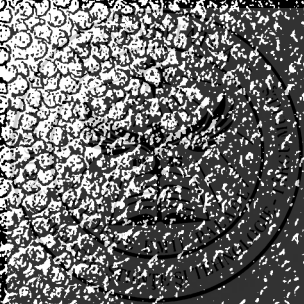


1359



D. 1359

A FÉREGNYÚLVÁNYLÓB

(EPITYPHLITIS)

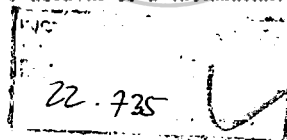
ÉS ANNAK SEBÉSZI KEZELÉSE.

IRTA:

HERCZEL MANÓ DR.

EGYETEMI M. TANÁR.

9 ábrával és 1 táblázattal.



Asociația Prietenilor Universității
BOLYAI

Reforma, Știință, Căminul Elevilor
Târgu-Mureș — Marosvásárhely

BUDAPEST,

FRANKE PÁL KIADÁSA.

1900.

20 AUG 1979

20 DEC 1968

0110



A Pesti Lloyd-társulat könyvnyomdája.

I. ÁLTALÁNOS RÉSZ.

Ez évtized eleje óta úgy a belgyógyászok, mint a sebészek vállvetve munkálkodnak a feregnyúlványlob kóroktanának kiderítésén, tünettanának megállapításán és a követendő gyógy-eljárás meghatározásán. Noha garmadaszámba megy az e téren megjelent tudományos közlemény és az utóbbi 2—3 évben határozott közeledés konstatalható az ellentétes álláspontok között, mégis be kell vallanunk, hogy a mai napig a kérdésnek nem minden oldala van tisztázva. Még mindig távol állunk attól, hogy a megbetegedés kezdetén megközelítőleg biztos prognosist állíthassunk fel arra nézve, hol kell majd okvetlenül beavatkozoznunk és hol lehet veszély nélkül mindvégig belső kezelésre szorítkoznunk.

Mindazonáltal ma már módunkban áll az, hogy az esetek túlnyomó részében legalább óráról órára megszabjuk a helyes útírányt és a körülmények pontos mérlegelésével eldöntsük azt, hogy adott esetben meddig szabad belsőleg gyógyítani és mikor kell műtétileg beavatkozni.

Nálunk, daczára annak, hogy a feregnyúlványlob igen gyakori megbetegedés és sok áldozatot ragad el, utóbbi ideig nem igen foglalkoztak e kérdéssel. Eltekintve Müller Kálmán tanár kitünő értekezésétől a „Belgyógyászat kézikönyvé”-ben és egyes casuistikus közleményektől, melyekben személyes részem volt, csupán Benedikt Henrik szép monographiáját emelhetem ki, mely az idevágó litteratura szorgalmas összeállítását tünik ki.

Egybefoglalólag, különösen sebészi szempontból azonban a feregnyúlványlob kérdése vitatva nem lett¹ és azért szol-

¹ Dollinger (10 eset kapcsán), továbbá Lérai és Winternitz a néhány hét előtti szabadkai vándorgyűlésen tartottak e tárgyra vonatkozó előadásokat, de ezekre sajnálatomra nem terjeszkedhetem ki, mivel a közlések részint most folynak, részint pedig még egyáltalában nem jelentek meg nyomtatásban.

gáljon jelen közleményem adalékul egynémely szempont tisztázásához.

Nem túlságos nagy a műtett anyag, — összesen 45 eset — melyre tapasztalataim alapítvák; de értékkel bír azért, mert egyrészt úgy a kórházban, mint magánintézetemben pontos megfigyelés tárgyát képezte, másrészt rendkívül változatos, a mennyiben a féregnyúlvány megbetegedésének minden formáját felöleli.

A 45 esetből szorosán véve 39 esik a féregnyúlványlobokra és pedig:

a tályoggal complicált heveny lobra	18
az általános hashártyagyuladással társult heveny lobra	10
és az idült, száraz lobra	11

A többi 6 eset részint szövödményes megbetegedések miatt, részint pedig diagnostikus tévedés alapján operáltatott. Ezek typhus-perforatio, féregnyúlvány-tuberculosis, következményes bélszűkület, rákos daganatok genyes periappendicitissel és májtályog esetei.

Hogy mennyire kevéssé volt ez a műtét még e tized első éveiben közkincs a sebészek kezében, mutatja az, hogy pl. a heidelbergi klinikán csak 1892-ben operálták az első és abban az évben egyetlen féregnyúlvány-resectiót. Én magam 1894-ben végeztem az első hasonló műtétet. De már jóval előbb, a 80-as évek közepétől kezdve hangoztatták Amerikában *Reginald Fitz*, *Saunders* és mások, később Angliában *Macdugal*, Dániában *With*, Franciaországban *Talamon* és végül Németországban *Sonnenburg* biopsziák alapján azt az aetiológikus tényt, hogy lényegében véve a vakbélkörüli megbetegedések túlnyomó részében a féregnyúlvány a lobjolyamat kiindulási pontja. Ennek megfelelőleg a régi peri- és paratyphlitis elnevezést kiküszöbölendőnek ítélték és az amerikaiak appendicitis, három év előtt *Nothnagel* scolex = féreg után scolicoïditis, legújabban pedig *Küster* epityphlitis¹ neveket ajánlottak. *Doyen* és *Lucas-Championnière* a perityphlitis név mellett vannak. *Müller* Kálmán is megmarad a vakbél körüli gyulladás elnevezés mellett és bélsárfelhalmozódás alapján keletkezett egyszerű typhlitis stercoralist is leír. Az utóbbi években különben a korán operáló sebészek — itt csak *Lennander*, *Körte* és *Moizard* közleményeire hivatkozom — mind sürűbben tapasztalják, hogy tényleg létezik vakbél körüli megbetegedés a féregnyúlvány hozzájárulása nélkül is.

¹ Epityphlon = szerv, mely a typhlonon lóg.

Én a magam részéről az *epityphlitis* elnevezést tartom legmegfelelőbbnek, mert a mellett, hogy a bántalom kiindulási pontja gyanánt a *féregnyúlványra*, mint *vakbélben ülő szervre* (epi-typhlon) utal, kifejezi egyszersmind azt is, hogy ez lobos és hogy a lobtermék a vakbél körül fekszik. Ennek megfelelőleg magyarban a „féregnyúlványlob“ kifejezést ajánlanám elfogadásra.

Mi az oka annak, hogy az epityphlitis oly gyakori?

Bár azt hiszem, hogy *Tost*, a ki, mint *Matterstock* említi, minden harmadik személynél a féregnyúlvány beteges elváltozását vagy azon lefolyt lobosodás nyomait találta, határozottan elveti a súlykot, mégis valószínű, hogy a halálozások 7—10%-ánál találunk bonczolatnál e helyen kóros elváltozásokat. A féregnyúlvány alkata, mirigyszövetben való gazdagsága, a béllal való állandó összeköttetése, sokszor túlhosszúsága, különböző fekvése, megtörése, gyakran rövid mesenterioluma mind olyan körülmények, a melyek úgyszólván praedisponálják lobos folyamatokra.

Sahli igen helyesen figyelmeztet az analogiára, mely féregnyúlvány és tonsilla között fenáll. Úgy mint a tonsilla kriptáiban vak zsákokat tartalmaz, melyek a fertőzés veszélyeit szaporítják, a proc. vermiformis maga is annál veszedelmesebb vakzsák, mivel hosszúsága és lumenjének szűk volta egyenesen előmozdítja a nyák stagnálását. Ebben a stagnáló nyákban most már a bélesátornából bevándorló és különösen pl. — mint *Tavel* kimutatta — diarrhoea esetén amúgy is sokkalta virulensebb *bact. coli commune* egyrészt rendkívül jó tenyésztalajra talál, másrészt ezen bacteriumok a féregnyúlvány nyákhártyáját erősebb productióra ingerlik, úgy hogy az ür könnyen feszülésig megtelik. Ha még ehhez a nyákhártya duzzanata is járul, akkor a csatorna a Gerlach-féle billentyű táján teljesen elzáródik és megvan az epityphlitis első stadiuma, a *féregnyúlvány-kólika*.

1897-ben Franciaországban rendkívül heves vita fejlődött *Dieulafoy* felfogása körül, a ki az epityphlitis okául az elzárt holtűr keletkezését szerepelteti. Ezzel szemben alapos bacteriologiai vizsgálatok útján *Legueu*, *Letulle*, *Reclus*, *Achard* és *Broca* kimutatták, hogy ténylegesen minden esetben bacterium colival, strepto- és staphylococcussal való infectio az elsődleges ok, mely később a falzatlobosodás valamennyi következményes tünetét vonja maga után. A párisi Académie de Médecine e fölött tárgyaló ülésében *Poncet*, *Pozzi*, *Broca* és *Walther* is ehhez a nézethez csatlakoztak.

A bélsárlékövek korántsem birnak azzal a kizárólagos jelentőséggel, a melyet eleinte tulajdonítottak nekik. Ezek alig az esetek felében vannak jelen s Ribbert szerint a proc. vermiformis saját helybeli képződményei, a mennyiben épen csak a magvuk származik a vakbélből. Nem primaer okozói a bajnak, hanem annak már következményei, a mennyiben egy már meglévő epityphlitis alapján képződnek, de nem sokára előtérbe lépnek és azután másodlagosan úgy a lumen eldugaszolása, mint az oedematosus és lobosan infiltrált epityphlon falzatára gyakorolt állandó nyomás és horzsolás útján nagy jelentőségre emelkednek. Sonnenburg nagyon helyesen jegyzi meg, hogy a megbetegedett falzat előmozdítja a köképződést, a képződött kő pedig a falzat megbetegedésére van súlyosbító befolyással. Az epityphlon falzata ulcerativ módon szétesik, a fekélyesedés lassan a serosáig hatol és végre a genyes, bűzös tartalom szabadon behatol a környezetbe.

De koprolithák nélkül is elég gyakran és ép oly könnyen előfordulhat, hogy a bélfalzat lobosodása folytán, különösen erős *bacterium-invasio* alapján — mint Siredey és Le Roy kimutatták, rendesen a folliculusok genyes szétesése folytán — nyákhártya-fekélyesedések és stenosisok lépnek fel, melyek empyémákra vezetnek. Ezek utólag szintén átfürödhatnak. Minden átfürödés nélkül, tisztán a bélfalzat folliculusainak mikrobás infectiója alapján is léphetnek fel azonban a nyirkedények mentén rohamosan tovaterjedő körülírt vagy diffus peritonitisek, sőt metastatikus tályogok is, mint azt Piard, Letulle és mások kimutatták. Ép úgy megtörténhetik, hogy empyema keletkezése nélkül is az infiltrált falzatban a fekély tovaterjedése folytán az izomzatban és a serosában perforatio létesül. Különösen könnyen történik ez akkor, ha az appendix vérkeringése nem normalis.

A féregnyúlvány vérkeringési viszonyai Fowler szerint úgy alakulnak, hogy az art. mesenterica superior, ileo-colica, colica dextra és colica media között közvetlen és közvetett anastomosis jön létre. Utóbbiból most már egy ág a proc. vermiformishoz vonul; ez a mesenteriolum szélén fut tova és útközben mellékágakat ad. Ha már most a mesenteriolum kicsiny és csenevész, akkor az útér a féregnyúlványon, ennek peritonealis burka alatt halad végig. Megtörténik továbbá az is, hogy az arteria kivételes esetekben végigfut az epityphlon csúcsáig a nélkül, hogy lefutásában elágazódnék, a míg a submucosába be nem mélyed. Hasonló viszonyok mellett a féregnyúlvány vérrel való ellátása persze elégtelen, valamint akkor is, ha csak egy arteria van jelen, továbbá azon esetekben, a hol a mesenteriolum rövid és nem terjed egészen az appendix végéig, hol

tehát az arteria sem fut esetleg a csúcsáig. Ilyenkor a legcsekélyebb thrombosisnál is rendkívül szenved a falzat vitalitása, úgy hogy gangraena igen könnyen állhat be. Különösen férfiaknál; mert nőknél a ligamentum appendiculo-ovaricumban egy kis véredény fut a féregnyűlványhoz s így ez jobban van táplálva. Ennek következtében nőknél e megbetegedések tényleg ritkábban fordulnak elő. (Az én 38 esetem 27 férfi- és 11 nőbeteget illet.) Hozzájárul ehhez, hogy rövid mesenteriolumnál a féregnyűlvány rendszerint meg van törve, másrészt hosszabb appendixek odanövések által gyakran vongáltatnak, a mi szintén circulations zavarot idéz elő.

Ily viszonyoknak mechanikus úton való *hirtelen* megteremtése minden esetre a legnagyobb ritkaságok közé tartozik, úgy hogy *Sonnenburg* az appendicitis gangraenosa bevezetésében felemlíti, miszerint azon esetek, hol a vér odavezetésének hirtelen megakasztása által a kísérleti állatnál gangraena keletkezik, az emberben bizonyynyal a legnagyobb ritkaságok közé tartoznak.

Sajnos, én rendelkezem a gyakorlatomból olyan esettel, a hol kétségtelenül egy bizonyosan már előbb kórosan elváltozott appendixnél vongálás folytán hirtelen circulations zavar és ezt követőleg átfűródás állott be.

Az eset egy 30 éves honvédszázadost illet, a ki az 1895-diki év folyamán két ízben szenvedett könnyebb és súlyosabb epityphlitisben; a második roham alkalmával huzamosabb ideig volt kénytelen fektüdni. Ugyanezen egyénnek jobboldali nagy lágyéksérve volt, a mely hivatásában, nevezetesen lovaglásnál annyira gátolta, hogy radicalis műtetre határozta el magát. 1896. márczius havában Bassini-féle műtétet hajtottam végre rajta, mely alkalommal, az odanőtt cseplest felszabadítása után könnyen sikerült a belekkel együtt a hasürbe visszahelyezni és a peritoneumot elzárni. A sérvcsatornában vagy a sérvkapu környékén semmiféle összenövés nem mutatkozott. Zavartalan, láztalan gyógyulás, úgy hogy 14 nap lefolytával azon megnyugvással, hogy beteg 1—2 nap mulva elhagyhatja az ágyat, külföldre utaztam. 2 napra rá beteg hirtelen óriási fájdalmak között diffus septicus peritonitis minden tünetével súlyosan megbetegszik; a consultált sebésztanárok megnyitják a lágyékszatornát, de mindent rendben találnak. 2 nap mulva exitus.

