafelé kevésse lelapított és állománya itt, valamint felfelé is, körülbelül 3 cm.-nyire lágyabb és szürke állomá-

nyának határai elmosódottak. A *praevertebralis daganat* jobb és mellső felületén halad a bolygó ideg, mely szívós kötszövettel van körülveve, mely utóbbi a maga részéről közvetlenül a sajtos gócz kötszöveti burkának szövetébe megy át. A szívós kötszövetbe beágyazott 1.5 cm. hosszú idegrészlet fellüнден vékonyabb és fehérebb színű, mint a felette levő. *Caries tuberculosa vertebrae VII. cervicalis et I. dorsalis subsequente abscessu caseoso praevertebrali, oesophagum et nervum vagum dextrum comprimente.*



Morbus maculosus Werlhofii két rohamos lefolyású s halálos kimenetelű esete.

Közlötte: BRÜCK MIKSA dr., kórházi segédorvos (1883.)

I. Cs. T., 7 éves leány, kocsis gyermeke, 1886-iki év augusztus 22-ikén vétetett fel kórházunkba. A szülők panasza az egy hét óta észlelhető étvágytalanság, kedvetlenség s a négy nap előtt észrevett kékes bőrfoltok ellen irányul. Anamnesticus adatok gyanánt feljegyeztük, hogy a gyermek az első életévekben kiállott kanyaró kivételével egyéb komolyabb bajban sohasem szenvedett. Orrvérzésekre szülők nem tudnak emlékezni. A lakás szűk, de nem nedves, a táplálkozás minősége az anyagi körülményekhez képest elég jó. Családban haemophilia-eset nem fordult elő.

A felvétel napján eszközölt klinikai vizsgálat eredménye a következőkben összegezhető:

A korához képest kellőleg fejlett, mérsékeltén táplált leányka szellemi és külérzéki működése rendesek, kedélyállapota kissé lehangolt. Az általán véve halvány köztakarón, névszerint a hátón, mellen, hason, farpofákon s a czombok hajlító oldalán számos, az arczon s végtagokon csak elszórtan, gombostűfej- egész babnyi terjedelmű részint élénkpiros, részint violaszínű, nagyobbára különálló a felületről túl nem emelkedő s ujjnyomásra el nem tűnő kerekded foltok észlelhetők. Conjunctivák egyenletesen halványak, pupillák közep-tágak, egyenlők, fényre jól hatnak vissza.

Az alsó ajak belfelületén, az alsó metszőfogak magasságában több lencsényi vérömleny, hasonlókép a kemény és lágy szájpad határán is. Gingivák halványak, feltűnőbb fel-

lazulást s duzzanatot nem mutatnak, torok halvány, tiszta. Nyak részarányos, mellkas domborad. A tüdők physikalís vizsgálata kóros eltérést nem tüntet fel. Szívhatárok rendese, szív működés kissé szapora, szív és nagy edények hangjai tiszták s kellően ékeltek. Has nem puffadt, sehol sem érzékeny. Lép és máj megnagyobbodást nem mutatnak. Végbélhő 38·4°, pulsus szapora, lágy, száma perczenként 108. Rend.: Tinct. chinae comp. 4·0, Aqu. dest. s. 100·0 Acid sulfur. dil. gtts. X. Syr. simpl. 10·0.

Augusztus 23-án reggel: Végbélhő 38°. A vérömlések feltűnő módon szaporodtak; egyes helyeken mint a háton, de különösen a tibia mentén, egész tallérnyi foltokká folytak össze. A szájnyákbártyán újabb haemorrhagiák. A tüdők s szív, valamint a többi szervek újolagos vizsgálata negativ eredményt nyújt. *Vizelet sötétvörös*, középmenyiségű fehérszínű tartalmaz. Széklete még nem volt. Teljes étvágyhiány, szomj alig fokozott. Gyermekek igen bágyadt, aluszékony, fájdalmakról nem panaszkodik. Rend.: Ergotini 1·0. Sacchar. 3·0 mfpulv. div. in dos Nr. X. DS. 2 óránként 1 port.

Este: Végbélhő 39·4°, pulsus 132 lágy, kicsi. Prostratio fokozódott, eszmélet zavart. A délután folyamán *két ízben hig vérössavós széklete* volt.

Augusztus 24-én reggel: Végbélhő 39·2°. A vérömlenyek a már említett helyeken gyermektenyérszerű kiterjedést értek el s az ép, viaszszárga bőrreszletekkel élénk ellentétet képeznek. Arczon, felső végtagokon s a szájüri nyákhártyán a foltok alig szaporodtak. Az éj folyamán több ízben erősebb orrvérzés és egy hig kátrányszínű széklet jelentkezett. *Vizelet sötétvörös*, erősen vér- és fehérszínű. Teljes öntudatlanság. Szív működés szapora, erélytelen, szívhangok gyengék, homályosan határoztak, tüdők alsó részletei felett középszámú nedves szörtyögések hallhatók. Felültetéskor 8—10 kanálnyi véresen festett, gyengén savanyú szagú folyadékot hányt. Rend.: Inf. flor. arnicae e 1·0 ed 100·0 Tinct. Valerian aeth. gtts. XV. Syr. s. DS. óránként 1 gyermekkanállal.

Este: Hő 39·0°. Érlökés fonálszerű, alig számlálható. Orrvérzés, véres székletek többször ismétlődtek. Egy ízben

vérrögökkel kevert barnás folyadékot hányt. Gyermekek mélyen soporosus, rákiáltásra, nyugtalanításra alig reagál. Pupillák tágabbak, fényre csak igen csekély fokban hatnak vissza. Végtagok hűvösek. Aetherinjectiók.

Augusztus 25-én. Gyermekek comatosus. Hőmérsék 38.5°, pulsus nem tapintható, szív működés rendetlen, a második szívhang alig kivehető. Orrból szüntelenül vérszivárgás. Bőr s nyákhártyák képe tegnap óta nem változott.

A halál a déli órákban állott be.

A bonczolatot augusztus 27-ikén BABES V. tnr. kórházi boncznok végezte. A lelet leglényegesebb pontjai a bonczjegyzőkönyv nyomán a következőkben foglalhatók össze:

Kemény agyburok feszült, lágy agyburkok nedvdúsabbak.

Az agyacs és agyalapnak megfelelőleg a lágy agyburkokon, nemkülönben a dura mater belfelületén sűrűen egymás mellé sorakozott mákszem egész lencsényi, élénkpiros vérömlenyek láthatók. Kiterjedés és küllemre nézve teljesen hasonlóak találhatóak a pericardialis lemezekben. A szívburokürben mintegy 30 grammnyi hig vér. A jobb szívpitvar falzata egész vastagságában sötét barnavörös pettyek és csikoktól átszótt. A belek nyákhártyáján a vérömlések nagyobbak, szabálytalan alakúak, helyenként élénk pirosak, másutt rozsdaharna színbe játszóak. A tüdők alsó lebenyeiben mérsékelt fokú vizenyős beivódás. Kórisme:

Diathesis haemorrhagica cum ecchymos. haemorrh. cutis, haemorrhagüs ad laminam infer. durae et piae matris, cerebelli baseosque, pericardii et intestinorum. Infarctus haemorrhag. parietis totius atrii dextri. Haematopericardium. Anaemia universalis.

Az agyburkok vérömlenyein kívül, melyek jelenlétét különben a lefolyás alatt észlelt öntudatlanság és soporból sejtettük, kétségkívül a jobb szívpitvar falzatában talált véres infarctus bir kiválóbb érdekekkel, annyival is inkább, mivel hasonlót az akaratlagos izmok egyikében sem voltunk képesek megtalálni.

A másik idevágó esetünk ugyanazon év nyarán került észlelés alá.

II. B. M., 2½ éves leányka, inséges viszonyok között élő napszámosnő törvénytelen gyermeke, június 22-ikén véte-

tett fel. Kórelőzmény gyanánt csak annyi tudható ki, hogy három nap óta vétetnek észre a bőr kékes-vörös foltjai, s hogy tegnap erős orrvérzése volt, mely rövid szünetekkel gyakran ismétlődött. Egyéb adatot az értelmiség alacsony fokán álló szülő nem képes nyújtani.

A jól fejlett, mérsékeltén táplált leánygyermek arczóján elszórtan, a törzsén s végtagokon, de különösen a háton, sűrűen álló, köles egész lencsényi, részben kékes-vörös, részben élénkpiros, a bőr színe fölé nem emelkedő foltok láthatók. Köthártyák, szájnyákhártya feltűnően halványak, kemény szájpadon s a belpofákon több kendermagnagyságú szederjeskék véromleny. Gingivák fellazulást nem mutatnak. Pupillák középtágak, egyenlők, fényre kifogástalanul reagálnak. Tüdők kopogtatási s hallgatódzási viszonyai a rendeseknek megfelelőek. Szív és nagy edények hangjai gyengék, de tiszták. Beteg rendkívül elesett, bágyadt. Étvágy csekély, evés után azonnal hány, a hányadék sötétvörös. Székletei gyakoribbak, kátrányszínűek. Vizelet tiszta, borsárga, fehérvyét nem tartalmaz. Végbélhőmérsék 38·7°, pulsus szapora, gyenge. Rendelés: Rp. Liq. ferri sesquichlor., Tinct. Valerian. $\overline{\text{aa}}$ gr. 1·5. Aqu. dest. s. 100·0 Syr. simpl. gr. 10·0 MDS. óránként 1 gyermekkanállal.

Junius 23-án. A bőrön s a nyákhártyákon észlelt tünetek nem változtak. Az éj óta az orrból folyton vér szivárog. Hányás többször ismétlődött, hányadék véres; egy kátrányszerű széklete volt. Erőbeli állapot nem javult. Hőmérsék 38·4°.

Este: Hőmérsék: 38·6°. Elesettség igen nagyfokú, öntudat ép. Orrvérzés szűnt. Rend.: Cognac.

Junius 24-én. Hő: 37·3°. Ujabb véromlenyek nem jelentkeztek, orrvérzés nem ismétlődött.

Este: Hő 38·1°. Erőhianyatlás fokozatosan előrehalad, pulsus alig tapintható. A foltok halványulnak. Rend.: Aetherinjectio.

Junius 25-én. Hő 36·5°; tüdők felett bő apró szörtyögések. Érlökés nem tapintható. A halál fokozódó collapsus tünetek között reggeli 10 órakor állott be.

A bonczolást ez esetben is BABES tnr. végezte. A kórbonczi diagnosis, mely a lelet részletezését nélkülözhetővé

teszi a következő: *Morbus maculosus Werlhofii cum ecchym. haemorrhagicis subcutaneis, pleurae costalis, intestinorum et renum. Haemorrhagiae minoris gradus textus periostalis partis posterioris columnae vertebrae. Anaemia universalis, oedema pulmonum acutum.*

Az előre bocsátott kórtörténetek kapcsán legyen szabad néhány utómegjegyzést tennem, de mindenekelőtt gondolatmenetünket jelezni, melyet jelen esetekben a kórisme megállapításánál követtünk.

A bántalom rohamos kifejlése, a tüneteknek már jóelőre kedvezőtlen prognosist nyújtó súlyossága, a kísérő láz figyelmünket első sorban azon kórfolyamatokra irányította, melyekhez a leirtakhoz hasonló haemorrhagiák *tüneti* jelentőséggel szoktak társulni.

