

és czélszerű az utóbbi időben elharapódzott párbajozás ellen megindult mozgalmat az orvosi karnak is támogatni s tekintettel arra, hogy rendszerint a törvényszéki tárgyalásokra is beidéztetik az orvos és költségeit senki sem téríti meg, helyes volna egyöntetű megállapodásra jutni a díjazás tekintetében.

Többek hozzászólása után határozatilag kimondatik, hogy az eszmét a közgyűlés helyesléssel fogadja s a díjazásra nézve a vármegye összes orvosaira kötelező erővel kimondja a közgyűlés, hogy csakis 50 (ötven) korona díj előzetes lefizetése ellenében szabad részt venni a párbajnál az orvosnak. Ezzel remélhetőleg apadni fog a sokszor minden csekélység miatt vívott párbajok száma. E határozat hirtapilag fog közzététetni.

Ezután dr. Sigmund József közkórházi osztályvezető orvos a sebészet köréből következő eseteket ismerteti:

Egyik érdekesebb sebészi esetem a privát gyakorlatból egy megyei hivatalnok nejénél volt: nevezett 50 éves, évek óta szenved májtáji fájdalomban, melyek időnként fokozott rohamokban, heves fájdalomként jelentkeztek, belső kezelésre enyhültek, elmultak és ismétlődtek. Utóbbi roham azelőtt 5 héttel kezdődött, hogy engem az illető házi orvosa, Bleyer dr. tanácskozássra meghívott. Miután, — Bleier dr. nevezettét már évek óta kezeli s utóbbi kórállapot is az előbbiekhöz részben hasonló lefolyást mutatott, azokhoz járult még a beteg legyengülése, elerőtlenedése, pulsus nem gyér, mint az ily esetknél szokott lenni az epesavak felszívódása következtében, mert miután az epe lefolyása nem volt teljesen gátolt s miután az egy eltokolt ürbe ömlött, onnan kevésbé szívódhatott fel a szervezetbe s így a pulsus inkább szaporább volt, a genyedési folyamat, a strepto- és staphylococcus infectio miatt; rázó hidegei és hőemelkedései voltak, ezeken kívül más, objectív

palpabilis jelenséggként a jobboldali lumbo-hypochondriális tájon le az iliacalis tájig kis gyermekfejnyi nagyságu, diffus határu, fluctualo terime nagyobbodást találtunk, mint legközelebb fekvőt epehólyagátfuródás utáni genyedést, illetve tályogot vetünk fel. En részemről gondoltam még akár egy májtáji, akár egy genyedésbe ment echinococcus tömlőre, akár egy perityphliticus abscessusra is, miután a tályog a coecumig s akörül is elterült; miért is kíváncsiságból próba punctiot végeztem. A folyadék epés-genyes volt s a diagnosis cholecystitis perforans suppurativa kétségtelen volt. **Műtétet ajánlottam**, melyet a környezet minden ellenvetés nélkül fogadott, s 1906. okt. elején végeztem, Bleyer dr. segélyével. Tekintettel a beteg elgyengült állapotára, a pulsus rosz voltára csak helyi érzéketlenítést alkalmaztam.

Metszést nem a rendes megszokott helyen és módon, hanem a borda-iv alatt 6—8 haránt ujjnyira készítettem kívülről és felülről be és lefele 16—18 cm. hosszban úgy, hogy a metszés alsó zugától a tályog-űr ujjal még lefele a coecumig elérhető legyen és tartalma könnyen kiürülhessen, viszont a metszés felső zugából az epehólyag jól elérhető legyen.

Hasfalban vastag zsírpárna, vízenyősen beivódott, parietalis peritoneum megvastagodva, melynek megnyitása után bőven ömlik sűrű epés zöldessárgás geny körülbelől $1\frac{1}{2}$ liter s genycafatok; tályog ürbe 3 ujjal behatolva az tágas, minden oldalról eltokolt, felfele a máj jól körültapintható, alámenve az epehólyag jól elérhető, melynek fala megvastagodott, májhoz és környezetéhez odanőtt s rajta egy a mutató ujjat befogadó, lágy szétesett szélű folytonosság hiány (lyuk) melyen keresztül a még szét nem esett epehólyag belseje körültapintható, mindenütt telve kása és apró bors-babnagyságu, sima felületű, a környi lágy cafatokba beékelődött epekövek, melyeket ujjammal kikapartam, az egész tályog üreget, mely az egyes recessusokban telve volt kövekkel, kitakarítottam, kiöblítettem, szűkittem s vastag drain-csövet helyeztem bele.