Pertik tanár bonczleletéből a következőket emelem ki:

A hasüreg megnyitásakor az élénken belövelt, tetemesen tárgult belek egymással és az omentum majus-szal sárgás-zöldes, genyes ros-

tonyás izzadmány által összetapasztottak. A nagy cseplesz belövelt, az apró visszerek mentén sárgás csikokkal tarkázott.

A rekeszbeli nyirkpályák közvetítésével, a bal subpleuralis nyirkedények genyes lobja következményes baloldali genyes-savós mellhártyalobbal. *Schol phlegmone, schol tályog vagy áttétel.*

Az operatio terrenumán a tunica dartos, a laza kötőszövet, a tunica vaginalis communis és propria egészen épek; az összes medencezombeli, az összes subperitonealis kötőszövet, a cavum praeperit. Retzii sejtes, mindennemű izzadmánytól szabad. A kis medenceze jobb felén, az inguinalisatorna belső szájadékán, sőt részben a jobb csipőtányéron a subperit. kötőszövet és a mellső hasfalakon is a lágyéksatorna táján a subserosus kötőszövet Haemosiderin által barnás-vörösen festenyzett, mely puffadt belek által itt-ott postmortalisan elszínesedett. A proc. vermiformisnak cseresznyenagyságú bunkóján megvastagodott végrésze edényzett kötőszövet által a lágyéksatorna belső nyílásához odanőtt. A főregnyútványnak S alakban lekunkorodott 10 cm.-nyi hosszú szabad vége gombostűfejnyi nyílással átfúrt; a lik a nyákhártyaszínen erősen szürkés-feketesen festenyzett partú, a főregnyúlvány nyákhártyája heges és szintén festenyzett; a lik külső színe közvetlenül nem látható, mert a belső lágyékgyűrűhöz tapadó kötőszövetes adhaesiók között fekszik és genyes rostonyás, zöldes-szürke izzadmány-réteggel vastagon fedett; a nyákhártyalikba vezetett sonda azonban minden ellenállás nélkül jelenik meg a kötőszövetes növedékek között a nyúlvány külső színen.

Bonczitani diagnosis. Appendicitis, gombostűfejnyi perforációval, mely a jobb lágyéksatorna belső szájadékához peritonitis adhaesiva folytán odanőtt. Bassini-féle radicalis herniotomia három héttel a halál előtt a köztakaróbeli seb gyógyulásával, de az appendicitis kötőszövetes adhaesióinak vongálásával és innét a sondával minden ellenállás nélkül átjárható főregnyútványból *peritonitis fibrinosa purulenta universalis.*

Ezek után világos, hogy a már előzőleg is kórosan elváltozott, megtört és a régi rohamok folytán adhaesiv kötegekkel a peritoneum parietalehoz, közel az inguinalis csatorna szájadékához rögzített főregnyúlvány a műtét által, ha csekély mértékben is, vongálva lett. Mivel az appendix vége lelógott a kis medenceze ürege felé, s az S formaszerűen megtört főregnyúlványnak legmagasabb domborulata feküdt legközelebb az inguinalis gyűrűhöz, és e helyen fixálva is volt, valószínű, hogy a sérvtömlő lekötése alkalmával a peritoneum parietaléra kifejtett húzás, elég vongálást gyakorolt az elsődlegesen elváltozott mesenteriolumra, hogy a vérkeringést a főregnyúlványban megzavarja és thrombosisra adjon alkalmat. Hogy pedig valóban a vérkeringés megzavarása által jött létre a perforatio, e mellett szól azon körülmény, hogy az átfúródás épen az appendix csúcsán történt, a mely a legrosszabb circulatióval bír, hogy a perforatio a gangraenosus nyákhártyából indult ki, a mennyiben a gangraena itt volt a legkifejezettebb és a csúcs felé a serosa irányában ékalakúlag kisebbedett, hogy az appendix nem volt túlságosan telt genyes nyákos folyadékkal és végre, hogy koprolitha nem találtott.

Nézetem szerint **kóroktanilag** tehát úgy áll a dolog, hogy a *vakbél nyákhártyájának és falzatának enyhébb megbetegedései*, a milyenek az emésztési zavarokkal lépést tartanak, *képezik a kiindulási pontot a féregnyúlvány megbetegedésére*. A míg azonban a vastagbélnek ez a bántalmazottsága vagy éppen enyhességénél fogva figyelmet se kelt, vagy esetleg egy kis diarrhoea után nyomtalanul eltűnik, a féregnyúlványba propagált folyamat itt önállóan tovább fejlődik, úgy hogy a legtöbb esetben az appendix lesz a megbetegedés elsődleges okaként inkrimálva.

Röviden összefoglalva a mondottakat, *aetiologice* kétségtelen, hogy az *epityphlitis* rendszerint nem egyéb, mint *bacteriumok* és *pedig* rendszerint *bacterium coli commune* és *streptococcusok*, ritkábban *staphylococcus*, *diplococcus*, vagy *influenza bacillus* (*Winternitz*) által előidézett *lobos megbetegedése a féregnyúlválynak*. *Létrejöttét* nagyban elősegítik hiányos *vérkeringésből* származó táplálkozási zavarok, *szűkületek*, ezek mögötti váladékpangások és végre *bélsárkövek*, vészthozó jellegét pedig az a könnyűség adja meg, a melylyel ez a lobos folyamat akár a nyírkedények útján tovaterjedhet, akár pedig perforációra vezethet.

Sonnenburg a kórbonczatani elváltozások alapján két főcsoportot különböztet meg, ú. m. :

1. *appendicitis simplex catarrhalis*, környékbeli genyedés nélkül és

2. *appendicitis perforativa suppurativa*, körültokolt tályogképződéssel.

Ezekhez járul harmadik csoportként

3. *appendicitis gangraenosa*, általános hashártyagyuladással, mely szerinte úgy az első, mint a második csoportból veheti eredetét.

Sonnenburg szerint az első két kóralakot, a mely kórbonczatani alapon kétségtelenül helyesen van elnevezve, a betegágnál is meg lehet egymástól különböztetni. Azt állítja ugyanis, hogy az egyszerű *appendicitis*nél hőmérsék, pulsus és közérzet alig szenvednek és a folyamat sohasem lép fel rohamosan, míg az átfürdő alaknál a betegség hirtelen, nagy zavarokkal köszönt be, rázó hidegek mutatkoznak, a hőmérsék rohamosan emelkedik, pulsus szapora és kishullámú, e mellett hányás, hasmenés vagy *obstipatio*, fájdalmasság és *resistentia* az *ileo-coecalis* tájon, valamint *meteorismus* sohasem hiányoznak.

A valóságnak ez azonban nem igen felel meg, a mint azt *Sahli*, *Kümmel*, *Körte*, *Morison*, *Rotter* és mások is kimu-

tatták. *Sahli* például kiemeli, hogy perforatio nélküli esetek is végződnek halálosan, másrészt átfűrődési processus mellett is gyógyul az epityphlitis, ha az eltokolódás elég gyorsan történik. *Kümmel* gyakorinak mondja azon eseteket, hol éppen appendicitis simplex-hez halálosan végződő hashártyalobok társulnak, sőt külön hangsúlyozza is, hogy átfűrődő eseteknél is gyakran látott enyhe lefolyású és rövid tartamú rohamokat.

Az alább közlendő kórtörténetekből kifolyólag én is csatlakozhatom az idézett szerzők nézetéhez. Igaz ugyan, hogy a betegágy nál is azon kell lennünk, hogy a klinikai képet a kórboncztan keretébe illeszszük, mint ezt az amerikai *Beck* kiemeli; de mivel ez ennél a megbetegedésnél nem lehetséges, első sorban azon symptomákra kell támaszkodnunk és kiterjeszkednünk, a melyek a pontos diagnosis, főleg pedig a követendő gyógyeljárás megállapítására nézve mérvadók: értem a *tályog fellépésének és további alakulásának a tüneteit*. E tekintetben talán már feltűnt, hogy én az epityphlitisnél mindig két főcsoportról beszélek, t. i. egy olyanról, a mely eltokolt izzadmánya jár és egy másiktól, mely foudroyansan lép fel, és a melyhez a hashártya általános fertőzéséből eredő diffus peritonitis társul. Gyakorlati szempontból még külön választom az első csoporttól azon eseteket, a melyek gyakran recidiválnak, a melyeknél az intraperitonealis izzadmány jóformán teljesen felszívódott — a francziák „appendicite sèche”-je —, de a melyekben a nehézségek a beteget mégis csak a műtét kiállítására készítetik. Az epityphlitis ezen alakjai nem egyebek ugyan, mint a körülírt tályogképződéssel járt rohamok maradványai, de azért a különleges körülményekre, főleg pedig a teljesen elütő prognosissra való tekintettel bátran külön csoportba sorozhatók.

Ezek szerint én, úgy mint az amerikai szerzők *Morison*, *Beck*, *Bernays* stb. három csoportot különböztetek meg és pedig:

- I. *Heveny féregnyúlványlob körülírt tályogképződéssel.*
- II. *Heveny féregnyúlványlob általános hashártyagyulladásal.*
- III. *Idült száraz féregnyúlványlob.*

Ha egy futó pillantást vetünk 39 esetünk kórboncztanára, úgy azt találjuk, hogy úgy a féregnyúlvány ürtere, nyákhártyája és falzata, mint a környező hashártya a legkülönbözőbb elváltozások színhelye volt. Ez a sorozat — a féregnyúlványt tekintve — az egyszerű tágulástól a megvastagodás, hosszabbodás, megtörés és savós beivódáson át az ürtér szűkülése, összetapadása, a falzat genyes beszűrődése, kifeléelyesedése és átfűrődéséig, szóval a legegyszerűbb visszás körülménytől, a mely megakadályozza a nyák lefolyását a

vakbélbe, egészen az üszkösödésig, a féregnyúlvány szövetének teljes elhalásáig terjed.

Ha erre nézve eseteimet taglalás alá veszem, akkor a következő eredményre jutok:

A mi legelsőbbben is a féregnyúlvány *fekvését* illeti, nagyjában 4 változatot észleltem.

I. A féregnyúlvány a vakbél mellső felületén eredve elől és felfelé rögzítve találtatik = 14 eset (2, 7, 13, 15, 17, 22, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33 és 35. sz.).

II. A féregnyúlvány a vakbél hátsó felületén eredve hátul, felfelé kunkorodva találtatik = 4 eset (10, 26, 36, 37. sz.).

III. A féregnyúlvány a vakbél külső felületén eredve, rendszerint a hasfali vagy medencze-peritoneummal van összenőve = 7 eset (3, 4, 18, 19, 21, 23, 38. sz.).

IV. A féregnyúlvány lenyúlik a kis medenczébe, a hol rögzítve van = 9 eset (1, 5, 9, 11, 16, 24, 25, 34, 39. sz.).

Végül 5 esetben (6, 8, 12, 14, 20. sz.) a féregnyúlvány nem találtatott.

Ha a féregnyúlvány *alkata* felőli adatokat vizsgáljuk, szembeötlő és az esetek súlyosságára jellegzetes az átfürödés gyakorisága. A 39 eset közül 20, tehát a felénél több, perforált. Az átfürödés a féregnyúlvány legkülönbözőbb pontjain ült, leggyakrabban a megtörés helyén, ritkábban a csúcson. A 20 perforatio közül 12 recidiváló esetet illet, a melyben a beavatkozásra okot szolgáltatott rohamot 1, 2, 5, sőt több recidiva előzött meg, úgy hogy joggal feltehető, miszerint éppen a *perforáló esetek azok, melyek nagy hajlamot mutatnak a visszaesésre*, valószínűleg azért, mert a bélből az átfürödött féregnyúlványon, mint nyílt kapun át állandóan lobgerjesztő anyagok jutnak a proc. vermiformis körül eltokolt tasakokba. E mellett bizonyít az a körülmény is, hogy 23 recidiváló esetem 52%-a (2, 3, 13, 16, 24, 25, 28, 29, 30, 32, 33 és 37. sz. esetek) perforált.

Az egyik ezek közül (30. számú) igen gyakran kiújult esetet illet, a melynél a perforatio nem a szabad hasüregbe vagy a retrocoecalis kötőszövetbe, hanem a Bauhin-billentyű fölött a vékonybélbe történt, hová a féregnyúlvány tágult és kissé bunkószerű csúcsa betört, úgy hogy a bélsár a proc. vermiformis útján bélből bélbe communicált.

Valószínű azonban, hogy a perforatiók száma lényegesen nagyobb, a mennyiben az *obliterált* alak, a mint ezt *Sonnenburg* is felveszi, mindenek szerint gyakran szintén nem más, mint spontán gyógyult előzetes perforatio folyománya. Ilyen, féregnyúlvány-szűkületet felmutató esetem van 7 (2, 15, 17, 19,

30, 31 és 39. sz.); kettőnél az obliteratio teljes volt, a többinél csak részleges. Ezek a stricturák azonban korántsem foghatók fel végleges gyógyulásként, hanem inkább súlyosbító körülmény gyanánt szerepelnek, a mi legjobban kiviláglik abból, hogy a gyógyfolyamat ezen phasisára rendszerint a féregnyúlványtágulatával, teljes megtöretésével és környékbeli összekapaszkodottságával szövődve akadunk reá, a mint hogy az én 7 idevágó esetem is a legsúlyosabb lefolyású, folyton recidiváló csoportba tartozik. A műtétet mindegyiknél legalább 2 súlyos roham előzte meg és a műtétnél talált viszonyok is feltétlenül a mellett vallanak, hogy ezeknél az eseteknél a spontán gyógyulás kizártnak tekinthető. Különben a 19. számú esetben az átjárhatlan szűkület fölött képződött empyema bele is pukkadott a szabad hasüregbe, minek következtében végzetes kimenetelű általános hashártyalob lépett fel.

Bélsárhövet 11 esetben találtam és pedig hol hosszúkas nagyobb, hol kisebb, 1—2 csiszolt lapú koproolithát, egy esetben pedig orsóalakú, stalaktitszerű követ. Ezenkívül néhányszor fővenyszerű törmelékre akadtam.