A legközefekvőt, a *himlő vérömléses initialis küteggjé* kizárhattuk az aránylag hosszú tartam alapján, mert tudjuk, hogy a purpura variolosa az esetek túlnyomó számban fennállása harmadik napján vezet halálhoz. Csak igen ritka esetben húzódik el 4, végső határképen 5 napig, de ekkorra a himlő jellegzetes papulo-vesiculosus bőrtermékei is kifejlődéshez jutnak. Ezt eseteinknél nem láttuk bekövetkezni, jöllehet az elsőnek tartama 8, a másodiké 7 napot tett ki. A *küteges hagymáz* ellen szólt úgy a hőmérsék magatartása, mint a haemorrhagiák kiterjedése és foka. A *scorbut* felvételére hiányzott a szájuiri nyákhártya azon jellemző, lobos elváltozása, mely a bántalom classicitását alkotja meg. Szivbillentyű-bántalom, fekélyes szívbélhártyalob, heveny sárga májsorvadás stb., melyek folyamán ily haemorrhagiák szintén felléphetnek, a physicalis vizsgálat alapján szóba sem jöhettek.

Igy a kórismét kizárás útján *önszenvi Morb. macul. WERLHOFFII*-re kellett tennünk, noha az előttünk lezajlott kórkép reánk *inkább egy heveny fertőző betegség*, sem mint olyannak benyomását tette, melyet eddigi nagyszámú tapasztalataink után egy többnyire lassú lefolyású, láz által csak ritkán kísért, a tengéletet s közérzetet jelentéktelenül zavaró, kedvező lefolyású bántalomnak tanultunk ismerni.

A szakfolyóiratok casuisticus gyűjteményeiben a mieinkhez igen hasonló *Morb. macul. WERLHOFFII* esetek egész sorzata tatálható fel, melyekben a rohamos lefolyás, a gyakran

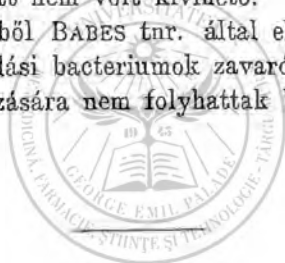
magas láz, a halálos kimenetel sehogy sem illik be az „*időszakos haemorrhagicus diaethesis*“ keretébe. Itt-ott fel is villan az észlelők részéről a bántalom *fertőzeti* természetének gyanú kifejezése, mely azonban tudományos alapot csak PETRONE, BARTHELÉMY, CHEYNE-MARCHAND vizsgálatai által nyert.

Sikerült nekik ugyanis a WERLHOF-kór egyes *lázás* eseteinél a vérben egy apró, methylviolettel jól festődő *micrococcust* találni, valamint a beteg vérének beoltásával házi-nyulakon a kifejezett kórképet előidézni.

Bár e kérdés végleg eldöntöttnek még nem tekinthető, mindazonáltal *felette valószínű*, hogy az önszenvi WERLHOF-kór bizonyos eseteiben — így a mieinkben is — az aetiologicus momentum *egy fertőzési hatányban* kereshető.

Sajnálunk kell, hogy eseteinkben az élőlől vett vér bacteriologicus vizsgálata az azon időben fennállott technikai akadályok miatt nem volt kivihető.

A hulla véréből BABES tnr. által előállított *culturák* — nyilván a rothadási bacteriumok zavaró jelenléte folytán — a kérdés tisztázására nem folyhattak be.



Diabetes insipidus 4 $\frac{1}{2}$ éves leánygyermeknél.

Közlötte: VAMOS (WEISZBARTH) GYULA dr., volt kórházi segédorvos (1888.)

A diabetes insipidus épúgy, mint a mellitus a gyermekkorban a legritkábban előforduló betegségek közé tartozik. Kórházunk roppant nagy anyagát magukba záró évkönyvekben alig találunk hasonló esetet feljegyezve. KÜLZ 1878-ig csakis 35, a gyermekkort illető diabetes insipidus esetet volt képes összegyűjteni az irodalomból. Mintán a diabetes insipidus főismérve a csillapíthatlan szomjúság mellett a vizelet fokozott napi mennyisége s alacsony fajsúlya: ha ezen tünetek valamely esetenél szembetűnők, úgy — feltéve, hogy vesemegbetegedés nincs jelen, az egyén húgyhajtószereket nem szedett s czukortartalom is kizárható, mi különben is magas fajsúlylyal jár együtt — biztossággal diagnosztisálható a vízhúgyár.

Hogy melyik ama legfiatalabb kor, melyben a diabetes insip. kezdődhetik: a mint a kór származására, úgy erre nézve sem vagyunk tisztában. KÜLZ ¹⁾ említi egy 35 éves nőt, kinél állítólag az első életévtől kezdve állott már fenn a bő vizezés s fokozott szomj. CL. BERNARD s ECKHARD beható kutatásai s nagyfontosságú felfedezései, melyek a negyedik agygyomroc s majd a nervus splanchnicus egyes helyeinek kísérleti megsértése által kerültek napfényre, némi világot vetnek úgy a diabetes mellitus, mint insipidus lényegére s ezek alapján a vízhúgyárt, mint beidegzési zavart

¹⁾ GERHARDT. *Handbuch der Kinderkrankheiten*. 8. B. I. Hälfte. P. 286.

kell felfognunk s így oly bántalomnak lehet tekintenünk, melynek kóroka a csecsemőt s aggot egyformán érheti. Az élőben legtöbbször minden támpontot nélkülözünk a kórok localisálhatására nézve; ritka esetekben diagnosztisálható volt agyi elváltozás; ama csekély számú betegnél azonban, hol valami esetlegesen hozzátársuló, halálhoz vezető betegség alkalmat adott az észlelő orvosnak a baj lefolyását a bonczasztalig követni: igen sokszor a clinicus észlelése és a boncznok lelete távolról sem egészítették ki egymást egy világos képpé a diabetes insipidus lényegét illetőleg.

Az általunk észlelt eset röviden a következő: *H. Anna*, 4 $\frac{1}{2}$ éves leánygyermeket 1886. év márczius 2-án anyja azon panaszszal hozta kórházunkba, hogy a gyermeknél másfél év óta minden megelőző ok nélkül bő vizelés és csillapíthatatlan szomjúság lépett fel, mihez az utóbbi időben étvágytalanság, színtelen küllem s időnkint hasmenés is társulván, a gyermek tápláltságát illetőleg nyugtalankodni kezdett s azért kórházunkban keresett baja ellen segélyt. Anyja kijelentése szerint a leányka egészségi állapota — eltekintve a fennebb említett, folyton fennálló két tünettől — ama másfél év alatt kielégítő volt, csak egyszer volt az hosszabb ideig tartó eczema által megzavarva; fejlődése rendes úton haladt; kedélye mindig durczás, mogorva. Egyetlen gyermek. Atyja tüdővészben halt el, anyja egészséges; a családban hasonló baj vagy agybántalom nem fordult elő.

A korához képest elég jól fejlett, mérsékeltén táplált. halványfakó bőrszínű leánygyermek köztakaróján elszórtan szederjes foltok, mint nem rég lefolyt eczema nyomai láthatók. A nyákhártyák halványak. Koponya-alkotás rendes, külsértés minden nyoma nélkül. Szellemi s külérzéki működései korának megfelelők. Durczás, kelletlen, ágytakarója alá húzódva folyton fázásról panaszkodik s a vizsgálatnak erősen ellenszegül. A nyelv gyöngén fehér lepedékkel bevont; étvágy csekély, szomj nagy mértékben fokozott (*az első nap 9 liter vizet ivott*). Légzési s vérkeringési szervei épek. Érlökés elég erős, telt, olykor kihagyó, perczenként 88. A has a test arányához képest nagyobbak mondható; előredomborult, rugalmas. A gyomor mély dobos kopogta-

tási hangja valamivel mélyebbre terjed s lökö mozgásokra loccsanás hallható. A többi hasi zsigerek részéről semmi elváltozás sem található. Székletek rendesek. Vizelete igen nagy mennyiségű, *az első napon 8·1 liter*, víztiszta, kissé zöldesen csillámló, vegyhatása gyöngén savi, *fajsúlya 1002*, idegen alkatrészt nem tartalmaz. Testsúlya felvételnél 12·9 kilogram.

Az irodalomban eddig méltatott esetek között érdekeséget kölcsönöz a mienknek, hogy itt a diabetes insipidusnak nemcsak egyik typicus alakjával találkozunk, hanem annak minden tünete *fokozottan* tárul elénk minden oly kísérő jelenség nélkül, mely a baj kórokára s ennek localisálására támpontul szolgálhatna. Nincs semmi nyoma luës-, tuberculosisnak; az olykor fellépő pulsus arhythmia is oly elszigetelten áll, hogy agytumor stb. felvétele merészség volna. S így esetünk is, mint tisztán neurosis fogható fel, talán a vesék beidegzési zavara által előidézve.

A kis beteg 37 napig volt észlelésünk tárgya; az utolsó napokban súlyos *diphtheritis necrotica faucium* társult bajához, melyet a gyermek nem is élt túl.

Betegségének főtünetét a bő vizezés s csillapíthatlan szomj képezte. Nem czélunk napról napra a lefolyást le-tárgyalni, csupán áttekintő képet akarunk arról nyújtani. Az elfogyasztott napi vízmennyiség minimuma — a víz íztelenségét nem rontva — 7·5 liter, *maximuma 18·0 liter* volt; az elsőnek 5·9 liter, *a másodiknak 10·9 liternyi vizeletmennyiség* felelt meg. Az eddig közölt gyermekkori diabetes insipidus esetek között HAGENBACH-éban,¹⁾ egy 4 $\frac{1}{2}$ éves leánynál 9·8 liter, GERHARDT által észlelt 4 éves fiúnál²⁾ pedig 10·0 liter volt a vizelet legnagyobb napi mennyisége s ezek voltak tudunkkal a legnagyobb napi vizeletmennyiségek, melyek eddig a gyermekek diabetes insipidusánál feljegyeztettek; *esetünkben a napi mennyiség 5·9 – 13·5 liter között ingadozott*. Az alkalmazott therapiának semmi befolyását sem tapasztaltuk a polyuriára, csak az időnkint fellépő hasmenés csökkentette

¹⁾ *Jahrbuch für Kinderheilkunde*. XIX. B. 2. Heft.

²⁾ GERHARDT. *Handbuch der Kinderkrankheiten* III. B. I Heft, 290. S

némileg a mennyiséget. A vizelet mindig vitziszta volt sajátlagos zöldes csillámlással; fajsúlya az 1002-öt nem haladta túl. Czukor, fehérnye sohasem volt kimutatható; egyéb húgyalkatrészekre nem történt vizsgálat.