A kifolyt genyot felfogva megszürtük, melylyel számtalan apró közemcse s mintegy 50 drb bors-babnagyságu kódarabka ürült ki. Gyógyulásra természetesen genyedés után számitottunk.

Műtét utáni napon beteg már láztalan volt s azután is

az maradt, fájdalmai megszűntek. A tályog üreg tisztult, néha kezeléskor még egy-egy kódarabka került elő.

Néhány nap mulva ujjal felmenve az epehólyaghoz, azon már nagyobb hiányt találtam, a hólyagból kevesebbet tapintottam, ugylátszik szétesett, elgenyedt.

Lefolyás sima volt, 2-ik hétben a drain-csövet eltávolítottam, beteg étvágyra és erőre kapott, azután mindig kevesebb és kevesebb de epés volt a genyes váladék, míg végre a 8-ik hétben csak csekély nyílás maradt vissza kevés epés váladékkal, étvágy és emésztés jó, székelés rendes színű, jeléül hogy az epe egy része mégis a bélhuzamba kerül; ezen állapot jelenleg is fennáll; azóta, sem rohama sem fájdalmai nem voltak, jó konditióban van s legjobb erőnek örvend.

A fistula azonban a hasfalon, mint említettem, még mai nap is megvan; tudjuk, hogy ez az esetek legtöbbszörében fennmarad, csak ritkán szokott önmagától záródni. Műtéttel megkísérlelhető volna azt elzárni, legtöbbször azonban az illetők, mint jelen esetben is, megelégednek helyzetükkel, örvendenek hogy megszabadultak az óriási kinoktól, nem alterálja ezen csekély kellemetlenség s újabb műtétet nem óhajtanak.

Jelen helyzet úgy volna magyarázható, hogy miután az epehólyag nagyrésze szétesett, elpusztult, ennek helyén egy álüreg maradt vissza, mely álüreget segíti képezni az esetleg kitágult ductus cysticus is, mely üregbe a d. cysticuson keresztül beömlik az epe egy része, másrésze a choledochuson megy tovább rendeltetési helyére a valvula Fatterin keresztül a duodenumba.

A hassebészeti terén tett tapasztalatok ma a cholelithiasis symptomatológiáját, kórtanát, kórisméjét és therapiáját lényegesen előmozdították; az in vivo való autopsiak eredményezték a cholelithiasis oly sokféleségének megismerését, úgy hogy ma már az egyes tünetek, egy-egy colica-roham, icterus, megadják a kórisme kulcsát, ámbar Kehr észleletei szerint icterus nélkül is folynak le rohamok, ugyanis akkor, ha a kövek kicsinyek, mely esetben a vizelet epetartalma támogat kórisménkben; hozzájárulhatnak vagy hiányozhatnak még egyes jelenségek, mint a májduzzadás, a fájdalmak kisugárzásának typicitása a jobb hátlapocsz felé, e táj bőrének hyperaesthesiája, bőr viszketegsége.

Az ulcus ventriculi diagnosissától elkülöníthető az által,

hogy itt a fájdalmak intensitása, az érzékenység legnagyobb foka az epigastriumban van s azonkívül elég gyakori a gyomorvérzés is. A vesekolikától a fájdalmak typicus irradiatioja által különböztethető meg, hol a lumbalis tájon s az urether mentén nyomásra érzékenység van. Az egyes kolikáknál jellegző kisugárzó fájdalmakat szépen érzékíti rajzokban Müller tanár az appendicitisről szóló munkájában.

Ami a therapiát illeti, a belgyógyász ténykedése inkább a könnyű heveny és chronikus esetekre szól, mikor a roham lezajlása remélhető, mely ténykedés a követ kísérő lob megszüntetésére, azok nyugalmi állapota s így a lappangási idő előidézését czélozza, mert ma már tudjuk, hogy hatalmában nem áll a köveket eltávolítani, azokat feloldani.

Kéhr, a nagy epekősebész mondja: „ha mi nem annyira az epekókolika roham megszüntetését, hanem inkább a baj meggyógyítását czélozzuk, akkor igazán csak 2 kezelési móddal enyhíthetjük vagy gyógyíthatjuk: karlsbadi kúra által (minden más belső gyógymódot feleslegesnek tart) vagy operáció által.”

Gyógyítani ma már, a szó tágabb értelmében csak a sebész tud, ha a köveket eltávolítja s így a gyulladást megszünteti, a belgyógyászati beavatkozás legtöbbször csak a kövek nyugalmi állapotát idézi elő.