A hol ilyen se volt, ott rendszeren körülírt *vérömlenyek*, *erosiók*, *fekélyesedések*, vagy végre *elhalások* találtattak.

A féregnyúlvány *gangraenája* 4 (18, 20, 26, 27. sz.) esetben forgott fenn és pedig három ízben diffus peritonitissel, egyszer (18. sz.) pedig retrocoecalis tályoggal társulva. Valamennyi eset rendkívül súlyos lefolyású volt, mint a hogy a féregnyúlvány teljes elüszkösödése a legvehemensőbb fertőzés bizonyossága is; mindazonáltal sikerült a 4 közül 3 esetben gyógyulást elérnem.

Mindezen elváltozásokkal heveny megbetegedés esetén rendszerint kisebb-nagyobb kiterjedésű *plastikus izzadmány* keletkezése jár karöltve a féregnyúlvány és a vakbél körül, mely izzadmány azután a környékbeli vékonybélkacsok, fali hashártya és cseplesz között eltokolódhatnak, esetleg a medence mélyére süllyed vagy retroperitonealis tályogképződésre vezethet.

Ilyen esetem volt 18. Kettő kivételével, hol inkább serosus volt az izzadmány (15. és 17. sz.), mindig hatalmas genygyülemre bukkantam, a mely a féregnyúlvány fekvése szerint más-más irányban kúszott szét. Így a féregnyúlványlob

2 esetben (8. és 10. sz.) lumbalis,

5 „ (2, 3, 6, 16, 18. sz.) retrocoecalis,

2 „ (4. és 14. sz.) nagy intraperitonealis és

7 „ (1, 5, 7, 9, 11, 12, 13. sz.) intraperitonealis

és medenczetályoggal volt complicálva.

Nézzük most a féregnyúlványlob **klinikai képét.**

Mindenekelőtt tekintettel kell lennünk arra, hogy a féregnyúlvány megbetegedése teljesen tünet nélkül, *latensen* is lefolyhat; ilyenkor a beteg, a ki többnyire dyspepsiában, székrekedésben vagy hasmenésben szenved, itt-ott néha a vakbél táján némi fájdalmasságot érez ugyan, de ezt állandó nehézségeinek a keretébe sorolja és így a folyamat kikerüli a figyelmet. *Tapasztalataim szerint ez sokkal gyakoribb jelenség, semmint eddigelé hangoztatva lett.*

Eltekintve ezen esetektől, az epityphlitis lefolyásának három fokozatát különböztetném meg:

1. *féregnyúlvány-kólika és könnyű roham;*
2. *súlyos roham; és*
3. *általános hashártyagyuladással társult roham.*

Ezen változatok gradatim átmehetnek egymásba, de teljesen önállóan is felléphetnek, úgy hogy pl. egyszerre a legvehemensebb qualitativ és quantitativ fertőzéssel: a féregnyúlvány gangraenájával és ehhez társult általános hashártyagyuladással találkozhatunk a nélkül, hogy akár kólika, akár csak egyszerű könnyű roham ment volna előre. Sőt ezen esetek elég gyakoriak.

Hogy ez tényleg így van és hogy ezen folyamatok valóban csak fokozatos különbözetei egy és ugyanazon megbetegedésnek, azt legjobban igazolják *Nothnagel* klinikai észleletei, melyek szerint a féregnyúlvány átfürödését követő első órákban mindig diffus peritonitis tünetei vannak előtérben. Csakhogy míg az egyik esetben az ép hashártya a kis mennyiségű fertőző anyaggal megbirkózik, az izzadmány eltokolódik és a folyamat lokalizált marad, addig hevesebb, nagyobb mennyiségű bacterium-invasio által okozott fertőzés esetén diffus peritonitis lép fel.

Nézzük most már legelsőbbben a *féregnyúlvány-kólika* kórképét!

Hirtelen éles, fűrő, húzó fájdalmak lépnek fel a vakbél táján, melyek gyakran közvetlen széklettéttel járnak, a mellett a betegek rosszulról, hányingerről panaszkodnak, néha hánynak is és jobb czombjukat felhúzza tartják.

Ez az állapot rövid néhány percz vagy óra mulva azután vagy megszűnik vagy pedig átmegy *könnyebb epityphlitikus rohamba.* A fájdalmak erősbbödnék, esetleg kisugároznak az egész hasra, gyakran a köldök és gyomor táján lokalizálódnak, a mi tudvalevőleg abban leli magyarázatát, hogy a féregnyúlvány és az ileum legalsó részletének beidegzése a sympathicus felső mesenterialis idegfonatai által történik. A hányás kissé makacsabb, hasmenés lép fel, gyakran *láz* is, de ez csak

rövid tartamú. A vakbél nyomásra érzékeny, kopogtatással egy kis tompultságot lehet kimutatni, a mely részben bélsár-felhalmozódás, részben pedig a vakbél körül helyet foglaló, csekély savós vagy savós genyes izzadmány által van feltételezve. A hasfalak rendesen szintén kissé feszesek, *de a közérzet jó.*

Ez a kórkép körülbelül megfelel a Sonnenburg-féle appendicitis simplexnek.

Lényegesen megváltozik a kórkép, ha a vakbél körül a peritonealis vagy retroperitonealis űrben izzadmány lép fel, akár oly módon, hogy a kötőszövet vagy a hashártya a főregnyúlvány átfúródása folytán septikus, bacteriumdús váladék által fertőztetik, akár pedig úgy, hogy az infectio a megbetegedett főregnyúlványból a nyirkedények útján vitetik a környezetbe. Ilyenkor a tünetek sokkal viharosabbak. A fájdalmak csikaró jellegűek, néha tűrhetlenek, a hányás igen makacs, szél- és székrekedés áll be, a hőmérsék rázóhidegek közbejöttével állandóan magas, a pulsus szapora, a vakbél táján kifejezett resistentia, tompulat mutatható ki, a meteorismus kifejezettebb. Mindezen tünetek arra vallanak, hogy a vakbél körül izzadmány és pedig a magas láz és rázóhidegek értelmében genygyülem foglal helyet. De meg kell jegyeznem, hogy kivételes esetekben a hőmérsék normalis, sőt subnormalis maradhat és az érlökés 80—90-nél percenként nem szaporább.

Ez az a kórkép, a melyet a régiók *középsúlyos epityphlitisnek* neveztek és a mely körülbelül megfelel a Sonnenburg-féle appendicitis perforatívának.

A további fejlemények most már tisztán attól függenek, hogy ezzel az izzadmánynyal mi történik?

Kétségtelen, hogy ha a hasüregbe jutott fertőző anyag kis mennyiségű, akkor a szervezet megbirkózik vele, a hashártya nyirkedényei felszívják és az organismus azután közömbösíti. Ha a virus nagyobb fertőző erővel bír, akkor a hasüregben genyes izzadmány képződik ugyan, de a szervezet önvédelmében ezt eltokolja, gyors összetapadások létesülnek a különböző zsigerek között, a melyek a fertőzés tovaterjedését meggátolni hivatottak. Normalis viszonyok között azután ez a genyes izzadmányképződés 3—4 nap múlva eléri a tetőpontját, ekkor eltokolódik, lassanként sterilizáltatik és további néhány nap lefolyásával — ha újabb fertőzés nem történik — a közömbösítési folyamat be van fejezve. Innen kezdve tehát percutorice és palpatorice úgy szólván lépésről lépésre követhetjük a felszívódási folyamatot, a melynek megindultával természetesen az általános tünetek is visszafejlődnek, a közérzet javul, a hányás megszűnik, a pulsus erősbbödik és a 39°

körül járt esti hőemelkedések elmaradásával a temperatura critice vagy lytice a normalisra süllyed.

Mi történik azonban, ha ez nem következik be, ha az izzadmány állandósul, ha terjed vagy ha a fertőzés tovahurcolásával metastasisok lépnek fel?

Typikus esetekben mindenek előtt szembeötlő a beteg nagy elesettsége és rossz közérzete, esetleg rázóhidegek állandósulása. Feltünő továbbá a lázmenet. A hőmérsék a 4—5. napon túl is állandóan magas vagy ha pár napon át le is esett, új emelkedéseket mutat. Ez mindig rossz jel. Viszont azonban vannak esetek, a hol a hőmérsék a negyedik napon túl akár egészen a normalisra, sőt subnormalisra süllyed és mégis tályog van jelen. Ilyenkor többnyire igen nagy jelentőségre emelkedik az érlökés minősége, illetőleg ennek a temperaturához való viszonya. Ha a magas hőmérsék leesik és ezzel parallel a pulsus szaporaságából nem veszít, ha tehát a subfebrilissé vagy éppen normalissá vált hőmérsék mellett ezzel meg nem egyeztethető szapora és gyenge pulsus van jelen, szóval *érlökés és hőmérsék között jelentékeny dissociatio* észlelhető, akkor ez mindig azt jelenti, hogy a genygyülem virulentiájából nem veszít, hanem valami *complicatio* készül, hogy a tályogűr nagyobbodik vagy pedig új lerakódások történnek a szervezetben.

Egy további körülmény, mely a tályog viselkedésének a felismerését megkönnyíteni van hivatva, a daganat *kitapinthatósága*. A hol szorgos vizsgálatnál a vakbél táján tompulatot és tapintásra resistentiát találunk, a hol ezen resistentia növekedik, ott kétségtelenül genygyülemmel van dolgunk; megdönthetlen bizonyyságot nyerünk, ha a vakbél táj *oedematosus* vagy ha *fluctuatio* mutatható ki, a mi ritkán esik meg.

Ámde a *negativ physikalís lelet nem fogadható el ellenbizonyíték gyanánt*.

Sokszor ugyanis a kis teriméjű izzadmány a belek között vagy azok mögött fekszik, sokszor maga a feregnyúlvány részben vagy egészében paratyphlitikusan foglal helyet és ilyenkor persze se percutorice, se palpatorice nem tudunk tályogot kimutatni, különösen akkor nem, ha a genygyülem kicsiny. Ugyanez történhetik akkor is, ha a feregnyúlvány hosszú, a medencze felé lóg le és az izzadmány az átfúródott csúcs körül fejlődik, mert ekkor a váladék a medenczébe süllyed le és kitölti a Douglást, a midőn is vizsgálatnál a Poupart-szálag fölött se tompulatot, se daganatot nem találunk.¹

¹ Ez utóbbi elég gyakori eshetőségre való tekintettel szükséges minden esetben a rectumon vagy vaginán át is vizsgálni resistentiára. Nagyon gyakran fogunk ilyenkor a kis medenczében pastosus izzadmányt vagy nagyobb genygyülemet, fájdalomasságot, infiltratiót találni, holott a hasüreg physikalís vizsgálata negativ eredményt adott.

A tályoggal most már, ha idejekorán nem lesz megnyitva, két dolog történhetik.

Egy az, hogy a *külfelületre, a bélbe vagy a hólyagba tör át*, mikor is kifelé, illetőleg a székletétben vagy vizeletben hirtelen nagy mennyiségű geny jelenik meg, a daganat eltűnik és a beteg defervescál. Ezt követheti teljes gyógyulás is, de másrészt az is bizonyos, hogy az áttörés daczára a folyamat háborítlanul tovább propagálódhatik és a beteg elpusztulhat. Mindkét eshetőségre szolgálhatok példával. A halálos kimeneteli esetben (5. sz.) a bonczolásnál nemcsak a gyomrot, hanem a vastagbél is perforálva találtuk. A spontán gyógyult eset pedig a következő:

O. Karola, 31 éves pénzügyőrné állítólag soha beteg nem volt. Tíz nap előtt teljes jólét közepette székrekedés lépett fel, a has felpuhadt, általánosan érzékeny lett, majd magas lázak mellett a jobb alhasban a fájdalmak oly mérveket öltöttek, hogy beteg öntudatát elvesztette. Közben epés hányás. A negyedik napon orvost hívatott, ki először a fájdalmakat csillapította, később különböző hashajtókat adott, melyekre a székrekedés hetedik napján bő székelés indult meg. Vizelet pöcsappal. Beteg három napig feküdt *Korányi* tanár klinikáján, hol tályogot konstataáltak és ezért műtét céljából december 2-dikán osztályomra áttették.

Felvételekor 1896. december 3-dikán a jobb alhas tájéka nyomásra igen érzékeny, ugyanitt a Poupart-szalag közepén három ujjnyi resistentia tapintható. A méh balra van tolva egy a jobb parametriumban helyet foglaló, a Douglast kitöltő, körülbelül almanagyságú, feszes, nyomásra igen érzékeny tumor által. Hőmérsék 38.5°. Az éj folyamán sok nyákkal kevert, genyes váladék ürült a végbélben át, mire reggelre az alhasi fájdalmak megszűntek. Vizelet spontán megindult. Hőmérsék 37.2°. Másnapra a genyes kifolyás véget ért. 6-dikán rectalis vizsgálatnál a végbél jobb falán, az anustól körülbelül 10 cm.-re, mintegy 1/2 krajczárnyi anyaghiány érezhető, mely a mutatóujj hegyét befogadja. Az első vizsgálatnál tapintott daganat teljesen eltűnt. 13-dikán a rectalis áttörés helye ki nem tapintható, parametrium fájdalomtalan. Beteg saját kívánságára távozik.

A második eshetőség az, hogy a tályog nagyobbodik, a lobjátakat maga körül kisebb tolja vagy áttöri és a peritonealis ür felé terjed vagy pedig a retroperitonealis kötőszövetben, a felhágó remese mögött felkúszik a veséig, azt körülfolylja és *subphrenikus* tályog alakjában jelenik meg. Ide tartoznak továbbá a *metastaticus genykedések a tüdőben, mellhártyaürben, a thrombosisok, a sokszoros, eltokolt tályogok*; egyes bélkacsok között a *hasüregben* és végre a nem túlságosan ritka *májtályogok* is.

Mindezen complicatiók nem egyebek, mint olyan elhanyagolt epityphlitisek folyamányai, melyeknél az elsőleges appendicularis genygócz nem lett idejekorán megnyitva és így az eredetileg kisebb jelentőségű beavatkozás időpontjának elmulasztásával a folyamat propagálódván, szövödményekre vezetett, melyeknek sikeres megoldásán azután a sebész legjobb tudása is hajótörést szenved.