A gyermeket folyton csillapíthatlan szomj kinozta, miről fogalmat nyújt az, hogy a napi kiváncsalmom 7·5—18·0 *liter* tett ki. A kétliteres vizes palaczkot mellette hagyva, 15 percz múlva már üresen állott az. Kísérlet a vizet megvonni tőle, a patiens legnagyobb felháborodásával találkozék; keservesen sirt, sőt türelmetlensége a dühösségig fokozódott s ilyenkor fejfájásról panaszkodott, étvágya tetemesen csökkent. Szomja kedve szerinti csillapítása után közérzete javult s elégedettnék látszott. Egy ízben próbakép chinin, bisulfuricumot adtunk a vízhez, s az ez által keltett keserű íz fel is ébreszté ellenszenvét a mohó ivás iránt úgy, hogy 13·5 literről a kísérlet első napján 3·5 *literre* szökkent alá a bekebelezett vízmennyiség; de csakhamar a chinin keserűségével is megbarátkozott, s harmadnap már ismét 11·2 litert ivott a kellemetlen ízű vízből. Étvágya az egész észlelési idő alatt gyenge volt; a gyomorbeli állapot chronicus hurut képét mutatta a tápláltságra való nagyobb visszahatás nélkül. Testsúlya csekély ingadozás mellett *mindvégig ugyanaz* maradt. Kellemetlen szövödmény gyanánt a megmegújuló bélhurutot kell felemlitenünk, melynek tartama alatt a vizeletmennyiség mindannyiszor kevesbedett. Folyton fázásról panaszkodott; az ágytakarót fejére húzva, összekuporodva feküdt ágyában. Végtagjai mindig hűvösek voltak. Végbélhő 36·2—37·4° C. közt ingadozott.

Gyógyeljárásunk a baj természetének megfelelően ingadozó volt. Kezdetben a veseválasztás csökkentését céllozva a vesebeli vértorlóadás alászállítása által ergotint nyújtottunk laudanummal, majd plumb. acet. cyrystalisatumot minden szembetűnőbb siker nélkül. Az időnkint jelentkező bélhurut is fontos részét képezé a gyógyjavalatnak.

A kórházi kezelés 32-ik napján — a nélkül, hogy az erőbeli állapot, vagy a testsúly tetemesebben fogytak volna, — a kis betegnél *stomatitis ulcerosa* lépet fel nagyobb fokú inyhús felernyedéssel s magas hőmérsékemelkedéssel. A folya-

mat az erélyes gyógyhatányok alkalmazása daczára folyton rosszabbodott; a harmadik napon *torok-diphtheritis* szegődött hozzá, mely csakhamar a garatot, mandolákat, sőt az uvulát is elborította, s másnapra már az *orriüregre* is átterjedt. A diphtheriticus bántalom tartama alatt a vizelet mennyisége, valamint a szomjúság is csökkent. A gyermek az ötödik napon teljes kimerülés tünetei között halt el,

A bonczolást BABES tnr. végezte s a kórbonczai lelet a következő volt: *Oedema minoris gradus medullae oblongatae. Diphtheritis faucium et narium. Scrophulosis glandularum mediastinarum et bronchialium. Tuberculosis incapsulata praecipue partium mediarum pulmonum et disseminata totius pulmonis, subsequente emphysemate interstitiáli. Bronchitis catarrhalis chronica. Hypertrophia hepatis cum induratione et hyperaemia. Blenorrhoea chronica ventriculí; enteritis follicularis intestini crassi. Hypertrophia muscularis vesicae urinae; dilatatio ureterum.* A lágyburok vészegények, kissé nedvdúsak; a tekervények kissé nagyobbak. A gyomrocokban körülbelül 20 gm. tiszta sárga savó. A plexus choroideus vérdús; a glandula pinealis nagyobb. A nyúltagy, nevezetesen az olivák nagyok, nedvdúsak, vészegények. A gyomor falzata vastag, nyákhártyája erős ránczokat képez, melyek vastag redőkben emelkednek ki. A nyákhártya barnás sűrű nyákkal fedett. A belek nyákhártyája belövelt, a Peyer-plaqueok duzzadtak, a vastagbél tüszői helyén apró besüppedés és szürke elszínesedés. A két vese súlya 110 gm., halványak, a felületen egyes belöveltségi csillagok. A kéreg s főleg a lobrok keskenyek, az utóbbiak halványak tömöttek. A vesemedencze és húgyvezetékek tágultak, kissé belöveltek. A húgyhólyag falazata vastagabb, belfelületén a nyákhártya finom gerendezetben kiemelkedő belövelt.

XXVIII.

Diabetes insipidus újabb esete.

Közlötte: VÁMOS (WEISZBARTH) GYULA dr., volt kórházi segédorvos (1890.)

K. Aladár, 8 éves fiúcskát anyja 1887. december 5-dikén hozta felvétel czéljából kórházunkba. Panaszát az képezte, hogy a fiú évek óta sokat iszik s többet vizez a rendesnél. Anyja elbeszélése szerint a születése óta satnya gyermek igen későn kezdett járni, fogait is szokatlanul későn kapta. Három éves korában tarkóján egy fájdalmas daganat fejlődött, mely lassan tyúktojásnyira növekedve felmetszetett s belőle sűrű geny ürült ki. Ekkor vették azt is észre, hogy *szemei kezdenek kidülni*. Az amúgy is gyenge gyermek ez időtájt betegeskedve, fejlődésében még inkább visszamaradt. A járást elhagyva jobb szeretett feküdni; lassanként *fokozódó szomjúság* vett rajta erőt, kedvetlen s durczás lett. Apja s anyja élnek s egészségesek; két testvére közül az egyik vízfejűségben halt el 7 hónapos korában, míg a másik szépen fejlett s egészséges. Heveny, fertőző kütege nem volt.

A satnyán fejlett, erősen rhachitikus alkatú, alig három éves gyermek benyomását keltő fiúcska tápláltsága igen gyenge. Bőre halvány-fakó, a végtagokon nagy redőkbe emelhető; az arcz öreges küllemű, a szemek üregükből erősen kidüledtek, úgy hogy alig takartatnak a szemhéjak által; visszanyomatásuk nem sikerül. A szemek mozgása renyhe ugyan, de minden irányban szabadon történik. A conjunctivák erősen belöveltek, közegek tiszták, látás jó. Szentükri vizsgálat szerint a papillák halványak, s belső, felső határukon csekély festenyfelrakódás vehető ki. A homlok a lapos, kicsiny craniumnak megfelelően alacsony. A fejtető lelapított s mi-

után a parietal csontok felső részlete hártvás: ez által a nagy kutacsnak megfelelően egy, körülbelül 8 cm. hosszú és 6 cm. széles területen puha, pergamentszerű a boltozat. E hártvás koponyaboltozatban három, krajezárnnyi csontszigecské tapintható ki. Az os occipitis alsó részletén, a protuberantia alatt, egy félkrajezárnnyi, szintén hártvás tölcserű bemélyedés van, mely a kisujj körömpereczének felét befogadja. A fej körfogata 46 cm. A fogak jobbára cariosusak, a gyermek korához illő számmal. Az alsó állkapocs rendes fejlődésű. A nyak sovány, vékony, rövid; a pajzsmirigy nem nagyobb. A torok halvány, nyelés szabad. Étvágy rossz, *szomj rendkívül fokozott: az első napon 6 liter vizet fogyasztott et.* A mellkas pectus carinatumra jellegzetes; oldalt erősen összenyomott, bordaporcvégek bütykösek. Tüdők- és szívnek úgy kontaktási, mint hallgatódzasi viszonyai rendesek. A has nagyobb fokban előreboltosult, rugalmas, nem fájdalmas, felette a kontaktás a megszokott magaslati különbségekkel váltakozva dobos. Körfogata a köldök magasságában 62 cm. Máj és lép rendes nagyságban és határok között kopogtatható ki. Hőmérsék felvételkor 36.2° C. Pulsus elég erős, percenként 84, rhythmikus. A végtagok a gyermek testalkatához mérten arányosak, soványak, csontképződésük szilárd. Székletek összeálló, nem gyakoriak. *Vizelet szintelen, átlátszó, nagy tömegben kissé zöldesen fluorescáló, mennyisége az első napon 7 liter; gyengén savanyú, fajsúlya 1004, fehérnyét nem tartalmaz, cukor sem mutatható ki benne.* Testsúly 12.5 kilogramm. *Tehát a napi vizeletmennyiség a testsúlynak több mint felét teszi ki.* Értelmi képessége korának megfelelő.

A kór lefolyásának rövid vázlatát a következőkben adjuk: A gyermek 1887. december 5-dikétől 1888. május 13-ig, ekkor bekövetkezett haláláig volt észleletünk alatt. Folyton mogorva, szótlan, környezetével mitsem törődő magaviseletet tanúsított. Ágyában takarója alá temetkezve, összekuporodva hason fekszik; megszólításra durczásan, de elég értelmesen s okosan kurta feleleteket ad, fázásról s szomjúságról panaszkodik. Járni nem szeret, azonnal ágyba kívánkozik, s paplanja alól csak azért bujik időnként elő, hogy

élvsováran ragadja meg a vizes palaczkot, melynek tartalmát hangos kortyokban önti magába. Ha szomját egyszer kedve szerint kielégíthette, kedélyesebb s élénkebb lesz, sőt dúdolásra is hajlamot érez.

A vizelet napi átlaga 5–7 liter között ingadozott s ennek megfelelő volt az elfogyasztott napi vízmennyiség is: 4–6 liter. A vizelet színtelensége, csekély fajsúlya s egyéb tulajdonsága az egész betegség alatt nem sok változást mutatott: fajsúlya 1003—1004, a huyany átlaga 0.351%, a chloré, mint konyhasó 0.136%, a phosphorsavé, mint $P_2 O_5$ 0.023% volt. Fehérnyét kezdetben nem, csak a betegség vége felé voltunk képesek nyomokban kimutatni. Egyéb vizeletalkatrészre nem történt vizsgálat. *Czukrot soha sem lehetett felfedezni benne.* A vizeletmennyiség pontos meghatározása sokszor akadályba ütközött a ki-kiújuló bélhurut miatt, mely utóbbi különben az egész lefolyás alatt kísértett s az őt követő erőhanyatlás kikerülése czéljából jóformán egyedüli tárgyát kellett hogy képezze a therapiának. Étvágy mindig csekély volt s így alig lehetett kísérletet tenni az iránt, hogy az egyes táplálékfajok miként befolyásolnák a vizelet mennyiségét. A testhőmérsék alig érte el rendes viszonyok között a 37° C.-t, jórészt 34—35° C. között ingadozott, egy ízben 33° C.-ig süllyedt alá. Ny hőtermelés mellett természetesnek látszott a bőrnek kellemetlen hűvös, száraz volta.