Mindazáltal, hogy az e téren uttörő sebészek nagy igyekezetet fejtenek ki, mégis csak a súlyosabb esetek kerülnek a kezök alá, úgy, hogy a halálozás még manap is 3–5%, szövődvényes esetekben 15–20%.

Mit csináljon a sebész, mikor operáljon?!

Műtét javalt minden esetre heveny eseteknél, ha fenyegetők a tünetek, ha hevesek a rohamok, epehólyag empyaema tüneteinel, vagy átfuródással fenyegető tüneteknél, szapora, puha pulsus, hűvös végtagok, továbbá chronicus megújuló eseteknél időközben akármikor, tehát cholecystitis acuta suppurativa — phlegmonosa — chronica recidivans, azonkívül oly eseteknél, melyeknél súlyos szövődmények, mint peritonitis, sepsis vannak jelen.

Ujabban Kehr minél korábban ajánlja és hajtja is végre a műtétet, 2–3% halálozással.

Mindazáltal, hogy az epekő sebészet utóbbi időben oly hatalmas lépéssel haladt előre s annyira csökkent a halálozási

arányszám, mondja Kehr, a műtét még ma sem nyújt teljes garanciát a gyógyulásra, mert apró szemcsék maradhatnak vissza vagy ujak is keletkezhetnek.

Második esetem. Kizárt j. o. lágycék vakbélcsér.

Hruska Pál, Hruska dr. öccse, évek óta sérve van, mely szabadon jár le és fel, de teljesen nem reponálható; 3 nap óta egyáltalán nem megy vissza, taxist eredménytelenül próbáltak.

Beteg: jól alkotott, erőteljes szervezetű, elesett, légzés szaporább, pulsus szapora kicsiny, hőmérsék 36°, csuklik, széke 2 nap óta nem volt, szelek nem mennek. Has meteoristikus, j. o. ingu tájon 2 férfióköl nagyságu, a scrotumot kitöltő, feszes, rugalmas tapintatu, tympaniticus, kop-hangot adó, nem kiseb-bíthető, terime nagyobbodás. — Morph-chlorof. narc. ban. — 906.

Műtét: Egyes rétegek felmetszése után következett a peritoneum, a tömlő, mely a vakbéllel mindenütt szorosan összenőtt, egy helyen a tömlővel összenőtt bélfalon mintegy 5 koronásnyi terjedelemben vérrel aláfutott, vizenyős, zuzott terület, mely a forcírozott taxis következménye volt.

Lefejtése a tömlőnek hosszú időbe és sok fáradságba került s nem is sikerült minden helyen, úgy, hogy a tömlő egy részét ott hagytuk a bélfalon, említett zuzott területen lefejtéskor kilyukadt a bélfal, ami nem lepott meg, majdnem el voltunk reá készölve, de ami még nagyobb nehézségeket okozott a további kiszabadításában a tömlő tartalomnak. E helyet néhány catgut súlyesztő varrásal egyesíttettük s a tömlő tartalmát, mely az egész coecum proc. vermiformis és vastagbél egy része volt, csak nagy nehezen lehetett súlyesztetni a has-ürbe, miután a tömlő falától nem lehetett mindenütt leválasztani. A tömlőt az ondo zsinórral együtt csonkoltuk a herét is eltávolíttottuk az ingu-gyűrű könnyebb zárhatása kedvéért. Kapu zárás Bassini szerint, réteg és bőrvarrat.

Első két napon hőemelkedés volt, később a még fennmaradt peritoniticus tünetek is lezajlottak, szelek mentek, széke volt, úgy látszott, hogy a gyógyulás teljesen normalis lefolyásu; azonban a 8-ik napon gyógyult bőrseb vonal közepe táján vörösödni és fluctualni kezdett, felbontottuk, mikor is a mélyből genyes bélsár toluott elő.

A sebet pihenni hagytuk a beteg erőbeli állapotára való

tekintettel 12 napon át, mely idő alatt részben per anum, részben a praeternaturalis anuson történt a defecatio.

Tekintettel arra, hogy betegünk intelligens ember, kevés reménnyel ugyan, de megkíséreltük 12 nap az anus praet-zárni. Ugyanis ily esetekben czélszerűbb bevárni míg az összes jelenségek lezajlanak s beteg erősödik, az ürmenet szűkül vagy esetleg magától is záródik. Azonban mint mondtam, megakarván őt szabadítani e kellemetlen helyzettől, neki fogtunk azt zárni egy újabb műtéttel, mint tudjuk, az anus praetern. elzárása történhetik akár instrumentalis uton pelottakkal, gummi ballonokkal, akár műtéti uton Collin-féle fogakkal vagy bél resectioval, mi a műtéti módot választottuk. Az ürmenet körül széjjel választva a lágyrészeket a bélfalig jutottunk, azt lehetőleg köröskörül felszabadítván hasfali összenövéseiből, 3 rétegben vartunk; a varratok jól tartottak, jól zártak az 5-ik napig, ekkor azonban ujlag szétesett e terület s ismét előállott az anus praetern.