Érdemes lesz ezekkel az esetekkel kissé behatóbban foglalkozni, mert kellő megvilágításuk és megértésük nagy segítségünkre lesz később, midőn arról lesz szó, hogy az egész epityphlitis-kérdés legfontosabb mozzanatát: a műtėti beavatkozás időpontját megállapítsuk.

Vannak ugyanis esetek, melyeknél hónapokkal a hevenyen lezajlott és sebészi beavatkozás nélkül gyógyult féregnyúlványlobosodás után, rázóhideggel és excessiv magas lázakkal olyan tünetek lépnek előtérbe, melyek súlyos autoinfectio jellegét hordják magukon. A szabálytalan lázaktól eltekintve, a betegen kisebb-nagyobb elesettségen kívül eleinte semmi különös sem észlelhető. Csak később lépnek fel kisebb-szerű fájdalmak a májtájon, a jobb bordaív alatt, melyek a jobb vállövbe kisugároznak, majd percutorice csekély májnagyobbodás mutatható ki, a vér vizsgálata pedig streptococcusokat vagy staphylococcusokat derít ki. Ilyenkor rendszerint pyaemikus infectióval van dolgunk, mely a béltractusban fekvő elsődleges góctól, exulceratiótól veszi eredetét és a vena portae vérkeringési rendszerén át vagy a nyákhártyákon át, legelőbb is a májban, illetve e körül ad lerakódásokat.

Természeteszerűleg, mint leggyakoribb okra, a féregnyúlvány megbetegedésére kell gondolnunk első sorban. Élénk emlékezetemben áll egy ilyen esetem, mely egy 41 éves erőteljes Ganz-gyári munkást illet. Ennél a betegnél az anamnesis csekély bélkólikáktól eltekintve a vakbélrt illetőleg semmi positiv adatot nem derített ki. Az ember heteken át határozott pyaemikus tüneteket mutatott, a vérben streptococcusok voltak jelen gyér számban, de a genyvérűség okát Kéty tanárral egyetemben a legszorgosabb vizsgálat daczára sem sikerült kimutatnunk és a beteg elhalt. A bonczolásnál azután kitűnt, hogy egy régi perforatiós epityphlitis állott fenn, néhány sipoly járta körül a vakbélrt, a féregnyúlvány teljesen tönkrement és az innen kiindult thrombosis okozta a beteg pusztulását.

Ez az eset, a milyen typikus, ép oly kevésbé ritka és azt hiszem minden klinikus és nagyobb gyakorlattal bíró orvos fog emlékezni saját praxisából egy-egy hasonló esetre, a hol az úgynevezett *spontan pyaemia* okát nem sikerült kideríteni s az kellő világításban a féregnyúlvány elsődleges megbetegedésére lett volna visszavezethető.

Hasonló esetekben támogatja a valószínű kórismét az a körülmény, ha a *diaphragma* körül különösen jobb oldalt tályogra valló tünetek mutatkoznak. Ilyenkor *perihepatitikus* dörzsszörejek, a bordaív alatti bőr oedemája, a hasfalak infiltratiója, esetleg *fluctuatio*, *excessiv érzékenység* a bordaív alatt, de főként kezdődő *pleuritis* nagyfonságú jelek. Különösen

a mellkasi izzadmánynak van pathognomonikus jelentősége, a mennyiben ez rendszerint savós, ritkán savós-genyes vágy genyes. Nevezetesen a savós izzadmányok szólnak a mellett, hogy a rekeszizom alatt lefolyó vagy a máj parenchymájában lezajló genyedési folyamattal van dolgunk s ekkor a savós pleuritist úgy foghatjuk fel, mint a mellhártya reactióját a mélyben fekvő lögócz körül. A mint a tályog eltokolódik, és a benne foglalt geny vírusa csökken, szóval a lobos folyamat enyhül, könnyen megesik, hogy ez a savós izzadmány teljesen felszívódik, úgy hogy esetleges műtéti beavatkozásnál alig találjuk már nyomait; de ha korábban vagy súlyos progrediens esetekben operálunk, akkor azt mindig feltaláljuk.

Egy klasszikus példával szolgálhatok erre nézve, a melyben az eredetileg enyhén lefolyt vakbélkörüli lob folyamánaként később pyaemia lépett fel. A betegség előhaladtával jobboldali pleuritis diagnostizáltatott, a mely azonban javult és az exsudatum teljes felszívódásával végződött. Mivel azonban a beteg állapota folyton rosszabbodott, a sanatoriumban szorgos megfigyelés után subphrenikus tályogot kórisméztünk, a melyet a 8-dik intercostalis űrben ejtett próbapunctio beigazolt. A műtéti beavatkozás a mellkasüreget át történt és egy hatalmas májtályog megnyitására vezetett, melyet nem lehet másként magyarázni, mint egy primaer genyes epityphlitis másodlagos folyamányát. Az eset gyógyult, részletei pedig a következők:

Sch. Miksa, 48 éves kereskedő Vácraól. 2 évvel ezelőtt szédülései voltak nagy izgatottság közben. Székletete több mint egy év óta rendetlen. 6 hónap előtt a vakbél táján görcsei, szűró fájdalmak voltak, hányinger kinozta, de nem hányt, sárgasága nem volt. Néhány nap múlva jobban lett és azután jól érezte magát. Hat hét előtt a jobb oldalában hirtelen szúrást érzett, kivált légzésnél és magas lázzal, rázóhideggel ágyba került. Azóta folyton magas esti hőemelkedések 41^o-ig, száraz és fájdalmas köhögés. Az utóbbi három hét alatt különösen a jobb bordaív alatt a hónaljban állandóan nyomó fájdalmakat érez, melyek mély belégzésnél lényegesen erősbödnnek, ép így külső nyomásra is. *Hirschler* tanár és *Friedrich* főorvos 3 hét előtt jobboldali pleuritikus izzadmányt constatáltak, mely azonban az utóbbi időben határozottan visszafejlődött. Éjjel erősen izzad, szesz italokkal nem él, luese nem volt.

Felvételkor mellkas kevés eltérést mutat, mély belégzésnél mindkét fele egyenletesen tér ki. A kopogtatási hang jobboldalt a scapularis vonalban a 7-dik bordától, a mellső hónaljvonaltól szintén a 7-dik bordától lefelé tompult. Bimbóvonaltól jobb oldalt a tompulat a 6-dik bordán kezdődik, parasternalis vonaltól az 5—6 bordaközben. *Litten*-féle tünet nem kifejezett, de kétségtelen, hogy a tompulat felső szegélye belégzésnél kevésé alászáll. Hátra a tompulatnak megfelelőleg a légzés gyengült, bronchophonia, pectoral fremitus. A tompulat a májtompulattal összefügg. Has a jobb hypochondriumban kissé elődomborodó, ugyanitt egy ujjnyira a bordaív alatt és az epigastriumra kiterjedőleg tompult kopogtatási hang, resistentia, mely a légzési mozgásokat követi; nyomásra excessiv fájdalmasság. A lumbaltáj üres, kopogtatási hang itt dobos, nyomásra semmi érzékenység. Májtompulat fölött a bordákra

és bordaközökre ható nyomás is fájdalmakat okoz. Mivel néhány napi megfigyelés alkalmával a lázak határozottan pyaemikus jelleget mutattak, a rázóhidegek typice visszatértek, sokszor $1\frac{1}{4}$ — $1\frac{1}{2}$ órai tartammal, a beteg folyton erősen izzadt és a hiányos táplálkozás miatt egészen elerőtlenedett, egy rejtett genygóczot kellett feltételeznünk, a melyet jobboldalt a rekesz alatt gyanítottunk. E mellett szólt azon körülmény is, hogy absolute megbízható szaktársak által pleuritis lett constatalva, mely határozottan visszafejlődött, tehát mindenek szerint savós jellegű lehetett és hogy próbapunctioval ezen pleuritisnek még nyomait sem sikerült feltalálni. E miatt újabb, mélyebb, esetleg a májparenchymába vezető beszúrásra határozottam el magamat és tényleg a harmadik kísérletnél, a mellső hónaljvonalban a 9—10 borda között, 6 cm. mélységben tiszta sűrű genyre bukkantam.

Műtét másnap, 1898. május 22-dikén, a beteg elesettségére való tekintettel, Schleich-féle localis anaesthesiában. Először a 11. bordát resecáltam, iparkodva extrapleurális úton hozzáférközni a genygóczhoz; de a rályog sokkal magasabban feküdt, semhogy innen meg lehetett volna nyitni. E miatt rögtön a 9. és 10., később a 8. bordát is resecáltam 10 cm. szélességben. Megnyitva a mellhártyaürt, mely eltekintve kevés rostonyás szalagtól alig néhány gyűszűnyi savós váladékot tartalmazott, visszahúzódt a szabad, nem adhaerens tüdő és láthatóvá vált a pleura előtüremkedő diaphragmatikus részén egy négy krajeczár- és egy krajeczárnyi nagyságú, szennyesen áttűnő, kiemelkedő genyfolt. Sterilgaze-zal való tamponade után, mely a genygóczokat és a rekeszt a tüdőtől és mellkastól lehetőleg izolálni volt hivatva, 6 cm.-es metszéssel, mely utóbb 10 cm.-re lett tágítva, megnyitottam és összekötöttem a két áttűrni készült genygóczot, a mire hatalmas sugárban, körülbelül 3 liter sárgás-zöldes, párolt káposztaszagú geny ürült. A genyüreg fala mállekony, üreges, lécezett szövetből állott, mely csekély érintésre is könnyen vérzik és minden látszat szerint májparenchym; az utólagos görösövi vizsgálatnál ez a falzat tényleg májszövetnek bizonyult. Következett az üreg sterilgaze-zal való tamponádja. Nyílt sebkezelés.¹

Lefölýás várakozáson felül kedvező. Hat vagy hét napig még voltak ugyan lázak, de mind csekélyebb emelkedéssel, úgy hogy azt lehet mondani, hogy a hőfok lytice lecsett. A naponta eszközölt kötés-változtatás alkalmával első öt nap csupán a májüregbe vezető csikok lettek újjakkal feleserélve, miközben meglehetősen profus volt a secretio, különösen egy mellfelé nyúló genyintasakból. Ötödik nap nagy elővigyázattal eltávolítottuk a mellüreget védő tampont, melynek kivétele után csak csekély savós váladék ürült, a pleura csak kevésbé van injiciálva és a tüdő elég jól tágult. Az új tampon betétele után a szűrés és a légzési nehézség néhány óráig tartottak, de lassaukint elmúltak. További 4—5 nap mulva a pleuraür szélei sarjadzani, összehúzódni kezdettek. később a pleura costalis ráfeküdt és odagyógyult a

¹ Ezen eset kapcsán csak melleleg akarom megjegyezni, hogy jelenleg a subphrenicus és májtályogokat, melyeket transplouralis úton kell megnyitni, technikailag másként kezelem, a mennyiben a bordák resectioja után a pleurát az alsó áthajlási redőnél kezdtem lassan felfelé hasítani olykép, hogy két lebenyt képezek. Ezen lebenyeket successiv a rekesz serosájához varrom, úgy hogy 10, 14, sőt 16 cm. hosszúságban is a diaphragmát szabaddá teszem, tehát extrapleurál helyezem és e mellett az ürt felfelé teljesen elzárom. Ezáltal elértem azt, hogy sem pneumotorax nem képződik a műtét alatt, sem piothorax a műtét után, mert ilyen módon a mellüreg elzárása útján elejét veszem az infectio veszélyének.

diaphragma közepének szabad széléhez, úgy hogy 17. naptól kezdve már csak a májtályog ürét kellett kezelni. Ezen kezelés naponta 2%-os bórvízzel való irrigatióban és tamponadeban állott. Ez utóbbi helyett később, mikor négy hét múlva az üreg mindössze 7 cm. hosszú és 3 cm. széles, drainső alkalmaztatik. Nyolcz hét lefolyása alatt az üreg azután kisarjadzott és teljesen áthámosodott, úgy hogy a beteg gyógyultan hagyta el az intézetet. Azóta kitünően érzi magát, 12 kilóval gyarapodott és midőn 14 hónappal később láttam, semmiféle nehézségekről sem panaszkodott.¹

Hogy különben a subphrenikus tályogok aetiologiájában mily gyakran találkozunk vakbélkörüli megbetegedéssel, az kiviláglik *Finkelstein* statistikájából is, mely szerint 252 esetből 45-ben (17·8%) typhlitis és epityphlitis constatatott.

Következik most már az epityphlitis lefolyásának 2-ik fokozata: az általános hashártyagyuladással társult roham. E fellépési mód gyakoriságára élénk világot vet *Renvers* statistikája, a mely szerint az összes peritonitisek 90%-a epityphlitisre vezethető vissza.

A diffus peritonitis fellépésének két módozata van: 1. vagy rögtön a roham beálltával áll be a féregnyúlvány gangraenájával, vagy hirtelen átfürödésével a szabad hasüregbe; 2. secundaer lép fel egy a betegség folyamatán képződött eltokolt tályognak hirtelen a hasüregbe való betörésével.

Ezek az esetek természetesen a legsúlyosabbak. Hirtelen rendkívül heves fájdalma, görcsök lépnek fel szerte a hasüregben, rázó hidegek, magas lázak, igen heves hányás, mely állandóan tart, teljes szél- és székrekedés, rendkívül szapora, kicsiny pulsus, sokszor subnormalis temperatura vagy csekély hőemelkedés, mely a pulsus szaporaságával egyáltalában nem áll arányban. A has mindenütt, baloldalt is már pusztá érintésre igen érzékeny, néhány óra alatt felpuffad, hasfalak feszesek, 24 óra alatt a meteorismus kifejezett. Ezzel párhuzamosan a beteg teljesen elesett, közérzete rendkívül rossz, szemgödrök beesettek, arczkifejezés aggodalmas, facies abdominalis, végtagok hidegek, verejtékekkel fedettek. Mindezen tünetek határozottan *hascollapsus jelei*, melyek hirtelen fellépett *perforatio peritonitisre vallanak*.

A *chronikus recidiváló epityphlitisről* (III. fokozat) később fogok röviden beszámolni.

A milyen egyszerű a vakbélkörüli lob kórisméje tipikus esetekben, épp oly nehéz a **differentialis diagnosis** a lobos folyamatok két (heveny és idült) csoportjával szemben.