Deczember 2-dikán 39.4° C. hőemelkedés mellett morbilli prodromjaként tüsszögés, köthártya- s torokbelöveltség és hörghurut jelentkezett; 2 nap mulva a kúteg kitört. Az enyhe kiütés, mely nyolcz napig tartott, a vizelet- s megivott vízmennyiségre alig gyakorolt valami feltűnő befolyást. Az amúgy is gyenge gyermeket ez intercurrens betegség kissé megviselte. Testsúlya hétről hétre hanyatlott. 1888 február elején az egész testre kiterjedő mérsékelt pöffedés lépett fel, sőt 8-dikán már csekély hasvízkór is volt kimutatható. A vizeletben, mely ekkor 3 literre fogyott, nyomokban fehérnyét találtunk, vese-alkatrészeket azonban nem. Ugyanekkor erős bélhurut is súlyosította kis betegünk állapotát. 20 dika felé a vizenyő csökkent, a diuresis egyidejű emelkedésével, ez utóbbi ismét öt liter napi mennyiséget érve el. Sőt később

a heves hasmentés is megszűnt, közérzet javult és az általános állapot a régi, tűrhető tengődésbe zökkent vissza. A gyakrabban megejtett testsúlymérés hétről hétre csökkenést tüntetett fel, az erőhanyatlás mindinkább szembeötlőbb lett s április elején már csak 9·5 kilogrammot nyomott a 8½ éves gyermek. A hőmérsék ekkor már soha sem érte el a 36° C.-t. Április 23-dikán éjjel egy ingó molaris fogat a kis beteg maga távolított el, a mire oly erős vérzés állott be, hogy csak ismételt tamponálással lehetett azt megszüntetni. Májusban a sorvadás rohamosan halad előre, a gyermek szerfelett zsémbes, kedvetlen; a vizelet 2·5—3·5 liter, a szomjúság is csekélyebb, alig eszik valamit s folytonos subnormalis temperatura mellett kimerülés folytán következett be május 13-dikán a halál

Diagnosisunk, melynek felállítása a tünetek határozott jellegzetessége mellett nehézséggel éppen nem járt, *diabetes insipidus* volt, mely folyamat egy úgy egész fejlődésében, de különösen a csontképzésben tetemesen visszamaradt, nyomorult individumot illetett. A hiányos csontképzés főkép a koponya boltozaton volt szembetűnő, hol tenyérynvi hártvás részlet hátrahagyásával csak néhány csontszigetecskéig tudott a csontosodás haladni. A nélkül, hogy a koponya ezen alkatából az agyra következtetést akartunk volna vonni, némi gyanu ébredt az iránt, nem az agy pathológiájában keresendő-e a polyuria oka, főkép miután az anya a gyermek baját ama daganat keletkezési idejére volt hajlandó visszavinni, melynek következményekép az occiputon ama hártvás gödör maradt vissza.

A bonczolás, melyet PREISZ dr. kórházi boncznok végzett, eredményében a következőkben foglalható össze:

Pachymeningitis externa chronica. Tuberculosis chronica pontis Varoli, nervi trigemini et ganglii Gasseri dextri et durae matris vicinae. Tuberculosis pulmonis dextri et glandularum lymphaticarum mediastini anticí. Pneumonia interstitialis chronica. Cat. gastrointestinalis chronicus. Nephritis interstitialis chronica cum degeneratione amyloidea. Exophthalmusie degeneratione partim parenchymatosa partim hyalina muscutorum rectorum.

A részletes bonczjegyzőkönyvből a következőket emel-

jük ki: A koponyaboltozat középvastag, szivacsos; a nagy kutacs körülbelül 2 tallérnyi, s két 1—1 ezüstforintnyi, hosszúkás, vékony csontlemezt tartalmaz, melyek egymással s a többi koponyacsontokkal szélesebb hártvás részek által egyesítvők. A nyakszirten, az említett kis gödörnek megfelelőleg a koponyabolt csak vékony, csontnélküli hártvából áll. A kemény agykér megvastagodott; a jobb trigeminust kísérő hüvelyében s a jobb *Gasser*-dúczot fedő részében tömött, sárgás-fehér, egynemű góczokat s sajtos anyagot tartalmaz. Az agygyomrocok nagyobb fokban tágultak. A jobb trigeminus törzse jóval vastagabb, vérdús, sötét szürkés-vörös, tömött; ugyanazon oldali *Gasser*-dúcz babnyi, igen tömött, vérdús s több, egész kölesnyi sárgás-fehér sajtszerű góczot tartalmazó. A Varol-híd jobb felének külső részében kis borsónyi, sajtszerű góczokat tartalmazó részlet. A nyúlt-agy, híd és ikertest lágy agyburkai vérdúsak, kissé duzzadtak. A jobb tüdő felső lebenyében kölesnyi, sajtos gócz. A szív kicsiny, mérsékelten összehúzódott, izomzata halvány barnavörös, elég tömött. A gyomor nyákhártvája kissé megvastagodott, halvány-szürke; a vékony belek a PEYER-féle plaque-oknak megfelelőleg erősen festenyezettek. A máj s lép vérszegények, középtömöttek. A vesék valamivel kisebbek, igen vérszegények, s igen tömöttek; metzlapjukon fénylők, annak szélein áttetszők, barnás-vörösek. A húgyhólyag erősen tágult, benne körülbelül 800 gramm tiszta húgy. A hasürben körülbelül $1\frac{1}{3}$ liter tiszta, sárga savó. A szemtekék egyenes izmai halványak, sárgás-vörösek, petyhüdtek, górcső alatt a legtöbb izomrostjuk harántcsikolatot nem mutat, hanem durván szemcsézett, vagy fénylő, hossz- vagy haránt-irányban széteső, egynemű göröngyökké változott.

A bonczolásnál mindenesetre sok érdekes leletre akadunk, olyanokra is, melyek kórtünetét az életben nem észleltük s így jelenlétükre alig gondolhattunk. Így az agyban elszórtan gümös góczokkal találkozunk, nevezetesen a Varol-hid mentén a jobb *GASSER*-dúczban, a nélkül, hogy a trigeminus beidegzési területén legcsekélyebb zavarok is mutatkoztak volna az élőnél. A 4. agygyomroc rendes bonczí viszonyokat tüntetett fel. Az agy ezen kórbonczí álla-

pota alig szolgáltat valami pozitív alapot a húgyvizar okának kiderítésére. Megtaláljuk az exophthalmus magyarázatát a szemek egyenes izmainak előrehaladt gyurmás s hyalin elfajulásában, mit ismét az általános sorvadás részleges jelenségeképpen foghatunk fel. Legmeglepőbb volt azonban a vesék szövethközti lobja, kifejezett amyloid degenerációval társulva. A vizeletben fehérnyét csak a morbilli után, a betegség vége felé voltunk képesek felfedezni, vese-alkatrészeket azonban nem. Morbilli után tapasztalat szerint veselobok olykor jelentkeznek, de ezek terimbeles s nem szövethközti jelleggel bírnak. Másrészt a veselob a vesezsugor oly stadiumát mutatta, melynek eredete sok hónapra, talán évekre viheto vissza; a szülők semmi más megelőző fertőző bántalomra nem emlékeznek s így ennek keletkezési idejét s okát annál kevésbé vagyunk képesek megállapítani, miután a szívet, várható, következményes túltengés helyett rendes üregű- s falúnak, sőt kicsinynek ismertük fel. Kérdés ezek után az, hogy jogosítva vagyunk-e annak felvételére, miszerint esetünkben diabetes insipidus forgott fenn; vajjon nem tekinthetjük-e a zsugorodott vesét magát a polyuria elégséges oka gyanánt? Tényleg a szerzők az oly eseteket, hol a vizeletben a legcsekélyeb fehérnyemennyiség is mutatkozik, mint gyanusakat tüntetik fel. Nem is tagadható, sőt bizonyos a zsugorvese vizeletszaporító szerepe betegünknel; kétségtelenül hozzájárult ő is a nagyobb vizeletmennyiség előidézéséhez, de aligha annyira, hogy annak napi átlaga 5—7 litert érjen el. Az egész kórkép minden aprólékosságával, a lefolyás minden mozzanata, a fokozott szomj, a vizelet sajátossága oly jellegzetesen domborították ki a diabetes insipidus képét, miszerint habozás nélkül foghatjuk fel a betegséget, a bonczolás után is mint olyant, hol *egy kiterjedt ayytuberkulosisban szenvedő egyénnel vízűgyár volt jelen szövethközti veselob társaságában.*

Morbilli recidivi hőkhurutos gyermeknél.

Közlötte: SZEGŐ KÁLMÁN dr, kórházi segédorvos (1890.)

Sz. M. $4\frac{1}{3}$ éves leánygyermek, 1888. év ápril 30-dikán azon panaszszal hozatott be nyilvános rendelésünkre, hogy néhány nap óta izgatottan köhög. A kis beteget, ki az orsz. kisedővő-intézet növendéke volt, izolálás és megfigyelés czéljából hőkhurut gyanújával kórházunkba felvettük és őt egyelőre külön szobába helyeztük el. Beteg variolán kívül eddig heveny fertőző bántalomban nem szenvedett.

A kis beteg megvizsgálatván rajta a lefolyt himlőnek megfelelő hegek voltak találhatóak. Azonkívül feltűnt arcza felfúvódott, pastosus külleme: a felső szemhéjak duzzadtak; nyelvféki fekély nem látható. A nyaki mirigyek kis babnyi mekkoraságban kitapinthatók. A tüdők felett hurut, vagy egyéb kóros jelenség nem constatálható. Beteg közérzete; vegetabil működései teljesen normalisak.

A további megfigyelés alatt kitűnt, hogy beteg izgatottan, erőlködve, egyes rohamokban köhög, miközben arczát congestionalis pir futja el.

A pertussis diagnosisa már az első napon kétségtelenné válván, a beteg a megfelelő osztályra helyezettetett el. A rohamok, megfelelőleg a betegség kezdeti szakának, csak gyenge mértékben jelentkeztek. A rohamok napi számát egy nagyobb, hasonlóan pertussisban szenvedő értelmes leányka jegyezte fel. Gyógykísérletképen az azon időtájban több oldalról ajánlott antipyrin adagolását kezdtük meg, még pedig ez esetben 0.5 gm. napi adagtól, fél gm.-os dosisokban egész 2 gm.-ig emelkedve, majd ismét 0.5 gm.-ig süllyedve nyuj-

tottuk az antipyrint, úgy hogy beteg egy napi adagot 3 részletben reggel, délben és este fogyasztott el.

Ezen kezelés mellett a rohamok száma napról napra csökkent; typosok és intenzitások azonban nem változott. A rohamok továbbra is hasonló rövidék maradtak, izgatottságban nem növekedtek és a rohamok göresös inspiriuma csak olykor jelentkezett. A beteg különben jól, teljesen normalisan érezte magát és az aránylag gyenge fokú pertussis sem mechanikus — congestionalis — sem accidentalis irányban zavart nem okozott. Az első cyclus végeztével 7 nap múltán, miközben a köhögési rohamok száma 20-ról 4-re süllyedt és a beteg összesen 8 gm. antipyrint fogyasztott el, control-kísérlet kedvéért a szereléssel felhagytunk.

A betegség ezen kedvező lefolyását május 11-dikén, kórházi tartózkodása 12-dik napján a következő complicatio zavarta meg.

Este hirtelen, minden előző tünet nélkül 40.8° C. hőemelkedés kíséretében beteg arcán és hátán lencse, egész fillér nagyságú, halványpiros, kissé papulosus foltokból álló, sehol össze nem folyó kütég jelentkezett és e mellett kisfokú torokbelöveltség és kötőhártyahurut is volt látható. Orrhurut és rekedtség nem észlelhető. Erősebb nyaki vagy fülmögötti mirigydagamat nem constatálható. Beteg a diagnosis függőben tartása mellett megfigyelés céljából egy külön szobában helyeztetett el.

Másnap (12-dikén) reggelre a kütég az egész testre kiterjedt, az arczon diffus halvány pirba folyt össze, a törzsön azonban a foltok különállóak, a tegnapihoz hasonló halványpiros színárnyalatot mutatnak, a papulosus jelleget, kivéven az arcot, mindenütt megtartották. A kísérő kötőhártyahurut és torokbelöveltség nem fokozódott. Beteg láztalan. Este a hőfok 38.3° . Kütég változatlanul fennáll az egész testen, a végtagokon csak kevéssé kifejezett. 13-dikán a kütég mindenütt halványul, hőfok 38.0° . 14-dikén beteg láztalan; a kütég csak nyomokban látható. 15-dikén a kütég eltűnt, bőrhámlás vagy korpádzás nincs.