Most a beteget elbocsátottuk, hogy erősödjön, hogy javuljanak a helyi viszonyok, hogy szűküljön az ürmenet s aztán ha esetleg magától nem záródnék, újból kísérletet teszünk az elzárásra. Erre azonban a mint 3 hónap mulva Hruska dr.-tól hallottuk, nem volt szükség, mert a menet időközben folyton szűkült, végül teljesen záródott, úgy hogy most per vias naturales történik a defecatio, az illető megerősödött, egészséges.

III. esetem. Egy explorativ laparotomia. 36 éves nőbetegnek hat hónap óta vannak vérzési rendellenességei, ugyanis a menstruatio gyakrabban jön, hosszabb ideig tart és állandóan fájdalmai vannak. Utóbbi 3 hétben állandó vérzése és fájdalmai, az alhas táján, nagyon gyengül, soványodik, miért is elhatározta magát kórházunkba felvételni.

Beteg kachecticus küllemű, lesoványodott, külsőleg az alhasban a méh táján egy keményebb kevésbé mozgatható terimo nagybodás érezhető.

Per vaginam vizsgálva: abból véres eves váladék ürül, a portio vaginalis és cervix egészen kifehélyesedett, szétesett, kemény tapintatu, jobb oldalra még mozgatható, balra kevésbé, elő és hátfele rögzített, úgy látszik a hólyag és végbélhez is odanőtt, a mi később be is bizonyosodott.

Meskó főorvos ur volt oly szíves nekünk a vizsgálat, a tanácskozás és műtétnél segédkezni s elhatároztuk, hogy ily

összenövések után már csak a per laparotomiam utján való exstirpatiora gondolhatunk, azonban sejtettük, hogy ez sem lesz kivihető, mégis, miután az illető kívánta a műtétet, azt végrehajtottuk.

Tudjuk, hogy a méh rosszindulatu daganatai elég gyakoriak és pedig a sarc, és carc, utóbbi még gyakoribb; e daganatok a portio vag-ra, a cervixre sőt a méhtestre is terjednek, utóbbira ritkábban.

A portio és cervix megbetegedései macroscopice alig vagy épen nem, különíthetők el egymástól, klinikai jelenségek: fájdalom, vérzés, fekélyes szétesése a szöveteknek.

Kezelésök abban áll, hogy mihelyest lehetséges, minél kiterjedtebb kiirtás eszközendő.

Portio vag. megbetegedéseinél pld. a cervix magasan amputálandó, cervix megbetegedéseinél már a total extirpatio javalt. A total extirp. lehet vaginalis uton és per laparotomiam. Ujabban a vaginalis exst-ot ismét felújították s előszeretettel végzik, különösen oly eseteknél, hol csak a cervix van meg-támadva, a környezet még nincs belevonva a folyamatba.

A per laparotomiam kiirtás mindig könnyebbnek és biztosabbnak látszik, részben e miatt, részben a nagyfoku összenövések miatt, mint említettem, mi is ez uton akartuk azt végrehajtani, meg is csináltuk a hasmetszést, kitünt azonban, amit előre sejtettünk, hogy az összenövések kiterjedtek a környezet és a mirigyek nagyfokban infiltráltak, az összenövés oly foku hátul a végbéllel, elől a húgyhólyaggal és a symph. csonthártyájával, hogy teljesen reménytelen és kivihetetlennek látszott a kiirtás, ráadásul még a környezet az adnexak és mirigyek nagyfoku beszűrődése miatt sem biztatott eredményel, miért is a kiirtástól elállottunk, a hassebet zártuk, az per primam gyógyult s 16-ik nap betegünk eltávozott.

A nagy figyelemmel hallgatott előadás után dr. Zehery István kir. törvényszéki és fogházorvos következő nagyérdékű felolvasást tartja a törvényszéki orvosi gyakorlatból:

Rothadás vagy megforrázás.

Az ismertetni szándékolt bűnpör és annak orvosi aktái két szempontból érdekesek. Egy részt társadalmi szempontból, mi-