1. Az *első csoportba* azon *akut megbetegedéseket* soroljuk, melyek jórészt peritonitikus complicatio megjelöléssel küldetnek

¹ Bemutattatott a kir. orvosegyesület 1899. október 21-dikén tartott ülésén.

a sebészhez. Ismeretes, hogy még feregnyúlvány-kólika eseteiben is a diagnózis a betegség kezdetén sokszor igen nehéz. Differential-diagnostikus szempontból fontosnak és kiemelendőnek tartom, hogy a feregnyúlvány okozta göresöknél *a rosszullét és hányinger a görcsös fájdalmak után* lépnek fel, míg *indigestionalis és egyéb kólikáknál* a roham tartama alatt, annak folyamán. Továbbá a *feregnyúlvány-kólikánál* a fájdalom a köldök és epigastrium körül lokalizálódik, a hólyag és here pedig csak akkor vonatnak a tünetek keretébe, ha az appendix vége közel fekszik a hólyag serosus burkához. Legfájdalmasabb rendszeren a Mac Burney-féle pont (spina anterior superior és köldököt összekötő vonal közepe). *Májkölikáknál* a fájdalom az epehólyag tájáról indul ki, az epigastriumban ül s a jobb váll felé sugárzik, hólyag és herepanaszok ritkák, az érzékenység főszékhelye a jobb bordaív alatti részlet. *Vesekölikánál* a fájdalom a lumbalis tájról a hólyagba, herébe sugárzik, néha a véghélbe, erős tenesmussal; a hólyag érzékeny, dysuria, tenesmus, esetleg haematuria; az érzékenység kiindulási helye a vesemedence, esetleg az ureter lefutási vonala.

A *coxitis, iliacus tályogok, a fossa iliaca elgenyedt bubói* oly lobos megbetegedések, melyeknek feismerése a gyakorlott orvosnak vagy sebésznek nem okoz nehézséget. Nehezebb az *extrauterin graviditas* s a *tubo-ovarialis lobos daganatok* differenciális diagnózis.

Extrauterin graviditasnál az extrauterin jobboldali zacskó hirtelen megrepedése téveszthető össze epityphlitisel. Eleesség, hirtelen collapsus, légszomj a belső elvérzés minden jeleivel, a menstruationalis viszonyok egybevetésével és a medence vizsgálatai eredményével adnak felvilágosítást.

A *salpingo-ovarialis* lobokra az anamnesis, a bántalom rendszerinti kétoldalisága, a bélzavarok teljes hiánya s az exsudatum situatioja jellegzetes. Az exsudatum mélyen, a medencében az uterusra szokott támaszkodni, s az uterust mellfelé a symphysishez nyomja. A fájdalmat ugyancsak a mélyben érzik a betegek. A kórismét a legtöbb esetben képesek leszünk felállítani. Nehéz lesz az, ha, mint *Richelot* megjegyzi, az exsudatumok magasan ülnek, lehetetlen jóformán a differenciális diagnózis, ha mind a két organum beteg, midőn *Dührssen* és *Sonnenburg* szerint az adnexek megbetegedése a lig. appendiculo-ovaricum nyirokpályáin át jut a feregnyúlványhoz vagy viszont.

Duodenalis fekély, gyomorfekély, melyek természetesen peritonitisel járnak, szintén összetéveszthetők epityphlitisel. A fájdalmak ezeknél a hypochondriumban lokalizáltak s a jobb vállizület felé sugárzók; anamnesis rendszeren gyomornehézséget

derit ki (Mühlhausen). Ehhez én a magam részéről hozzáteszem, hogy mindig karakteristikusnak találtam gyomor- és duodenalis perforationál, hogy főkép a köldök fölötti hasrészt puffadt s hogy a májtompulat teljesen hiányzik. Eme jelek segélyével korán lehet a kórismét felállítani s a kellő időben megfelelő helyen beavatkozni.

Vakbélkörüli tályogoknál ugyanis, ha diffus peritonitissal vannak is társulva, a meteorismus nagy lehet ugyan és a májat állásba is szorítja, de a puffadság csak a legritkább esetekben oly nagy, hogy a *hónaljvonalon* a májtompulatot ne lehessen kikopogtatni, ámbár az elől hiányozhatik. E tünetnek nézetem szerint a magyarázata az, hogy hirtelen beköszöntő féregnyúlvány-átfúródásnál is csak igen ritkán jut nagyobb mennyiségű bélgáz a szabad hasüregbe, a minek viszont az az oka, hogy az appendix hosszú, megtört, lumene pedig azonkívül centraliter a perforációtól szűkült vagy plane bélsárkövel van eldugaszolva. Ezzel szemben gyomor- és duodenum-átfúródásnál igen sok gáz jut a szabad hasüregbe, melynek lefelé nyomulását a puffadt colon transversum gátolja. Ennélfogva a levegő a hasüreg boltozatában helyezkedvén el, a rekeszről mintegy elemeli a májat s így ennek a tompulata eltűnik. Gyermekeknél ez a tünet azonban nem bír jelentőséggel, mert ezeknél egyszerű meteorismusnál is könnyen elmosódik a májtompulat.

Typhusnál epityphlitissel szemben a betegség lefolyása, serumdiagnosis, bélsárvizsgálat adnak felvilágosítást, ha ugyan a beteg előbb meg nem hal.

Azon esetekben azonban, a hol pontosabb anamnesis hiányzik és a melyek oly lassú lefutásúak, hogy az átfúródás körül a belek összenövése folytán az exsudatum eltokolódhatik, a differential diagnosis jóformán lehetetlen, különösen akkor, ha az izzadmány a has jobb oldalán, közel a féregnyúlványhoz foglal helyet.

Ilyen esettel találkoztam 1897 január havában.

Egy 16 éves, e baját megelőzőleg mindig teljesen egészséges esztergályos inas, K. Gyula, Bélabányáról, állítólag az árnyékszéken megfázott, erős hasesikarást kapott, mely 2—4 napig fennállott és mivel állapota nem javult, rázóhideg után lázas lett, 1897. január 27-dikén a Szt.-István-kórházba került. Itt a symphysistől jobbra tompult kopogtatási hangot adó, érintésre igen fájdalmas, kis gyermekökölnyi resistentiát constatáltak. Mérsékelt meteorismus. Therapia opium, később magas beöntések. Hőmérsék 37.2—39.5° között ingadozik. Február 8-dikán újabb rázóhideg; a jobb alsó tüdőlebeny fölött infiltratio bronchialis légzéssel. Másnap a bal alsó tüdőlebenyben is 2—3 ujjnyi tompulat mutatható ki (Hypostaticus pneumonia). Mivel az alhas fájdalmassága különösen a jobb Poupart-szálag fölött emelkedik, a jobb lumbalis táj elödoborodik és a jobb Poupart-szálag fölött a középvonalig terjedő

4 ujjnyi széles, teljesen tompult zóna mutatható ki, ezenkívül a végbélvizsgálatnál a kis medenczében jobboldalt a linea innominata felé húzódó resistenciát tapintok, a rendkívül elesett, a végletekig lesóványodott, 120 pulzust mutató beteg február 11-dikén áttétetik az osztályomra és 12-dikén megoperáltatik tipikus rézsutos metszéssel a Poupart-szálag fölött, azon feltevésben, hogy epityphlitis perforatívát követett genyes exsudatioval van dolgom. A hasüreg megnyitásával circa 2½ liter sűrű, sárgás-zöldes, rendkívül bűzös geny ürül, a tályogűr egyrészt le a medeczébe, másrészt fel a vese felé nyúlik, falzata vastag, rostonyás, könnyen vérző álhártyákkal fedett. Proc. vermiformist sehol sem találjuk; a szabad hasüreggel nincs communicatio. Tamponade, nyílt kezelés. Közvetlen a műtét után és később is gyakrabban 300—400 ccm. konyhasó-transfusiot kap. Negyednap bélporforatio jelei mutatkoznak, a mennyiben a sebváladékban nagyobb mennyiségű hig bélsár jelentkezik. Innen kezdve újabb lázak, daczára annak, hogy kötésváltás naponta kétszer is történik és a sebtűr szorosan kiirrigáltatik. Közel a hólyaghoz, látszólag egy vékonybélkacsban ½ krajezárnnyi lyuk van, melyből a béltartalom ürül. Mesterséges táplálással sikerül a beteget kissé roborálni, de a hypostatikus pneumonia tünetei újlag előtérbe lépnek és végre beteg márczius 29-dikén kimerülésben elhal.

A boncolásnál aztán kiténik (*Genersich* tanár), hogy a vékonybél alsó részén 20 és 30 cm. a vakbél fölött egy-egy krajezárnnyi, sima lekerékített széli hiány mutatkozik, melyek a sebtűrbe nyílnak, hol is a vékony-, vastagbél és hólyag között sarjakkal benőtt nagy öböl van, mely jobboldalt a sebtűrral összefügg, balra pedig a csipőtarajig terjed. A főregnyúlvány hosszú, vékony, de a sebtűrral semmi összeköttetésben nincs. Peritonitis saccata purulenta ex perforatione ulceris typhosi ilei. Bronchopneumonia.

A mint tehát ezekből kiténik, ebben az esetben egy *typhus ambulatorius* alapján állott be a bélperforatio, a mely nem volt diagnostizálható és ezért adott az epityphlissel való összetévesztésre alkalmat.

Hogy belső bélelzáródás, *ileus* eseteiben néha rendkívül nehéz a *differential diagnosis*, arról más helyen, konkrét eset kapcsán, bővebben lesz szó. (22. számú eset.) Itt csak előre is ki akarom emelni, hogy kétes esetekben minden tényező pontos mérlegelése mellett az esetek gyakoriságára való tekintettel inkább epityphlitis perforatívát fogunk felvenni. *Albarran* és *Caussade* is kiemelik, hogy az acut epityphlitis *ileus* charakteristikus tüneteit adhatja, a mennyiben a bél *paralysise* vagy az exsudatum nyomása heveny elzáródást okozhat. Hozzátenném ehhez, hogy subacut esetekben az álhártyák zsugorodása által okozott bélvongálás vagy bélmegettörés is okozhat *ileust*.

Különös figyelemmel kell még lenni *epekő-okozta ileusra*, melyre *Körte* hívta fel a figyelmet. Hogy epekő és epityphlitis együttesen léphetnek fel, arra *Riedel* tanítványa *Meusser* utal, a ki idevágó esetet közölt is.

Sonnenburg nyomán felemliteném még, hogy a bél *invaginatioja* vagy pedig valamely kisebb bélrészlet *incarcera-*

tiója is okozhat tüneteket, melyek epityphlitisre emlékeztetnek. Kétes esetekben a tartós hányás, teljes szél- és székrekedéssel egyetemben vakbélkörüli lob ellen szólnak.

2. A második csoportba, melyek *diagnostikus nehézségeket* és tévedéseket okoznak, az idültlen lefolyó esetek tartoznak és itt mindenekelőtt azon esetekre kell kiterjeszkednem, melyeket *Sonnenburg* latenseknek nevez, *Ewald* újlag *appendicitis larvata* névvel jelöl és a melyek évek hosszú során át gyomor-, bél-, máj-, vese-megbetegedés vagy hysteria kórképe alatt folynak le.

Ezen esetek körelőzménye többnyire nem nyújt támpontot a feregnyúlvány megbetegedésére nézve. A betegek rendesen mindenféle belgyógyászati procedurán esnek át, a míg végül olyasvalakihez jutnak, a kinek sikerül a feregnyúlványt megvastagodottnak és érzékenynek találni és a bajt izolálni. A kórosan elváltozott appendix kiirtása azután egyszerre elvágja az összes tüneteket.

Ezzel szemben viszont *hysterikusoknál* határozottan láthatjuk a epityphlitis, sőt a peritonitis diffusa kórképét is a peritoneum minden anatómiai elváltozása nélkül. *Nothnagel* a „Wiener Klinische Wochenschrift“ ez idei évfolyamában *pseudoperityphlitis* név alatt utalt ezen functionalis kórképre; egy fiatal embernél perityphlitikus attaque miatt a feregnyúlvány egy ízben el lett távolítva, a kinél is a regia iliaca dextrában megbetegedés jelei nem voltak észlelhetők. Emez esetekre állítolag a bőrnek hyperaesthesiája és láz hiánya jellegzetes.

Berthier és *Milian* is közölnek egy hason esetet, melynél az appendix szintén el lett távolítva és a daczára ennek fenmaradt nehézségek, — melyek rendszerint a XII. costalis ideg neuralgiája vagy ovaralgia szüleményei — később suggestióra elmaradtak.

Csak futólag akarom emliteni a *epityphlitis aktynomicosát*, mely a legnagyobb ritkaságok közé tartozik. *Isemer* a literatúrában mindössze 25 ilyen esetet talált.

Gyakoribb a *epityphlitis tuberculosa*, mint az általános gümőkórnak részleges megjelenése. Néha teljesen latensen folyik le a többi szervek gümőkórja mellett, máskor a feregnyúlvány megbetegedése látszólag primaer tuberculosis benyomását teszi. A baj elsődleges volta, véleményem szerint épp oly kevéssé bizonyítható, mint a coecum tuberculotikus fekélyeinek elsődleges volta, melyek pedig nem oly ritkák s a mennyiben később szétesésekre és hegesedésekre adnak okot, a vakbélstenosis jellegzetes tüneteivel kerülnek műtét alá, a midőn is gyakran csak a műtét folyamán vagy az exstirpált

praeparatum górcsói vizsgálata alapján állítható fel a helyes diagnosis, mint azt *Makará*-nak és nekem 1—1 operált esetünk bizonyítja. *Cornil* is említi már, hogy a tuberculotikus fekélyeken alapuló appendicitisek gyakran semmiben sem különböznek a tisztán lobos eredetű epityphlitisektől. *Monod* és *Bockhardt* említést tesznek olyan esetekről, midőn a diagnosis megállapítása csak később, górcső útján volt lehetséges. A kórismét a pontos anamnezis, előrement symptomákra, mint: lesóványodás, izzadás, haemoptoe, bélvérzésekre valló adatok fogják megadni s konkrét esetben, ha gyanunk van tuberculosusra, a beteg állapota, közérzete és a nehézségek nagyságától tesszük függővé, hogy beavatkozunk-e vagy nem, mert csak az autopsia alkalmával győződhetünk meg biztosan arról, vajjon a tuberculosis a féregnyúlványra lokalizált marad-e, a mikor eltávolításával a nehézségek megszűnése várható, vagy pedig a féregnyúlvány és vakbélről áttérjett infectio következtében a hashártya diffúzabb gümőkóros infiltrációja van-e jelen?