A leírt tünetek után az *enyhe morbilli* diagnosisa kétségtelenné vált előttünk. Ezen felvételben megerősített ben-

nünket azon körülmény, hogy ugyanazon időben a szomszéd épület kanyaró-osztályán több heveny eset feküdt és ugyanakkor a főváros területén is nagyobb számban jelentkeztek a kanyarós megbetegedések. Azért is beteget a kütég teljes kifejlődésekor, 12-dikén a kanyaró-osztályra helyeztük át.

E complicatio a köhögési rohamok typusára vagy intenzitására semminemű befolyással sem volt; csak a rohamok száma (az antipyrinkezelés már 10-dikén az első cyclus után elhagyatott) kezdett újból felszaporodni, úgy hogy 16-dikán, 12 napi roham jegyeztetett fel. De nem is várhattuk, hogy ezen enyhe complicatio, mely a légutakat alig afficiálta, a a főbetegség befolyását valamely irányban megzavarja.

Úgy látszott, hogy ezen enyhe küteggel a complicatio teljesen véget ért. Azonban nem így történt!

17-dikén reggel újból hőemelkedés jelentkezik 38° C. és este 39° C., mi mellett az arczon, nyakon, mellen, vállakon és a végtakok feszítő oldalán nagyobb lencsényi egész fillérnyi, vörösbarna, ujjnyomásra el nem tűnő, helyenként maculosus, másutt papulosus részint különálló, részint nagyobb területekbe összefolyó foltokból álló kütég jelentkezett. E mellett az újból előállt kötőhártyahuruton kívül semmi egyéb kóros tünet nem észlelhető. A nyákhártyák szabadok, vizelet, széklet rendes. Közérzet teljesen normalis; köhögési rohamok nem változtak. 18-dikán a haemorrhagikus foltok száma nem szaporodott; nyákhártyavérzések nem jelentkeztek. 19-dikén a foltok sötétebb színt öltenek; egyéb vérzések nem jelentkeztek. Ezen időtől kezdve a vérömlenyos foltok lassanként tűnedezni kezdtek és 22-dikén már csak nyomai voltak láthatók.

Vizsgáljuk már most közelebbről e kóresetet. Egy hőhurutban szenvedő gyermek, ki himlőn kívül, más heveny fertőző küteges bántalomban nem szenvedett, kórházi tartózkodása 12-ik napján hirtelen 40.8° C. láz mellett gyenge hurutos tünetek kíséretében kiütést kap, melyet, tekintetbe véve, hogy pertussisban szenvedő gyermekek oly hajlamosak a kanyarófertőzés iránt, továbbá tekintve az akkor különben is járványos morbillit, és hogy több heveny eset feküdt a szomszédos épület kanyaró-osztályán, már eleve is a mor-

billira gyanúsna kellett tekintenünk. Feltűnő mindenesetre a minden prodromok nélkül beköszöntött igen heveny kezdet, a lázzal egyidejűleg már is a kúteg megjelenése, annak halvány volta és a tünetcsoportban a kútegnak praevaleálása, minden kísérő jelenség felett. Mindenekelőtt azonban számolnunk kellett azon körülménnyel, hogy beteg a megelőző 7 napon át 8 gm. antipyrin-t fogyasztott el, tehát, hogy e heveny tünetek nem-e talán *antipyrin intoxicationnak* a következményei.

Ha tekintetbe vesszük e kúteg fellépési módját, a lázat, a kísérő bár enyhe hurutos tüneteket, ha megfigyeljük a körülményeket, melyek között a kúteg jelentkezett és főleg az elfogyasztott antipyrin kis adagját (7 nap alatt 8 gm.), továbbá, hogy a későbbi időben, midőn az antipyrin-kezelés újból megindult, azt a kis beteg minden kellemetlenség nélkül jól tűrte, úgy e feltevést minden habozás nélkül elejthetjük. Mélyebbre ható czáfolatot kíván azon feltevés, *nem volt-e a kúteg rubeola!*

Sok körülmény van, mely e kúteg felvétele mellett szól! Így a heveny, minden prodromok nélkül beköszöntött kezdet; a kúteg színe, a foltok további magaviselete, illetve hogy isoláltak maradtak mindvégig, kivéven az arcot, sehol sem folytak össze; a kísérő tünetek enyhesége. Ha e kúteg valóban rubeola volt és az morbilli hizsemében a kanyaróosztályra helyeztetett át, úgy ott a szomszéd ágyon fekvő heveny esetek által okvetlen megfertőztetett és ekkor az áttétel után 5-dik nap jelentkezett haemorrhagicus kúteg okvetlen mint morbilli fogandó fel. Bármilyen tetszetősnek látszik is ezen combinatio, az még sem fogadható el. Mindenekelőtt ritka volna, hogy a rubeola 40-8° hőemelkedés mellett jelentkezne, midőn majdnem az összes szerzők megegyeznek az enyhe, gyenge hőemelkedéstől kísért vagy egyáltalában láztalan kezdetben és lefolyásban. És a mi tapasztalataink is, melyeket 1887. nyarán szereztünk, amikor is az „Erzsébet leány-árvaház“ és a magy. gazdasszonyok intézete növendékei közt nagyobb számban fordultak elő kétségtelen rubeola megbetegedések, arról győztek meg bennünket, hogy úgy a kezdet, mint a lefolyás láztól nem,

vagy csak alig kísért. Ugyanakkor tapasztalhattuk, hogy a foltok apró lencse nagyságú, tehát kisebb mint a jelen esetben, rózsaszínű, izolált, rendetlen csoportokban jelentkező, össze nem folyó küteget képeznek és a kiütésnek egyik főjellege: a lassú, lökészerűleg való (schubweise) fellépés jól bevésődött emlékünke. Az ezen idő óta a rubeoláról megjelent közlemények többé-kevésbé megegyeznek ezen mi általunk is tapasztalt sajátságokban.

De ha ezen, a mi esetünkben észlelt első küteget rubeolának vesszük, úgy egyszerűen törülnünk kell a morbilli enyhe alakjait a pathológiából, úgy a rubeola és enyhe morbilli között oly hosszú időn át fáradsággal felépített válaszfal újra ledől és újból előáll a zavar, melyből kibontakozni csak nehezen lehetett.

Felvételünk szerint tehát ezen első küteg kórházi fertőzés által okozott enyhe morbilli, mely fertőzés a fent leírt viszonyoknál fogva megütkezésre nem adhat okot. A második küteg, mely inkább azon területeket illeti, melyeket az első megkimélt, mint visszaesés (recidiva) fogható fel, mely haemorrhagikus jellege daczára a betegség enyhességén mit sem változtatott. Hasonló visszaesések leírásával, bár ritkán, találkozhatni egyes közleményekben „*eruptio duplex, triplex*“ vagy úgynevezett „*Nachschübe*“ elnevezés alatt és ezek a valódi „*recidivák*“, GERHARDT értelmében, midőn t. i. a kütegek megjelenése közt nem telik el több idő, mint az egész betegség tartama, beleértvén az incubatiót is.

Némely szerző, így HENOCH, JOHANESSEN, újabban EMBDEN említést tesznek kanyaró után fejlődött bőrbántalmakról, így *purpura simplex*ről is; a mi esetünkben azonban a haemorrhagikus küteg jelentkezési módja eléggé jellegzetes volt morbillire, úgy hogy ez irányban történhető összevetés kizárható.

Pharyngitis diphtheritica. A szívizomzat zsíros elfajulása thrombus-képződéssel, hirtelen halál.

Közlötte: BRÜCK MIKSA dr., kórházi segédorvos (1888.)

P. L., 6 $\frac{1}{2}$ éves fiúgyermek, 1885. június 26-ikán vétett fel kórházunk fertőzőbeteg osztályára. Kórelőzményképen annyi tudható ki, hogy gyermek 4 nap óta torokfájásról panaszkodik, melylyel azonban fennjárt; lázai nem voltak. Négy hónap előtt kanyarót állott ki.

A gyengébb alkotású, mérsékeltén táplált fiúgyermek bőrszine rendes. Légzési, vérkeringési s emésztési szervek részéről rendellenesség nem mutatható ki. Garat s mandolák nyákhártyája élénken belővelt, duzzadt. Az uvula jelentékenyen megnagyobbodott s egész terjedelmében szürkés-fehér, helyenkint fátyolszerűen áttűnő s az egész uvulát tasakszerűen befogadó izzadmánynyal borított. Nyaki nyirk-mirigyek kis fokban beszűrődtek. Hang tiszta, nyelés nem nehezített. Hőmérsék 37·7°. Érlökések száma 96. Közérzet, étvágy jó, székletek rendesek, vizelet idegen alkatrészt nem tartalmaz. Rend.: aqu. calcis, aqu. dest. aa 500·0 DS. Torokfecskeendőre és Rp. Kali chlorici 2·0, Aqu. d. 100·0, Syr. s. 10.

A következő két napon a kórkép változatlanul fennállott, rendes testhőmérsék mellett a közérzet s a tengéleti működések zavart nem szenvedtek.

Június 29-ikén a torokbeli folyamat előrehaladást tanúsított. Az izzadmányképződés a mandolák mellső felületére s a garat hátsó falzatára is kiterjedt. Torokvizsgálatnál, midőn a gyermek ökröndözik, az erősen duzzadt epiglottis látható része is lepedékesnek bizonyúl. Hang rekedt, időnként száraz, laryngealis köhögés. Hőmérsék 38·0°.

Az esti órákban a légzés kifejezetten dyspnoicussá vált s hangos inspiratoricus zörej, orrszárnyemelkedés s mérsékelt fokú diaphragmaticus behúzóadás által volt kísérve. Tüdőkben elszórtan szívós hurutos zörejek. Rend.: Apomorphin. muriat. 0·04, Aqu. dest. 100·0. Acid. mur. dil. gtt. IV. Syr. s. 10·0. MDS. 2 óránként 1 gyermekkanállal; hideg borogatások a nyakra, Aqu. Calcis belégzések.

Junius 30-án. A laryngiticus tünetek változatlanul fennállanak. Az uvulát burkoló hártvás izzadmány jó részben levált, mandolákon s a hátsó garatfalán terjedést nem mutat. A tüdők alsó lebenyei felett a durvahólyagú szörtyögések valamivel bővebben hallhatók. Légzésszám percenként 42. Köhögés gyakoribb, kevésbé száraz.

Julius 1-én. Az álhártvás izzadmány az uvuláról — a száypadívvvel határos részlet kivételével — eltűnt; a mandolákon s a garat hátsó falán is vékonyul, helyenkint kifoszlásokat mutat. A laryngiticus tünetek feltűnő módon enyhültek. Légzés csak kevésbé nehezített, nem hangos, száma percenként 32. Köhögés laza; jó közérzet s étvágy. Hőmérsék rendes,

Julius 2-án. Légzés nyugodt, gyér laza köhögés, rekedtség tart. A mandolákon s a garat hátsó falán az izzadmány csak apróbb szigetszerű maradványokban van jelen. Rend.: Natr. bicarb. 3·0, Aqu. dest. 100·0, Liq. ammon. anis. gtt. X. Syr. smpl. 10·0.

Julius 4-én. Rekedtség szűnt, tüdők szabadok. Torok teljesen feltisztult. Az izzadmány tapadóbb részletei helyén itt-ott élénkpiros alapú, sekély hámfolytonossághiányok láthatók. Gyermek igen bágyadt, étvágya csekély. Lázmozgalmak nincsenek. Rend.: Decot. cort. Chinae e 3·0 ad. 100·0 Acid. mur. dil. gtt. X. Syr. s. 10·0.

A további napokon gyermeknél változás nem volt észlelhető. *Az erőbeli állapot roboráló étrend s gyógyszerelés daczára fokozatosan hanyattlik.* Pulsus gyenge, kissé retardált. Székletek renyhék, időnkint hashajtók igénybevétele válik szükségessé.

Julius 10-én. Hang kissé dunnyogó, nasalis jellegű. A száypad és garatívek ujjali izgatásra kissé renyhén reagálnak, a tápszerek nyelése azonban kifogástalanul történik.

Erőhanyatlás előrehalad, gyermek támasz nélkül még ülni sem képes. Végtagok motilitása korlátolatlan. Étvágy igen csekély, pulsus gyenge, gyér, de nem arhythmicus.

Julius 11-én. Állapot változatlan, erőtlenség igen nagyfokú, közérzet különben jó. Pulsus minősége nem javult. Julius 12-ikén reggel, gyermek játékközben hirtelen meghalt. HUTYRA tr. kórházi boncznok által végezett bonczolatjegyzőkönyvéből a következőket emeljük ki: A kemény agykér mérsékelten feszült, lágy agyburkok s az agy vérszegényebbek, nedvdúsabbak, utóbbi középtömött, gyomrocsaiban pár csepptiszta sárga savó. A torok nyákhártyája belövelt, kissé duzzadt. Mindkét tonsilla felett körülbelül egy-egy borsószemnyi terjedelemben a nyákhártya felületes rétegei hiányzó, a folytonosság hiány szélei élesek; alapján a lemeztelepített nyákhártya alatti réteg tiszta, csak vékony nyákréteggel fedett. Nyomásra azonban úgy a fekély alapján mint ennek környezetében a tüszőkből egész kendermagnyi sárgás genyecsapok nyomódnak elő. A gégefedő és a gégekanporczszálagok nyákhártyája szintén kissé belövelt, duzzadt; hasonlóan de igen kis fokban duzzadtak a különben síma felületű hangszálagok is, míg ezek hátsó eresztéke egy lencsényi, a tonsillák felett levőkhöz hasonló, szintén tiszta alapú sekély fekélyt mutat.

A gége s légső nyákhártyája kissé belövelt, sok finom habzó savóval fedett. A tüdők középvértartalmúak. A szivburokban 10 gm. tiszta sárga savó. *A sziv mérsékelten összehúzódott izomzata halvány-vörös, egynemű, kissé fénylő. A sziv üreiben közép mennyiségű lazán alvadt vér. A bal gyomrocs izomgerendái között, közel a szivcsúcshoz, sok, erősebben odatapadó, szürkés-vörös, felületükön carfiolszerű véralvadékból álló képlet. Hasonló, de kevesebb és kisebb képlet található a jobb sziv csucsában is. A szivizomrostjai görcsői vizsgálat mellett nagyobbára nem mutatják a haránt csikolatot, hanem a rostok állománya részint egynemű, áttetsző, részben finoman szemcsézett.*

Az előrebocsátottakhoz csak néhány szónyi megjegyzést kell fűznöm. Jelen eset is azok közé tartozik, melyekben a diphtheriticus fertőzés nem a localis folyamat foka és kiterjedése, hanem azon sajátlagos *degeneratív változások* folytán

vezetett halálhoz, melyek a szívizomzat szövetelemeiben voltak feltalálhatók. Ez okozta az életben észlelt nagyfokú adynamiát, az érlökés minő- és mennyileges sajátosságát. Kétségtelen, hogy a renyhe szív működés révén képződtek a gyomrocsookban ama thrombusok is, az u. n. LAENNEC-féle *vegetatiók*.

Ezen képletek, melyek protrahált lefolyású diphtheritis esetekben elég gyakran feltalálhatók, nem annyira kórbonecz-tani, mint klinikai szempontból érdemelnek figyelemre méltatást. További sorsukban ugyanis geneticus mozzanatát képezhetik bizonyos embolicus folyamatoknak, melyeket a diphtheritis kapcsán több ízben láttunk létrejönni. Ezen esetek különben részletes ismertetés tárgyát fogják még képezni.



Torok-diphtheria érdekes lefolyással.¹⁾

Közlötte: BÓKAI JÁNOS dr., igazgató főorvos (1889.)

A torok-diphtheria egy esetét kívánom ismertetni, mely esetben az alaphántalom különös érdekekkel nem bír, kiválóan érdekesek azonban az alapmegbetegedést követő bántalmak. A torok-diphtheriában szenvedő fiú gége-croupot kap, a croup miatt légszűkítés végeztetik, a torok-diphtheriából és gége-croupból a beteg felgyógyul, a reconvalescentia időszakában váratlanul hemiplegia lép fel aphasiával s utána rövid időközökkel, három ízben croupos-pneumonia jelentkezik egy ugyanazon tüdőlebenyben s mindezen bántalmakból a gyermek javulva, illetőleg felgyógyulva hagyja el a kórházat, hol 100 napon túl volt gyógykezelés és észlelés tárgya.

Ez volna a kérdéses eset rövid foglalatja s ha bátorságot veszek e helyen a kóresetet bővebben tárgyalni, teszem ezt azért, mert a diphtheria után fellépő hűdés s az utólagos tüdőlobos megbetegedések értelmezése esetünkben némi érdekekkel bírhat gyakorló ügyfeleimre.

G. Viktor, 8 éves fiú, 1887. szeptember 13-dikán hozatott be a gyermekkórházba azon kórelőzményi adattal, hogy az előző nap óta torokfájásban szenved és szárazon köhög; köhögése a behozatal napján reggel ngató jellegű és lélegzése kissé nehezített. A fiú vizsgálata a felvételnél a következőket mutatta: a beteg jól fejlett és táplált, erős izomzatú. Lélegzése nehezített, mérsékelt szapora, perczenként 36. Minden belégzésnél a scrobiculum cordis erősebb behúzóda lát-

¹⁾ Lásd III-dik tábla

ható. A légzés hangos, kissé sivító. Gyakran köhög, köhögése rekedtes, ugató. Az érverés egyenletes, percenként 120, eléggé telt. A szemhéji kötőhártyák s ajkak halványak, nem cyanotikusak. A mellkasi szervek, tüdő és szív percutorikus rendellenességet nem mutatnak. Szívhangok tiszták. Hallgatódzásnál mindkét tüdőfél felett érdes sejtes légzés hallható. A torok belövelt, a mandolák duzzadtak, pirosak, mindkettő belfelületén, úgyszintén a hátsó garatfalon is, néhány szennyes-fehéres, köles- egész lencsenagyságú réteges felrakódás látható. Orr-folyás nincsen jelen; az áttekinthető orr-nyákhártya tiszta halványvörös. Nyakon mirigyduzzanatok nem tapintathatók. Vizeletben fehérye nincsen. A beteg lázas, hőmérséke a hónaljban 38.6° C.

Az észlelt tünetek alapján a torok-diphtheria kórisméjének felállítása nem járt nehézséggel. A rekedtség s ugató köhögés a gége bántalmazottságára utaltak s fejlődő gége-crouppra tettek figyelmessé. Rendeltetett: meleg vízgőz állandó belégzése, torokecsetelések *terram sespuchloratum solutum glycerin 5%* oldatával s belsőleg tojás-fehéryés sublimatoldat.

A következő napon feltűnő változás nincsen, csak a lélegzés nehezítettebb, a hang rekedtebb és a láz fokozódik.

15-dikére a kórkép lényegesen változik. Az arcz halvány, az ajkak szederjesek, a légzés nagyfokban nehezített, percenként 40, a felső légutak nagyfokú szűkületére egészen jellegletes. A tüdők felett hallgatódzva, a lélegzés különösen bal oldalt alól hiányos. Mindezek mellett a torok képe nem változott. A fenti tünetek által a croup rohamos fejlődésétől tartva, javalva tartottuk a légsömetszést, s a műtétet végeztük is. A műtét (tracheotomia superior) reggel 9 órakor végeztetett, gyenge narcosis alatt. A műtét lefolyása sima, s a műtét utáni euphoria szembetűnő. A légső megmetszésénél a köhögési inger jelentkezésével állhártyarészletek, köztük egy elágazodást mutató vastagabb membrana köpetett ki. A műtét előtti hőmérsék 40.3° C.

Műtét után a fent jelzett gyógykezelés folytattatik. A következő napokon a javulás halad előre; közérzet kitűnő. Légzés 32, nem nehezített. Köhögés gyér, s köhögésnél a canuleon keresztül beteg csekély véreses nyálkát ürít.

18-dikára a torokból a csapadék eltűnt s 19-dikén, vagyis a műtét utáni *ötödik napon* a canule nehézség nélkül végleg eltávolítható.

A canule kivétele után a sebnyílás gyorsan húzódik össze s élénk sarjadzás indul meg, ugyannyira, hogy 26-dikára a nyaki seb majdnem tökéletesen behegedt. A lefolyt idő alatt a közérzet állandóan jó; beteg *kissé vérszegénynyé* vált ugyan, a szívműködésben azonban feltűnőbb rendellenesség nem észlelhető. *A szív tompulata kóros megnagyobbodást nem mutat, a szív és nagy edények hangjai kissé gyengék, de tiszták.* Beteg táplálkozása eléggé jó, 20-dika óta teljesen láztalan.

Október 1-én reggel 10 órakor a fiú ágyában felülve *hirtelen* visszaesik párnájára, végtagjaiban ránggörcsök lépnek fel, melyeknek *alig egy percnyi* tartalma után a *jobb testfélnek teljes hűdése* constatálható. A fiú eszmélete *nem* zavart. Szólni, hangot adni *nem* tud. Arcza eltorzult, a mennyiben a jobb arczfél redői elsímultak s a jobb pofafél petyhüdtén lóg le. A pupillák egyenlők, középtágak, reagálnak. A hűdés a jobboldali végtagokban teljes. Ugyanezen oldalon az érzékenység *kissé* alászállott, a nélkül azonban, hogy teljes anaesthesia volna jelen. A fiú a hozzá intézett kérdéseket úgy látszik megérti, választ adni azonban nem képes. A szívműködés *kissé* szapora, gyenge, különben egyenletes; *a szívtompulat* *rendes*. Beteg láztalan.

A következő napok alatt változás csak annyiban észlelhető, hogy a beteg *kissé* gagyogni kezd. Az ezután következő négy hét folyamán a hűdés csak keveset javúl s az aphasia sem mutat lényeges jobbulást; változást a beteg csakis annyiból mutat, hogy a tápláltságnak a diphtheria alatti hanyatlása tökéletesen kiegyenlítődött s a beteg egészséges szint nyert.

November 8-dikán váratlanul 40° C. láz jelentkezik, melyet rázóhideg előz meg. Másnapra a hőmérsék önként 37·8°-ra esik alá, délre azonban újra emelkedik s már kora délután 40·2°-ot ér el. A vizsgálat ezen este a *bal tüdőfél alsó lebenyének beszűrődését* constatálja. A légzés szapora, *kissé* nyögő, a köhögés gyér, száraz izgatott. A magas hőmérsék, november 10-dikén és 11-dikén változatlan fennáll s a

lobaris beszűrődés tünetei még inkább kifejeződnek; 12-dikére a láz *kritice* leesik, a pneumonia tünetei *gyorsan* eltűnnek s a physikalís vizsgálat a bal alsó tüdőlebenyben nemsokára ismét a rendes viszonyokat mutatja.