Az alábbiakban közlök egy esetet, a melynél az anamnesis a proc. vermiformis gümőkóros megbetegedésére mutatott, hol azonban a hasür megnyitásánál azt láttuk, hogy a gümőkór infiltrált száraz alakjával (peritonitis deformans tuberculosa) már a körüllevő szövetekre is áttérjett, a mi miatt is a féregnyúlvány kiirtása gyógyulást nem hozott volna.

Az eset a következő: P. Tamás, 38 éves, nős szabó, Gyergyóról. Két gyermeke meghalt. 1897-ben egy félévén át köhögött, vért köpött, azóta azonban haemoptoeja nem volt; éjjel izzad. Jelen baja 1898. augusztus elején kezdődik; hasában fájdalmak lépnek fel, étvágytalan, szt. István napjától a fájdalmak fokozódnak, egész hasra terjednek ki, láz lép fel, miért is orvosi tanácsra ágyba fekszik, midőn Demjanovits dr. vakbéllobot diagnostizál nála. Ágyban hat hétig marad, ez idő alatt nem csuklik, egy izben volt hányingere. 1898. októberében ismét rosszabbodik állapota: hasa felpuffadt, főleg járásnál fájdalmas a köldök körül. 1899. február hava óta munkakeptelen. Hasajtó theákra van ürülése, de mindig nagy csikarással. Egy izben véres szék; február vége óta az ileocecalis fájdalmak lépnek előtérbe. 1899. május 25-dikén a magas, erősen lesóványodott beteget a szt. István-kórház sebész osztályára vettük fel, hol is a tiüdőcsúcsok felett kevésbé rövidült hang, de mindenütt sejtjes légzés. Has feszes, a jobb spina anterior superior és a köldök között a Mac Burney-ponton erős érzékenység, ugyanitt ezen vonalat derékszög alatt keresztező hosszúkás, két hüvelyknyi vastag, ujjnyi hosszú, nyomásra érzékeny, elmosódott határu resistentia tapintható ki. Ettől befelé egy másik diónyi, kevésbé kifejezett és a rectus izomtól teljesen el nem különíthető, alig fájdalmas, ellenálló csomó. Egyebütt semmi rendellenesség.

Diagnosis: epityphlitis chronia recidivans probabiliter tuberculosa. *Műtét* 1899. márczius 29-dikén chloroform-narcosisban; tipikus 10 cm. hosszú metszés. Peritoneum igen megvastagodott, kékes, a cecummal kocsonyás alhártyákkal összenőtt. Proc. vermiformis mélyen fekszik alhártyákba ágyazva, vastagodott, rajta különösen közel coecalis insertiója-

Asociația Prietenilor Universității
BOLYAI

Tudományegyletem Ezeréves Emléke

hoz egy nagyobb, körülbelül 20 fillérnyi caseosus felrakodás, mely sárgásan fénylik. E körül a proc. vermiformis serosájában számtalan tuberculum, kevesebb solitaer gombostüfejnúi gócz a coecumon. A vékonybélkacsok meglehetősen szabadok. Világos lévén itt, hogy a proc. vermiformis tuberculotikus megbetegedése már disseminált formában áll fenn, a hasúrt bezártam. Akadálytalan gyógyulás. Feltűnő, hogy a beteg a próbalaparotomia után (legalább 1899. szeptember végéig) igen jól érzi magát.

3. Végül egy harmadik csoportba tartoznak az *álképletek*.

Rég ismeretes már, hogy a vakbél újképletei körül lépnek fel időnként lobos és genyedésre vezető folyamatok, melyek gyakran lappangva, gyakran pedig heveny, vehemens módon fejlődnek, úgy hogy a kórkép teljesen hasonlít ahhoz, a melyet a féregnyúlvány megbetegedése folytán körülötte fellépett lobos folyamatok adnak. Természetesen ez is csak akkor fog beállani, ha a széteső újképletbe a bél felől mikroba-invasio történik. Ezen megbetegedés, a melyet legjobban *periappendicitis*-nek nevezhetünk, természetsszerűleg symptomáiban alig különbözik a tiszta tályogképződéssel párosult appendicularis folyamatoktól, úgy hogy a betegség első stadiumában a differential-diagnosis jóformán lehetetlen. Csak a későbbi lefolyás, melynél többnyire állandó sipolyjárat marad vissza, nyújt felvilágosítást, a mennyiben vagy a sipolyjáratból sarjadjik ki a rosszindulatú újképlet vagy a sipoly körül lépnek fel kitapintható kemény göbös neoplasmarészletek vagy végre a sipoly elzárása és az appendix kiirtására irányzott műtéti beavatkozás alkalmával derül ki a folyamat valódi jellege.

Rendkívül érdekes és tanulságos erre nézve két esetünk, melyek közül az első egy 41 éves hölgyre vonatkozik. Körülbelül ötnegyed évvel a műtét előtt lobos genyedő folyamat fejlődött a jobb alhasban lassan és krónikusan, melyet egy vidéki kartárs (Schuster dr.) megnyitott; ez alkalommal a hatalmas tályogürből mintegy 1 liter geny ürült. Újjal való tapintásnál a tályogüriben semmi gyanusat nem talált, eltekintve egy kötegszerű, kisujjnyi vastag képlettől, mely a processus vermiformisnak imponált. Több hónappal később, miközben a sipoly folyton genyedzett, stenotikus tünetek léptek fel, a melyek minden látszat szerint a mellett szóltak, hogy a tályog falazatának heges zsugorodása folytán vagy comprimálva vagy vongálva lesz az ileum legalsó részlete; e mellett a vakbél táján csak aránylag kis, kemény, egyenletes felületű terimenagyobbodás volt tapintható, mely épen egyenletessége és kicsinysége miatt, másrészt pedig tekintettel az előre járt genyedésre rosszindulatú daganatnak nem imponált, annál kevésbbé, mert a daganat eltolható nem volt és

tudvalevőleg az eltolhatóság rendkívül fontos differential-diagnostikus értékkel bír. Az eltolható és mozgatható daganatok minden esetre az újképletekhez sorozhatók, míg az el nem tolható daganatok vakbél körüli izzadmánynak felelnek meg, bár nincsen kizárva annak a lehetősége és erre éppen a mi esetünk is szolgál bizonyítékkal, hogy mozgathatlansága mellett is a daganat rosszindulatú új képlet legyen.

Sonnenburg ilyen esetekben levegő befúvását ajánlja, a mi szerinte értékkel bír, mert újképletnél a bél falzata merev és a befújt levegő által nem tágul ki, míg a bél falzatán kívül fekvő izzadmányok ily módon esetleg tisztábban tapinthatók. Részemről ezen tünetnek túlságos jelentőséget nem tulajdonítanék, míg egy második pontot, a melyre *Sonnenburg* differential-diagnostikai szempontból szintén súlyt fektet és a mely szerint csupán rosszindulatú újképletek, nevezetesen carcinomák okoznak stenotikus tüneteket, ellenben a epityphlitis nem, *határozottan tagadásba kell vennem*.

Einhorn és *Rotter* eseteit itt csak futólag akarom érinteni, mert ezekben a bélszűkület acut módon jött létre; előbbinél a gerinceoszlophoz rögzített féregnyúlvány és bélkacs volvulus képződésére adott alkalmat, míg *Rotter* esetében az álhártyák a bél szöglettörését okozták, a mi acut bélelzáródáshoz vezetett.

De hogy egyenesen a vakbél körüli lob eredményeként lépnek fel szűkületek, olykép, hogy a féregnyúlványhoz rögzített belet körülvevő álhártyák lassú zsugorodásuk által a bél lumenét fokozatosan szűkítik, arra magánál *Sonnenburg*-nál is találunk mindjárt két példát; az egyik egy 45 éves férfit illet, ki bélsárfistula miatt több ízben lett operálva és végre genyes-rostonyás peritonitisben végkimerülésben halt el. Az autopsia ennél kimutatta, hogy a Bauhin-billentyű fölött három meternyire a vékonybélben gyűrűszerű behúzódás van hegesezés nélkül, a subacut szűkület összes következményeivel.

Magam is operáltam 1898-ban egy igen súlyos esetet, a hol egy lefolyt epityphlitis következményeként, néhány hónappal a lezajlott lob után, egy magas vékonybélkacs teljes heges szűkülete lépett fel. Hasonló esetet csak egyet találtam az irodalomban. Ez egy 18 éves fiút illet, kit *Ullmann* 1896. márczius havában mutatott be a bécsi orvosegyesületben. A beteg két év óta szenvedett recidiváló epityphlitisben; a hasüreg megnyitása és a vastag szálagos álhártyákkal letapadt cseplesz resectiója után kitűnt, hogy egy magas vékonybélkacs van a vakbélhez növe, melyet leválasztani nem lehetett. *Ullmann* kettős bélresectiót végzett úgy a vékony-, mint a vakbélben külön-külön varratokkal. A beteg gyógyult.

Az én esetem, melyet „Recidiváló vakbélkörüli gyulladás után keletkezett jejunum-szűkület“ czimen segédorvosom, *Lipscher* dr. közölte a székesfővárosi közkórházak 1898-iki évkönyvében, a talált topographikus viszonyok érdekessége által tűnik ki. Részletei a következők:

H. László, 28 éves szabó. Négy év előtt vakbele táján hirtelen erős fájdalmak léptek fel, láza volt, négy napon keresztül hányt, hasa puffadt és a jelzett helyen érintésre igen fájdalmas volt. (I. roham.) A láz egy hétig tartott, a fájdalmak csak lassan szűntek, hat hétig ágyban feküdt, de azután gyorsan összeszedte magát, teljesen munkaképessé lett. Ezen rohamok évenként ismétlődtek és a beteget mindannyiszor 4—6 hétre ágyba döntötték.

1899. évi január hó 1-én hirtelen rosszul lett, a vakbél tájékán fájdalmak léptek fel, hányt, de nem csuklott, széke beöntésre volt, szelek mentek. A láz és fájdalmak lassanként megszűntek, de a hányás nem. Beteg eleinte naponként hányt, később 2—3 naponként, de mindig nagy mennyiségű 2—3 liternyi fűzöld folyadékot, melyben néha 1—2 nap előtti ételek maradványait lehetett felismerni. Beteg folyton gyengült, nyolcz hét alatt 27 kg.-ot fogyott. Ilyen állapotban vétetett fel 1899. évi február hó közepén Hochhalt tanár osztályára, honnét bélstenosis gyanúja miatt osztályomra tétetett át.

Felvételkor a magas terméű, ép csontrendszerrel bíró, igen elgyengült férfibeteg nyákhártyái halványak, szeméi beesettek, mellkasi szervei épek. Májtoppulát megkisebbedett, a hónaljvonalon három ujjal, a bimbóvonalon két ujjal végződik a bordaszél fölött, felső határai rendesek. Has puffadt, főleg a gyomor tájéka, mely rázásra élénk locsasanást hallat, jobboldalon a spinától befelé érzékenyebb mint másutt. A gyomor felfújva a köldökig ér, bélpuffasztásnál a vastagbél teljesen megtelik. Beteg kétnaponként hány, rendszeren éjjel. Hányadék a fűzöld színű, csak kevés ételmaradékot tartalmaz, szabad sósav benne soha kimutatható nem volt, de a próbareggeli után nyert váladék bőven tartalmazott sósavat. Tejsavat sohasem találtunk. Vizelet idegen alkatrészeket nem tartalmaz, pulsus 80, gyenge. A tünetek általában olyanok voltak, milyenek pylorusszűkületnél szoktak előfordulni, a hányás, a hányadék nagy mennyisége, a gyomornedv bő sósavtartalma pylorostenosis mellett szólottak, de tekintettel arra, hogy a gyomor tágulatot nem mutatott és hogy a hányadék mindig élénk zöld volt, vagyis epét tartalmazott, fel kellett tennünk, hogy a szűkület a choledochus beszájadzási helye alatt van és pedig attól nem messze, mert a hányadék bélsárszagú soha nem volt és a még meg nem bomlott epe élénkszöld színével birt. Az anamnesisből világosan kitiint, hogy a beteg többszöri epityphlitis rohamon ment keresztül és így valószínűnek tartottuk, hogy az ebből eredő összenövések okozzák a bélstenosist.

Műtét 1899. évi márczius hó 24-én.

A hasüreget megnyitása után azonnal előtölul a felkarvastagságyra táglult, erősen hypertrophizált, első pillanatra gyomornak imponáló jejunum. Ezen táglult bélkacsot lefelé követte a coccum táján egy ökölnyi, csepleszből, összenőtt bélkacsokból álló tömegre jutunk, mely a has jobb falához és a medenczéhez szélesen és kergesen oda van tapadva. Ezen conglomeratumban elvész a fent leirt, kitágult bélkacs, illetve innen túl nem követhető. Hogy a szűkület helyét megtalálhassuk, az összenövéseket fel kellett oldanunk, a bélkacsokat egymástól elválasztanunk, a mi az állhártyák rendkívüli szívóssága miatt igen nehéz munka volt. Miután a bélgomolyag, melyben a szűkült bélkacsnak lennie

kellett, a psoashoz és vakbélhez szorosan oda volt növe, hogy hozzáférhessünk, a hasfalakat jobboldalon harántul be kellett metszenünk. Csak azután sikerült megtalálnunk az igen elvékonyodott és szűkült, álhártyákba beágyazott, a vastagbélhez és medenczefalhoz rögzített elvezető bélkaesot, de ez lepraeparálás közben két helyen beszakadt. A vékonyfalú beszakadt bélrészletet 14 cm.-nyi hosszban resecáltuk. Hogy a felső igen tág bélkaesot az alsó vékony bélrészlettel egyesíthessük, hogy a sebfelületeket congruenssé tegyük, az elvezető vékonybélbe egy 2 cm. hosszú oldalmetszést ejtettünk, miáltal a két összevarrandó sebfelületet egyenlő hosszúvá tettük. A bél egyesítése 32 első soros és 40 másodosoros vékony selyemvarrattal történt. Hátra volt még a volta-képeni kórokozónak, a processus vermiformisnak eltávolítása. A főregnyúlvány kisujnyira megvastagodva és megnyúlva, a kis medencze falához volt rögzítve, elülről a már előbb megoldott belek és álhártyák fődtek.