November 12-dikétől a fiú láztalan, félhűdés javul, a kar mozgékonyasága kezd visszatérni; alsó végtagját jól emeli, sőt be is hajlítja és egy-két közönségesebb szót is kezd már kiejteni.

Deczember 2-dikán újból láz jelentkezik, mely ezen napon állandóan 39.4° C.-t tesz ki. A láz mellett a közérzet jó s kóros eltérés, mely a lázat magyarázná, sehol sem talál-tatik; 3-dikán 38 és 41° C. között ingadozó láz mellett a beteg többet köhög, lélegzése kissé nyögő, látszólag fájdalmas; 4-dikén a láz állandóan 40° , sőt 40° C. felett áll s az ezen napon eszközölt vizsgálat *a bal alsó tüdőlebenynek újlagos lobaris beszűrődését* mutatja. A tüdőlob tünetei a láz kezdetétől számított 7-dik napon visszafejlődtek, s ugyanekkor bő izzadás mellett bekövetkezik a defervescentia is. A fiú ezen gyuladás után is csakhamar összeszedi magát s az euphoria néhány nap után ismét visszaáll.

Deczember 21-dikén ismét láz jelentkezik, mely reggel 38.2 , este pedig 39.5° C.-ra száll fel. Gyéren köhögés van jelen s a vizsgálatnál durva hörghurut tünetei észlelhetők. A következő napon a láz fokozottabb, 39.8 és 40° C. között ingadozik s a mellkasi szervek physikalís vizsgálata a bal alsó tüdőlebenynek *harmadizben* történt beszűrődését constátálja; ez alkalommal azonban a beszűrődés úgy látszik csak részleges, a meunyiben a tompulat és eléggé intensiv hörgi légzés ezúttal csak a középső hónaljvonalban volt észlelhető nagyobb tallérnyi területen, míg hátul a rendes viszonyok találtattak. A defervescentia a láz kezdetétől számított 3-dik napon *kritice* szűnik s annak szüntével a lobtünetek elenyésznek.

Ezen időponttól kezdve a fiú további kórházi tartózkodása semminemű betegség által zavarva nem lett, pedig észlelés tárgyát még több héten át képezte s a kórházból félhűdéséből s aphasiájából tetemesen javulva bocsáttatott el. E helyen megjegyezzük, hogy betegünk hat éves testvér-

öcsce, ki vele együtt hozatott be a kórházba, 1887. szeptember havában hasonlóképen torok-diphtheriás megbetegedéssel, néhány nappal a felvétel után, leszálló croupból eredő bronchitis crouposában halt el, daczára a végzett légsömetszésnek.

Betegünk kórtörténetének részletes közlése után legyen megengedve a kórházi tartózkodás alatt észlelt bántalmakra külön-külön kiterjeszkednem.

A torokbeli diphtheriás folyamat semmi különöset nem mutatott. A felvétel után erős láz, s a folyamat kiterjedése a betegséget eléggé rossz színben tüntették fel. A prognosis a gége-croup tüneteinek jelentkezésekor még kétségesebbé lett s a kórjóslat csak a légsömetszés végzése után vált kissé kedvezőbbé, t. i. azon körülmény folytán, hogy croup-hártyák és pedig a trachea alsó részletéből az ejtett seben aránylag bőven expectoráltattak. Az eset, daczára, hogy kétségtelenül a súlyosak közé tartozott, felgyógyult s a beteg erős alkatát tekintetbe véve várnunk lehetett, hogy a reconvalescentia utóbántalmak által talán a paralysis diphtheriticát kivéve, zavarva nem lesz. Miként a lefolyás tárgyalásában láttuk, a szó szoros értelmében vett paralysis diphtheritica, mire el voltunk készülve, nem követte a diphtheriát, hanem e helyett 14 nappal a betegség jelentkezése után hirtelen, előzmények nélkül teljes jobboldali félhüdes jelentkezett aphasiával.

Kérdés, mi okozta a félhüdest és aphasiát ez esetben, s továbbá, hogy ezen folyamatok causalis kapcsolatban állanak-e a diphtheriás alapmegbetegedéssel.

A hüdesnek gyors, úgyszólván rögtöni fejlődése, nagy kiterjedése, váratlan fellépte, prodromal tünetek nélkül, figyelmünket első sorban *agy-emboliára* hívta fel, mely folyamat az emboliát a bal arteria fossae *Sylvii*-be helyezve, a tüneteket minden erőltetés nélkül, a legtermészetesebben megfejtí. Ezen felvétel mellett, agyedény-thrombosis, valamint agygyurmabeli vérzés lehetősége a tüneteknek fejlődése, valamint azoknak későbbi viselkedése alapján tekintetbe nem jöhettek. Ha emboliát veszünk fel s erre a tünetek fejlődési menete azt hiszem teljesen feljogosít, természetesen szükséges, hogy a beteg szervezetében megtaláljuk azon helyet,

a mely az emboliát a *Sylvius*-árokban fekvő agyütérek szolgálhatta. A kórlefolyásban többször említettem, hogy a szív percussiója, valamint auscultatiója rendellenességet se a hűdés bekövetkezése előtt, se annak kifejlődése után egyáltalában nem mutatott. Ezen negatív körülmény talán az ellen látszik szólani, hogy a szív lenne az embolus eredete, s ha mindezek után mégis a szívben és pedig a bal szív-részletben keresem az embolus kiindulási helyét, ennek kellő indokolásával adósnak maradnom nem szabad.

Hogy heveny fertőző kórokban szenvedő betegeknél a szívben thrombusok, úgynevezett „*marantikus thrombusok*“ képződhetnek, ezt tapasztalataink alapján, valamint irodalmi feljegyzésekből is tudjuk. Diphtheriánál a szívüri thrombusképződés függhet az endocardium lobos megbetegedésétől, jelentkezhetik azonban a nélkül is, hogy endocarditis volna jelen. Altalában endocarditis fellépése diphtheria folyamán a nagy ritkaságok közé tartozik, s bár JOHN BRIDGER, BOUCHUT, valamint tanítványa LABADIE-LAGRAVE szívbelhártyalob fellépését relativ gyakran látták, PARROT, LEYDEN, HENOCH és mások ép az ellenkezőt bizonyítják. Saját kórházi tapasztalataink — s ezen tapasztalatok nagy számokra támaszkodnak — hasonlóképp BOUCHUT ellen szólnak, s így esetünkben már eleve alig reflectálhattunk szívbelhártyalobra, endocarditisre s ezt annyival kevésbé tehetjük, miután a physikalis vizsgálat lefolyt endocarditisre charakteristikus, avagy csak gyanus tüneteket is az egész észlelési idő alatt egyáltalában nem mutatott. Sokkal több körülmény szólott a mellett, hogy esetünkben thrombus képződött a szívüregekben a nélkül, hogy endocarditis folyt volna le. Ily eseteket ismerünk az irodalomból és saját kórházi észlelésünk is bizonyítja ezen lehetőségét. Így egy esetünkben (az eset az „*Orvosi Hetilap*“ elmúlt évi folyamában BRÜCK tr. kórházi segédem által iratott le) ¹⁾ hat és fél éves fiúnál, kinél a halál 15 nappal a torok-diphtheria lefolyása után következett be, a bonczolatnál a bal, valamint jobb szívgyomrocsban apró thrombusok, úgynevezett *Laennec*-féle vegetatiók nagy számmal észleltet-

¹⁾ Lásd ezen gyűjtemény XXX. cikkét.

tek, e mellett az endocardium épnek találtatott és csak a szívizomrostok mutattak részleges parenchymatosus zsíros elváltozást. Ilynemű „marantikus“ szív-thrombus képződésekre diphtheria után 1856-ben RICHARDSON tette figyelmessé az orvosokat s kivüle, miként FRANCOTTE munkájában olvasom, BARRY, BEAU, MEIGS, BEVERLEY-ROBINSON, BOUCHUT, LABADIE-LACRAVE stb. tettek hasonló közléseket. DUSCH szerint szív-thrombus képződésnek legközönségesebb oka a vér pangása, illetőleg a véráram lassubodása a szívűr egyes részeiben, a trabeculusok mögött, a gyomrocokban és szívfülcsekben, kitágulás és szívgyengeség folytán; e mellett olykor szerepet játszhatik a vér besűrűsödése, valamint fokozott megalvadási képessége. A fent említett s BRÜCK tr. által közlött esetben a halál bekövetkezte előtt a szívgyengeség minden tünete észlelhető volt, az általunk tárgyalt esetben a szívgyengeség tünetei kevésbbé voltak feltűnők, tény azonban az, hogy az előre ment diphtheriás megbetegedés nagyobb mérvű vérszegénységet s feltűnőbb erőhanyatlást idézett elő betegünknel. Hogy a thrombus-képződés oka egyedül az általános erőhanyatlásból kifolyó szív-működési gyengeségben leli-e magyarázatát, avagy e mellett talán jelentékenyebb szerepet játszott a szívizomzat parenchymás elváltozása, ezen kérdésre nem merek kiterjeszkedni; a fiú teljesen felgyógyulása minden esetre azt mutatja, hogy ha a szívizomzat változásokat szenvedett is, ezen változások tökéletes reparációra képesek voltak. Hogy a felvett szív-thrombus, melynek székhelyéül a bal szív-részletet, gyomrocot vagy fülcset kell választanunk, az emboliától eltekintve, egyéb zavarokat nem okozott, ez DUSCH monographiája alapján nem feltűnő. Így DUSCH említi, hogy régibb keletű szív-thrombusok sectióknál többször kórbonczai meglepetések voltak, mert az életben *semmiféle kórjel* sem utalt ilyenemű kórfolyamatra. Szintúgy nem feltűnő az sem, hogy betegünk a szív-thrombus daczára felgyógyult, mert mint DUSCH mondja „*Es ist nicht unmöglich, dass, besonders wenn die Thromben nicht sehr umfangreich sind, eine Heilung oder doch vorübergehende Besserung wieder eintreten kann, selbst wenn bereits Embolien stattgefunden haben*“.

A gyermekkórház nagy beteg-anyagában az imént leírt

esethez hasonló észleletekkel néhányszor már találkoztunk. Így akadtam az előző évek beteganyaga között *4 esetre*, hol a hüdések hasonlóképp torok-diphtheria lefolyása után jelentkeztek, s miután ezen esetekben hasonlóképp embolikus eredetet volnék hajlandó felvenni, s az emboliát szív-thrombosis-sal hoznám összefüggésbe, ezen észleleteket röviden, néhány szóval ide jegyzem.

1. *E. Erzsébet* 1874. augusztus 19-dikén vétetett fel a kórházba aphasiával s jobboldali arczhüdéssel. Állítólag 4 hét óta beteg. Betegsége kezdetén torok-diphtheriája volt s a hüdés egy héttel a kórházba hozatal előtt lépett fel éjjel görcsös rohammal.

2. *S. János* 10 éves fiú 1881. december 2-dikán hozatott be a kórházba baloldali végtaghüdéssel. A hemiplegia 5 év óta áll fenn s diphtheria után fejlődött. A diphtheriából való felgyógyulás után két hétre ráng-görcsök jelentkezése mellett fejlődött ki a baloldali végtagok bénasága.

3. *T. Rozália* 10 éves leány 1884. november 1-én mutatott be kórházunkban a jobboldali végtagok bénaságával. Kórelőzményül az mondatik, hogy a leány egy év előtt torok-diphtheriában szenvedett, mely miatt hat hétig feküdt. A hüdés hat hét után váratlanul lépett fel egyszerre, eszméletlenség által bevezetve.

4. *K Jenő* 13 éves fiú 1887. július 14-dikén hozatott be a kórházba a következő anamnesissel: Azon év márczius elején a fiú súlyos torok-diphtheriát állott ki. Ennek lefolytával néhány napi jólét után hirtelen eszméletlenség jelentkezett, állítólag ráng-görcsöktől kísérve. Az eszméletlenség rövid ideig tartott. Ennek megszűntével aphasia, a jobb arczfél és az egész jobb testfél hüdése észleltetett. Az aphasia lassanként javult, vele a jobb alsó végtag mozgathatósága. Ezen tünetek azóta lassú, de folytonos javulást mutatnak a bemutatás idejéig. A hüdések mellett kisértelmesség fejlődött ki.

Megjegyzendő, hogy mindezen esetekben billentyűbántalom valószínűséggel ki volt zárható, a mennyiben zörejek a szív felett egyik esetben sem észleltettek.

A lefolyás alatt jelentkező tüdőbeli kórfolyamatok

magyarázta esetünkben kevesebb nehézséggel jár, mint a félhűdés és aphasia értelmezése.

A fentiek alapján legközelebb állónak látszanék a tüdőben jelentkező kórfolyamatokat a szívüri thrombosissal összefüggésbe hozni, más szóval azokat tüdő-infarctus gyanánt felfogni, természetesen azon különbséggel, hogy míg amott a hemiplegiát okozó embolust a bal szívrészletből származtattuk, addig itt a supponált tüdőbeli vértömülések számára a jobb szívrészletben kellene thrombust felvennünk. De bármennyire közelfekvőnek, jobban mondva kecsegtetőnek is látszik ezen magyarázat, tekintetbe véve a tüdőbeli kórfolyamatok jelentkezési módját, lefolyását és az észlelt tüneteket, tüdő-infarctus felvétele esetünkben teljességgel meg nem engedhető.

A tüdőbántalom úgy az első, mint a második és harmadik alkalommal heveny tüdőlobra, *rostonyás tüdőgyulladásra* teljesen charakteristikus volt; a jellegzetesség nemcsak az auscultatio és percussio által szolgáltatott kórtünetekre állott fenn, hanem látható volt az világosan a lázas hőmérsék lefolyásában is, különösen a láz kritikus esésében az ötödik, hetedik, illetőleg harmadik napon.

Az első tüdőlobos megbetegedés november 8-dikán délután vette kezdetét. A láz rázó hideggel lépett fel s a lázzal együttesen nehéz légzés, száraz köhögés, valamint mellkasi szűrő fájdalmak is jelentkeztek. Másnap reggelre a hőmérsék önként 37.8° C. szállott alá, estére azonban újból 40.2 volt s körülbelül ezen magaslaton maradt 12-ig, midőn a defervescencia bekövetkezett. A pneumonia physikalis tünetei a bal alsó tüdőlebenyben 9-dikén este már egészen tisztán észlelhetők voltak, nevezetesen a tompulat és hörgi légzés igen kifejezetten találtatott s a láztalan állapot bekövetkeztével a physikalis tünetek a croupos pneumoniára egész jellegzetes módon fejlődtek vissza.

A tüdőlob lefolyása után a fiú gyorsan összeszedte magát s mondhatjuk, hogy az euphoria a láztalan állapot bekövetkeztével parallel jelentkezett.

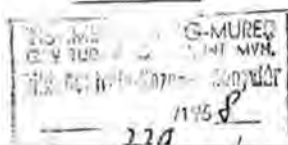
November 13-dikától december 1-jéig a gyermek láztalan volt s december 2-dikán kezdődik a második tüdő-

lob, mely mint fent láttuk, ugyanazon tüdőlebenyben jelentkezett s az első tüdőlobtól csakis annyiból tért el, hogy a kritikus defervescentia nem az ötödik, hanem a hetedik napon következett be. Az euphoria ez alkalommal is a láz megszűnésével együttesen köszöntött be s a physikalis kórtünetek a láz megszűntével gyorsan eltűntek.

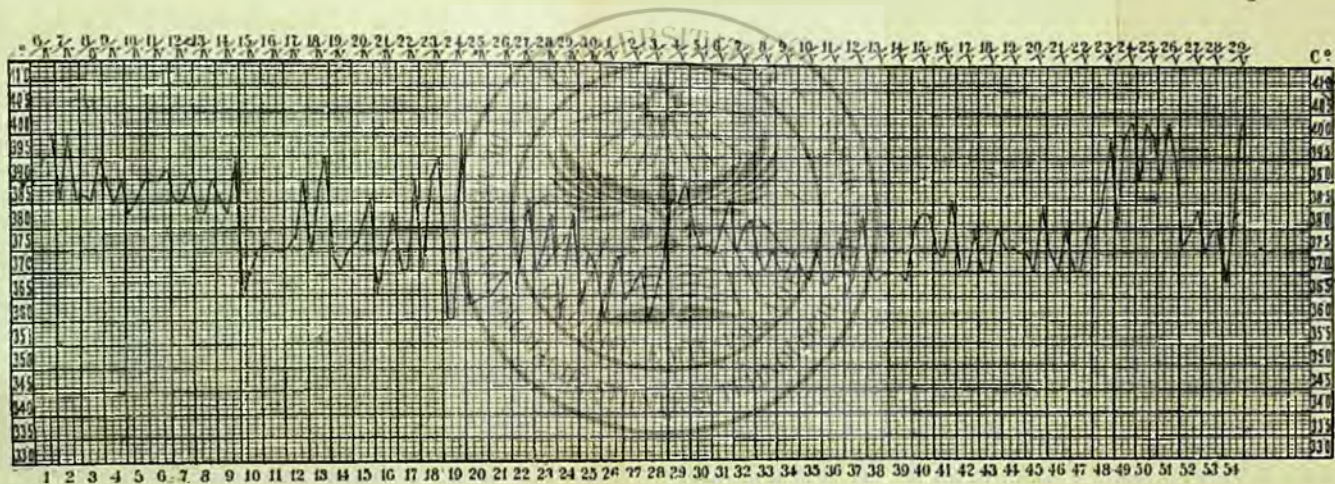
Deczember 8-tól deczember 20-dikáig a fiú ismét teljesen jól érzi magát s deczember 21-dikén veszi kezdetét a bal alsó tüdőlebenynek harmadízben való beszűrődése, mely ezuttal azonban már harmadnapra gyógyul kritice. Megjegyzendő, hogy ez alkalommal a beszűrődés, miként a körlefolrásban is jeleztük volt, csak részleges lehetett, legalább erre utal azon körülmény, hogy a physikalis kórtünetek csupán a honalj alsó részlete felett észleltettek.

Ha ezen tüdőlobok egymásutánját szemelött tartjuk, felmerül azon kérdés, hogy szólhatunk-e ez esetben a szó szoros értelmében vett *recidiváló* vagyis *recurráló* tüdőlobról. Azon definitió értelmében, melyet a recidiváló pneumoniáról THOMAS, KORÁNYI tanár stb. adnak, esetünkben ily folyamatot fel nem vehetünk; ha azonban a fogalmat *tágabb* értelemben vesszük, úgy esetünkben a pneumoniákat recurráló tüdőlobnak nevezhetjük. Ily eseteket észlelt HENOCH és BAGINSKY. Mindenesetre feltűnő körülménynek kell tekintennünk azt, hogy 48 nap lefolyása alatt a pneumonia ugyanazon tüdőlebenyben háromszor jelentkezik; különösen nehezen értelmezhető ez manapság, midőn a croupos pneumoniát, mint azt csak legutóbb is DUSCH hangsúlyozza, heveny fertőző kórnak tekintjük s a hevenyfertőző kórokkal egy csoportba kívánjuk összefoglalni.

A pneumoniás megbetegedéseket esetemnél csak esetleges kórfolyamatoknak tekintem s az előző betegségekkel oki összefüggést egyáltalában nem vagyok hajlandó felvenni. Tény az, hogy azon időtájt, midőn betegünknel a tüdőlobok lefolytak, azon osztályon, hol a fiú elhelyezve volt, croupos pneumonia-esetek aránylag sűrűn fordultak meg.



I-ső tábla.



(Lásd pag. 8.)

Defectus septi anterioris ventriculorum.



(A megnyitott jobb pitvar és gyomrocs felől látszik.)

— PREISZ dr. fényképe után. —

vf = valvula foraminis ovalis többszörösen átlikasztva.

fo = foramen ovale.

vp = vena pulmonalis dextra (2).

ap = 2 tüdőútérág a jobb tüdő számára.

p = a tüdőútér törzse.

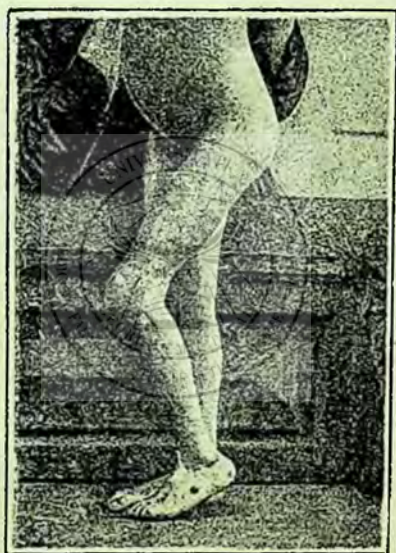
a = aorta.

d = nagy hiány a mellső gyomrocs-sövényben.

tr = a tricuspidalis mellső vitorlája, inhurjainak átmetszése után a pitvar felé fölhajtv.

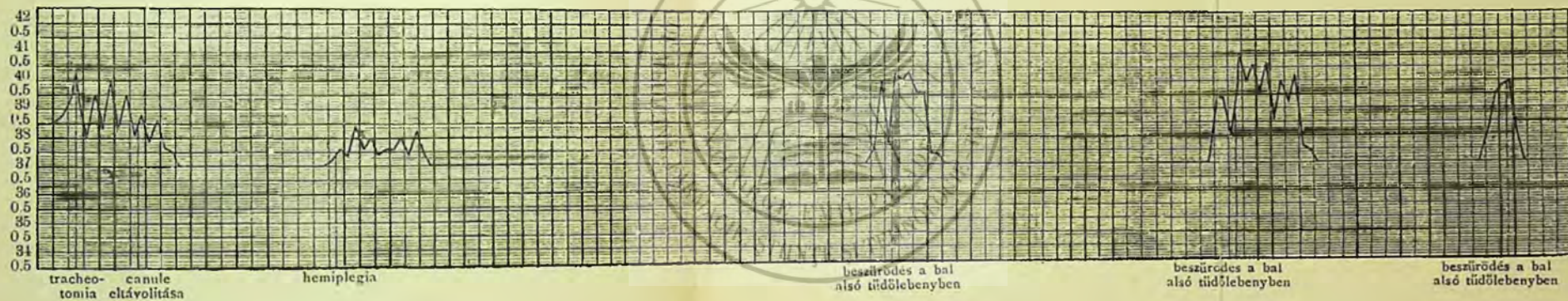
ct = a megvastagodott és átmetszett inhurók csomkjai.

III-dik tábla.



(Lásd pag. 141.)

IV-dik tábla.



(Lásd pag. 178)