Resectio a szokott módon, manchette-készítéssel. A resecált főregnyúlvány hossza 13 cm., fala megvastagodott (2 mm.), három ezitrommagnagságú és alakú bélsárkövet tartalmazott, nyákhártyája bolyhos, belővelt, ulcerationak nyoma nincs. A főregnyúlvány eltávolítása után hasfalvarrat 1 etageban.

A hosszú műtét után a beteg magához tért, konyhasóinfúsiók után a szív működése erősödött, az első órákat elég jól töltötte. De másnap hirtelen collabált, eszméletét elveszítette, légzése ritkult (percenként 10), de a szív működés elég jó volt. Azonnal mesterséges légzést alkalmaztunk, erős villamos árammal a légzési centrumot és légzési izmokat működésre serkenteni igyekeztünk, de eredménytelenül, mert a beteg műtét után 24 órával légzési hűdés tünetei között meghalt.

A bonczjegyzőkönyvből (Genersich tanár) a következőket emeljük ki: peritonitisnek semmi nyoma, 30 cm.-nyire a duodenum kibúvási helye alatt circularis bélvarrat, mely jól zár, varratok körül semmi reactio. A varrat fölött a bél kerülete 22; alatta 9 cm. Mindkét tüdőben kezdődő, kis terjedésű pneumonia hypostatica. *A vena cava-ban egészen a popliteáig régi thrombusból eredő szálagos összenövések úgy, hogy a vér keringése csak vékony csatornában történhetett.* A bal carotis internában, elágazódása előtt egy faköszürke, a véredény falához nem tapadó vérrög.

A vena cava thrombosisa minden valószínűség szerint egy epi-typhlitis roham alatt keletkezett, életben felismerni nem lehetett, mert vénás pangás jelei: tágult bőrvenák, oedemák nem voltak jelen. Venathrombosis a betegség hevenystadiumában elég gyakran volt alkalmunk észlelni, genyedéshez soha nem vezetett ugyan, de a reconvaletentiát hetekkel elnyújtotta.

Visszatérve a coecalis tumorok körüli genyedésre, érthető, hogy csupán a radicalis műtét alkalmával táruznak fel a viszonyok a maguk valódiságában; így a mi két esetünkben is, melyeket alább részletesen közölni fogok, az operatio alatt tünt ki, hogy egyikben széteső carcinoma gelatiniforme, másikban adeno-carcinoma alapján fellépett periappendicitis purulenta van jelen.

Már Langheld említ fel Sonnenburg szerint három ily esetet. Vollert szintén közöl egy ilyen esetet, melyben carcinoma medullare szétesése folytán retroperitonealis tályog képződött. Beger a mienkhez egészen hasonló esetet ír le, melyben a jobb inguinalis táj duzzanatából bemetszés után

bőmennységű geny ürült s csak később mutatkozott egy szét-eső újképlet, mely adenocarcinomának bizonyult.

Nagyon érdekes és tanulságos az az észlelet is, hogy chronikus epityphlitis alapján viszont újképlet fejlődhetik; *Hastings Gilford* közöl egy ilyen esetet, a midőn egy 13 éven át fenálló lobos folyamatnál bélsárkő körül sarcoma fejlődött.

Fent jelzett idevágó két esetem részleteiben a következő:

H. Pálné, 41 éves, földbirtokos neje, Aradról. Egészséges családból származik, nagyobb betegségei, gyomorrontástól eltekintve, jelen bajáig nem voltak. 1893. tavaszán alhasának jobb oldalán fájdalmakat kezdett érezni, étvágytalan lett, székletét renyhe volt. Ekkor már az alhasban jobboldalt jól kitapintható daganatot vett észre, mely fekvésre, borogatásokra kisebbedett, de soha el nem mult. Így az 1893-diki nyarat kisebb-nagyobb nehézségek közepette jóformán állandóan ágyban töltötte. A renyhe székletét miatt irrigatiokat kellett használnia. Október óta erősebb, kólikaszerű fájdalmak kínozták és különösen ha evett, mindig hányt. Csekély lázai voltak, székletétben vér nem mutatkozott. Karácsonykor a daganat hirtelen erősebben nőtt, fájdalma óriási volt és a lázak emelkedtek. 1894. január 2-dikán az említett daganaton, a Poupart-szálag fölött, Schuster dr. Aradon bemetszést ejtett és ez alkalommal mintegy 1½ liter büzös geny ürült ki.

A nyitva hagyott seben pár nap múlva bélsárra jellegzetes kinezésű tartalom szivárgott ki. Hat hétig fekiúdt ekkor ágyban és ez idő óta folyton erősebben soványodott, még viszonylagos felgyógyulása után is. Márczius havában erősebb gyomortáji fájdalmak, többszöri hányás, epés, sőt bélsárszagú tartalommal. Ekkor ismét ágyban fekiúdt és három hétig kizárólag tejfel táplálkozott. Május derekán diaetabiba után, erős epés hányás, nagy fájdalmakkal, követve stenotikus tünetek által, melyek öt napon át sem beöntésekre, sem hashajtókra nem engedtek.

Végre senna infusum, ricinus és karlsbadi sóból összetett beöntésre megindult a székürülés.

Azóta állandóan szabálytalan időközökben, éjjel és nappal kólikaszerű fájdalmak lépnek fel, melyek alatt a hason a belek élénk peristaltikája látható. 20 kilóval lesoványodott.

Statusból (1894. jún. 14-dikén) kiemelendő, hogy a has erősen puffadt, jobboldalt a mesogastriumban a nagyobbodás kifejezettebb. Az egész has falzatán szembetűnően látható a belek rendkívül fokozott peristaltikus mozgása. A jobb Poupart-szálag fölött másfél tenyérynnyi tompa kopogtatási zóna, mely folyadékkal telt vékonybélkaesoknak felel meg és configuratioját változtatja. Állandóan abszolút tompa a jobb lumbalis táj a bimbóvonaltól oldal felé és a jobb Poupart-szálag fölötti régió 4—5 cm. szélességben. A jobb Poupart-szálag fölött egy ujjnyira, a spina ant. sup.-tól mell felé két ujjnyira egy 8½ cm. hosszú, majdnem a has közepéig terjedő vörös hegyvonallal, melynek külső negyedében köldökszerű mélyedés van. Utóbbiból nyomásra 2—3 csepp sűrű geny ürül. E köldökszerű mélyedéstől egy a hasfallal összefüggő 2—3 ujjnyi, alig érzékeny hegköteg vonul a mélybe, hol felülről egy kisalmamekkoraságú diffúz, el nem tolható, kemény resistentia érezhető. Bal oldalfekvésnél a jobb lumbaltáj kevéssé, de nem egészen, feltisztul, baloldalt azonban a kopogtatási hang ekkor nem lesz tompa (a mi szabad hasfűri folyadék ellen szól). Mindezek után a diagnosisra nézve *Müller*, *Réczey* és *Tauffer* tanárokkal és *Kéry* dr.-ral egybehangzóan olyképp egyeztünk meg, hogy minden valószínűség szerint vakbélkörüli genyes lob (epityphlitis suppurativa) állt fenn eredetileg, melynél a geny műtét

útján kiürítettén, a tályogfalak zsugorodása, esetleg összenüvése folytán másodlagosan az ileum megfőrtetése vagy compressioja következett be.

Műtét 1894. július 18-án. Chloroform-aethernarcosis. A sipolynyílás ovalair körülmetészése és — hogy a tartalom belőle ki ne folyjék — két varrattal való zárása után 15 cm. hosszú függélyes metszés a rectus külső szélén. A hasúr megnyitásakor almanagyságú daganat tölul előre, mely az említett sipolynyílláshoz vastag hegköteg által van rögzítve. A mint a hasfalnak a sipolylyal szomszédos része, mely a daganattal összefüggésben maradt, kimetszetett, kitűnt, hogy a daganat a Bauhin-billentyű táján fekszik, a coecumot magába öleli és a szűkület okozója. E miatt 19 cm. hosszban resectioja a coecumnak és ileumnak, a collabált colon ascendens rézsútos átmetszése és a tágult ileum-kacscaal való körkörös egyesítése *Czerny*-féle bélvarratok útján Már a macroscopikus vizsgálat is carcinoma gelatiniforme diagnosist mutatott, a mit a göresővi lelet is megerősített. A rákos beszűremkedés közepén egy krátterszerű exulceratio a tumorrall együtt resecált sipolyjárathoz vezet, a melyről szorgos vizsgálatnál kitűnik, hogy a részben tönkrement és rákosan degenerált proc. vermiformis. Zavartalan gyógyulás három hét lefolyása alatt.

Nem kevésbbé érdekes és tanulságos a második eset is, a mely hólyagkörűli és medenczetályog képevel, időközönként kiújuló lázas rohamokkal járt és ekként teljesen azon epityphlitisek kórképét adta, melyeknél a meghosszabbodott, perforált féregnyúlvány a medenczébe nyúlik le. A helyes diagnosis itt is csak a műtét alkalmával derült ki.

Az eset a következő:

Z. A. 56 éves magánzó, Budapestről, kinek baja műtét előtt $\frac{3}{4}$ évvel kezdődött. Gyomorgörcsök, székrekedés majd hasmenés váltják fel egymást; két ízben lázzal, rázóhideggel, elcsétséggel kólikaszerű fájdalmakkal a vakbél táján, makacs székrekedéssel, ökölnyi elhatárolt el nem tölható duzzanattal a Poupart-szálag fölött a rectus-izom külső szélén. Ez év májusában ismétlődnek a rohamok 8 napig tartó esténkénti borzongás, hidegrázás, erős fájdalmakkal. Juliusban látszólagos javulás után Karlsbadba megy, hol újra lázrohamokat kap, visszatér Budapestre, ismét 40°-nyi esti hőemelkedések. E hó elején vizelelnél rendkívüli fájdalmak, tenesmus lépnek fel; a hólyag jobboldalán a Poupart-szálag fölött ökölnyi daganat constatalható; közben tályog-átfűródás jelei a hólyagba; ugyanis hirtelen az eddig tiszta vizeletben nagy mennyiségű sűrű sárgás-fehér geny mutatkozik. *Müller*, *Stern* tanárokkal és *Sipos* drrral tartott consiliumok alapján pericystitikus, minden valószínűség szerint appendicularis, a hólyagba tört izzadmányt vettünk fel. Két nappal később azonban a műtét kiderítette, hogy a hólyag és vakbél között a proc. vermiformis körül, talán ebből kiindulólág egy adenocarcinoma foglal helyet, a melyet mindenek szerint szétesés folytán periappendicularis genyedés complicált, mely a hólyagba tört át.

Térjünk most át az epityphlitis legactualisabb fejezetére : a **therapiára**.

Az első kérdés itt természetesen az, van-e helye egyáltalában a műtėti beavatkozásnak? Ha igen, mik azon körülmények, melyek azt szükségessé tehetik és végre, melyik azon időpont, a mikor a műtét javálva van?

Hogy erre megfelelhessünk, nézzük meg legelsőbben azt, *gyógyul-e* és miként, az *epityphlitis spontan*, megfelelő *belső kezelésre*?

A tapasztalat azt mutatja, hogy gyakran maga a természet segít a bajon az epityphlitikus tályog spontan felszívódása útján. Nem szükséges ehhez az, hogy az izzadmány, mint ezt *Sahli* feltételezi, autodrainage alapján a féregnyülványon át vissza a vakbélbe ürüljön vagy hogy a vékonybélbe, vastagbélbe vagy hólyagba törve át ezen az úton ürüljön ki, a mi különben is csak huzamosabb ideig fenálló genygyülemekkel történhetik meg. Maga a peritoneum bír azzal a képességgel, — a mint ezt *Grawitz* és *Wieland* kísérletileg kimutatták — hogy úgy a genyt, mint a bacteriumokat resorbeálja; kisebb, lefokozott virulenciával bíró, eltokolt tályogok ilyen módon akárhányszor spontan gyógyulnak.

Leyden és *Renvers* emlitenek ilyen spontan gyógyult eseteket, melyeknél előzőleg Pravaz-fecskendővel exquisit geny lett kimutatva.

En magam is láttam két ilyen enyhe esetet, melyeknél próbapunctióra geny mutatkozott (egyszer savós-genyes, egyszer kifejezetten genyes izzadmány); az egyik esetben a műtétbe nem egyeztek, a másikban az enyhe lefolyásra való tekintettel várakozási álláspontra helyezkedtünk és mindkettő önként gyógyult.

Természetesen közel feküdt most már a gondolat, hogy megtudjuk azt, vajjon ez a spontan gyógyulás szélesebb körben mily számarányban fordul elő. Sajnos, erre nézve a székesfővárosi, valamint a vidéki kórházak évi kimutatásai nem adnak megbízható felvilágosítást, mert a megbetegedés úgy a gyógyulások rovatában, mint a bonczolati jegyzőkönyvekben a legkülönbözőbb nevek alatt (bélgyulladás, hashártyagyulladás, genyes és septikus hashártyalob stb.) van vezetve. Kénytelen vagyok tehát külföldi szerzőkre támaszkodni és itt első sorban *Sahli* gyűjtőmunkáját kell tekintetbe vennem, a ki Svájcban 466 orvost kérdezve meg ez iránt, 7213 esetről kapott hírt, a melyek együttvéve 90·5% spontan gyógyulást tüntetnek fel.

Sahli statistikája azonban csak kevésbé megbízható. Az adatok az orvosok magángyakorlatából származnak és kétségtelenül főleg könnyű esetekre vonatkoznak; másrészt az is bizonyos, hogy egy esomó epityphlitis, a mely diffus peritonitis vagy más következményes szövödmény folytán halálosan végződve, nem került bonczolás alá, mint olyan felismeretlenül maradt és nem vétetett fel a jegyzékekbe.

Más szerzők közül pl. *Fowler* 85%, *Rotter* 82%, tehát már sokkal kisebb számarányú spontan gyógyulásról beszélnek.

Ámde ez a gyógyulás sem végleges, mert csak a rohamra és nem egyúttal a betegségre is vonatkozik. A betegek a kórházi bárczákon mint „gyógyult”-ak vannak ugyan kivezetve, de fenyegető rémként mindig mögöttük áll a *recidiva* lehetősége. És tényleg azt látjuk, hogy *Sahli* szerint az esetek 20·8%-a, *Rotter* szerint 20%, *Sennenburg* szerint 35%, kiújulásokat mutat fel. Az én operált eseteim közül plane 58%-ban constatálhatók előzetes rohamok 4, 5, 6, sőt több ízben is, a mi egyébként csak arra vall, hogy igen súlyos, itt-ott elhanyagolt anyag állott rendelkezésemre.

Arra nézve, hogy mikor lépnek fel a *recidivák* leggyakrabban, az egyöntetű tapasztalat az, hogy a legtöbb kiújulás 1—2 évvel az első roham után szokott jelentkezni. Így van ez nálam is. A 23 *recidiváló* eset közül 14 vagyis 61% az első évben, 3 = 13·0% a második évben, 6 pedig későbbi években újult ki.

Azt hiszem, hogy ilyen körülmények között igazat adhatunk *Czerny*-nek, ki *Rotter*rel ellentétben hangsúlyozza, hogy a gyógyulás csak akkor tekinthető befejezettnek, ha a beteg legalább három éven át ment marad minden nehézségtől.

Ezek szerint tehát a spontán gyógyulás korántsem oly gyakori, mint ezt a belgyógyászok magukkal elhitetni szeretnék. De még akkor is, ha az ő álláspontjukra helyezkedünk és *Gerhardt*-tal elfogadjuk, hogy az eseteknek csak 10%-ában fejlődik tályog, mely nem gyógyul spontán és sebészi beavatkozást igényel, objectív vizsgálatnál a sebészi beavatkozás szükségességét illetve sokkal nagyobb percentuációhoz jutunk. Mert ehhez a 10%-hoz mindenekelőtt hozzászámítandók a diffus peritonitissal társuló esetek, melyek *Rotter* szerint szintén 6—7%-ot tesznek ki, azután pedig azok a chronikus esetek, melyek folyton *recidiválnak*, nem gyógyulnak ki teljesen és végre mégis csak műtét alá kerülnek. Úgy hogy ismét *Rotter* szerint, a ki pedig a *legconservatívabb irányt képviseli*, összesen még mindig 26% kerül sebészi kezelés alá, a mi azt teszi, hogy a legtartózkodóbb álláspont mellett is még mindig minden *negyedik epityphlitis* meg kell operálni.

A kérdés már most csak az, hogy melyik ez a *negyedik eset*?

Ha volnának tüneteink, a melyek a roham kitörésekor útbaigazítanának bennünket arra nézve, hogy milyen lesz a betegség lefolyása, akkor könnyű volna erre megfelelni. De mivel, mint láttuk, számtalanszor megtörténik, hogy a súlyos tünetekkel kitörő megbetegedés spontán kigyógyul, máskor pedig a könnyű lefolyásának ígérkező eset fatális kimenetelű diffus peritonitissal társul, ennélfogva általános directíváról a műtėti beavatkozást illetőleg alig lehet beszélni, hanem napról

napra, óráról órára a tünetekhez kell tartani magunkat. Szóval *résen kell lennünk, mindig készen arra, hogy valamely riasztó tünet szükségessé teheti a sürgős műtétet.*

Nézzük most már azt, hogy milyenek a viszonyok az epityphlitis sebészi kezelése körül.

E tekintetben az eredményt illetőleg rendkívül nagyok az ellentétek. Mig az amerikaiak (Morris, Murphy, Bernays, Dunn) és a francziák (Tuffier, Roux) 1—2—5 % mortalitást mutatnak fel, addig Czerny 14·3%, Sonnenburg 18·7%, Sahli 21%, Rotter 26·2%, én magam pedig 23% halálozással operáltam.

Ezen nagy különbségek azonban absolute nem képezhetnek criteriumot az egyes sebészek technikájára vonatkozólag. A műtéti beavatkozás átlagos végeredménye természetesen változik az anyaggal, a mely operációra kerül. Hogy tehát helyes fogalmat szerezzünk magunknak a halálozási százalék jelentőségéről, szorgosan át kell vizsgálnunk az egyes statistikákat arra nézve, hány eset tartozik az egyszerű, szövődmény nélküli epityphlitis és mennyi a körülírt tályogképződéssel vagy általános hashártyagyuladással társult féregnyúlványlob rovatába. Természetes, hogy azután azok a szerzők, kiknek például csak a súlyos és legsúlyosabb esetek jutnak műtetés végett, lényegesen rosszabb átlagot fognak felmutatni, mint azok a sebészek, nevezetesen francziák és amerikaiak, kik minden epityphlitis már a betegség első stadiumában rögtön operálnak, és ez által elejét veszik annak, hogy súlyos, elhanyagolt, szövődményes esetekben legyenek kénytelenek beavatkozni.

Nem szemrehányásként mondom, csak hangsúlyozni kívánom, hogy nálunk az általános tendentia ebben a tekintetben talán *túlconservatív*, a mi abból is kiténik, hogy pl. 39 esetem közül, melynél a beavatkozás átlag 23% mortalitással járt, nem kevesebb, mint 10, tehát az összegnek majdnem $\frac{1}{4}$ -e diffus septikus peritonitissel került hozzám és pedig 8 a megbetegedés 6—21-dik napján és csak kettő a 3-dik napon, úgy hogy már csak hármát sikerült a haláltól megmentenem.

Ezen *diffus peritonitisek műtéti eredménye* természetesen lényegesen rosszabbítja a különben kitünő eredményt, a melyet az általában súlyos esetekben sikerült elérnem. Így a körülírt tályogképződéssel szövődött 18 eset közül kettő kivételével, melyek mindegyike igen súlyos metastatisokkal complicálva és a megbetegedés 13-dik és 38-dik napján került hozzám, valamennyi gyógyult. A 3-dik csoportba tartozó 11 chronikus, recidiváló, tályogképződés nélküli epityphlitis-eset pedig kivétel nélkül mind gyógyult.

Mindezekből pedig két dolog világlik ki. Egy az, hogy a mint az amerikai statistikák bizonyítják, a foudroyans, septikus peritonitisektől eltekintve, a korai műtéti beavatkozás jóformán biztos gyógyulást ígér; másodszor pedig az, hogy mi, legalább eddig, nem élünk azzal az előnnyel, melyet a következetes korai beavatkozás nyújt, mert szem előtt tartjuk, hogy az adott eset azon 62—70%-hoz tartozhatik, a mely az első roham lezajlásával recidiva-mentesen gyógyul és mert tudatában vagyunk annak, hogy kiújulás esetén sem állunk fegyvertelenül a vészszel szemben.

Mi tehát nem osztjuk az amerikai sebészek álláspontját, a kik eseteik túlnyomó részében (62—70%) főlösképpen operálnak, kitévén betegeiket a narcosis és műtét habár csekély veszélyeinek is. Mi arra szorítkozunk, hogy azon százalékhányadot (30—38%) operáljuk meg, a mely tapasztalat szerint műtét nélkül nem gyógyul és a melyre nézve a várakozás bizonyos időponton túl veszélylyel jár.

Melyek hát ezen esetek és melyik az az időpont, midőn be kell avatkozunk?

Azon epityphlitis-eseteket, a melyeknél a rázó hideggel, magas hőfokkal való beköszöntés után 3—4 nappal a hőmérsék critikus vagy lytikus leszállása és a többi tünetek párhuzamos enyhülése arra vall, hogy a folyamat normalis lefutású, véleményem szerint leghelyesebb expectative, belsőleg kezelni. Ez a kezelés a *Korányi*, *Kéty* és *Müller* tanárok által is hangoztatott conservatív módon: ágynyugalommal, jéggel és kevés opiummal történik, megjegyezve, hogy minden a betegség kezdeti stadiumában a belek kiürítését célzó laxans adagolása veszedelmes, annyival is inkább, mert az orvos feladatát a hasbártya lobjának localisatiója, a diffus peritonitis esetleges kifejlődésének megakadályozása képezi. A belek nyugalombantartása pedig legjobban opium suppositoriummal vagy morphinnal érhető el. A dolog természetéből folyik viszont, hogy túlságban opiumot rendelniünk nem szabad, mert ha pl. 3—4 napon át nagy dosisban adagolunk opiumot, a fájdalmak teljesen megszűnnek ugyan, de a gyakran fellépő euphoria zavarja a kórképet, csalja az orvost, mert elmosza szeme elől a fájdalomosság fontos symptomáját, sőt a belek hűdését is előmozdithatja; mindezt a 3-dik és 4-dik napon, a mikor a folyamat kritikus pontra jutott, a mikor az orvosnak az exsudatum viselkedésével kell tisztába jönnie, az opium adagolását be kell szüntetni. A gyakorló orvosnak, illetve sebésznek ugyanis ezen tályogok keletkezésének, ki- és visszafejlődésének megfigyelése képezi a főfeladatát, a miért is minden a kórképet zavaró momentumnak elkerülése nagy fontossággal bír, mivel, mint láttuk, itt-ott

egyedül a physikalis vizsgálati módokkal úgy sem lehet mindig a kórismét felállítani *Főleg a 4-dik és 5-dik napon túl kell az orvosnak qui vive-en lennie: közbelépni avagy sebészt consultálni, ha a jelek arra engednek következtetni, hogy a tályog visszafejlődése nem a kívánt és várt módon következik be.*

Kérdés tárgyát képezi már most, hogy eme veszélyek közeledtét, mely objectiv és subjectiv jelekből tudjuk meg? melyek ama tünetek, melyekből a lefolyásra következtetni lehet?

A tünetek vázolásánál eme jeleket már bőven ismer tettem:

Ha a 4—5 napon túl valamennyi viharos jel nem enyhül egyenlő mértékben, hányás, csuklás változatlanul fenáll, vagy a meteorismus nem enged, ha a hőfok magas marad vagy subfebrilis lesz s e mellett a pulsus frequentiaja nem csökken, vagy a már normalissá vált hőmérsék újból emelkedik, esetleg a daganat növekszik, akkor a *lobosodás progressiv jellegű* s operálni kell. Ép így sürgősen kell műtétileg beavatkozni akkor, ha az apathia, étvágytalanság, telettség tartós, midőn a többi tünetek javultak, láz, fájdalom engedett. Hasonkép be kell avatkozni láztalan lefolyás és normalis pulsus mellett is akkor, ha a közérzet rossz, a meteorismus nő, szél és székrekedés változatlan.

Látnivaló, hogy apodiktikus jelentősége önmagában egy tünetnek sincs. De a kórkép részleteinek alapos egybevetése majd mindig biztosítja a helyes diagnoszt.

Szóval az összes jeleket külön-külön és együttvéve kell mérlegelni, mielőtt műtetre szánjuk el magunkat. A dolog természetéből folyik, hogy az öreg praktikus gyakorlott szeme, vagy az operatio közben in vivo sok esetet látott sebész tapasztalata hozzávetőleg mindig megadja a helyes prognoszt.

A második igen fontos indicatiót a sebészi beavatkozásra szolgáltatják a *diffus peritonitisek*.

Bár a *perforatiós peritonitissel* complikált esetek is a fertőzés súlyossága szerint különböző jelentőségűek, mégis tekintettel arra, hogy önként sohasem gyógyulnak és így előbb-utóbb okvetlen vészthozókká válnak, *mindig műtéti beavatkozást igényelnek*. Mert míg a körülírt tályogképződéssel járó eseteknél az infectio kevésbé virulens anyaggal történik és ha diffus peritonitikus izgatottság van is jelen, azért a folyamat localizálódik, addig ezen esetekben az egész hashártya afficiál-tatik úgy, hogy a műtéti beavatkozásnak csak akkor lehet eredménye, ha idejekorán, kevéssel a perforatio létre jötte után sikerül a káros anyagokat és ezeknek képződményeit a hasüregből eliminálni.

Ha az *acut septikus*, vagy *diffus*, *genyes peritonitist*, — midőn a hasüregnek nagy kiterjedésű, virulens infectiója hirtelen lép fel — diagnostizálni tudjuk, nem marad más hátra, mint rögtöni műtétel. A kórisme azonban, mint *Körte* is kiemeli, nem mindig könnyű. Egyszerű, ha teljes elesettség, collapsus, facies abdominalis, nagy érzékenység stb. van jelen. De ha csak meteorismus, hányás, csuklás kísért, láztalanság, jó pulsus mellett, úgy a differential-diagnosis purulens peritonitis és ileus közt nagyon nehéz. Mivel azonban a tapasztalat azt mutatja, hogy az ily hirtelen és súlyos symptomákkal fellépő esetek túlnyomó számában az appendix átfürödása van jelen egyrészt, másrészt pedig, mivel akár ileus, akár belső bélelzáródás, akár perforatiós peritonitissel állunk szemben, úgyis hirtelen kell operálnunk: nem szabad sokáig haboznunk a műtéttel, azt lehetőleg az átfürödés történte után 24 órán belül végezzük, annál is inkább, mert mennél tovább várunk, annál nagyobb a hasüri genygyülem, annál kimerültebb a beteg s így annál rosszabb a prognosis. Nagyon helyesen mondja azért *Krogius*: Perforativ epityphlitisnél a műtéttel épp oly kevésbé szabad bevárni a nap lenyugtát, mint kizárt sérv esetében.

Hogy a műtėti beavatkozás daczára mennyire vészthozó a *diffus genyes peritonitis*, mutatja *Herzog* közleménye, ki a berlini Bethania anyagát állította össze: 47 hason esete közül valamennyi meghalt. *Reynier* és *De Lorme* összes hasonló eseteiket elvesztették, úgy hogy a bajt feltétlen halálosnak mondják. *Lauensteinnek* mind a 4 *diffus peritonitises* operált esete meghalt. *Jalaguier* 22-öt operált 4-nek gyógyulással. *Halidey* 10 operált esete mind meghalt. *Sonnenburg* 21 esete közül 18 halt el. Lényegesen jobbak az amerikaiak eredményei, kik közül pl. *Mac Burney*nél 24 eset közül 14 gyógyult. Tény annyi, hogy eddigelé Európában legjobb esetben a *diffus genyes peritonitisek* csak $\frac{1}{3}$ -a marad meg, a mint azt *Körte* állítja, kinek jól megfigyelt nagy kórházi anyaga mellett, gyors beavatkozásra van alkalma.

Én — megjegyezvén, hogy ilyen eseteket a belső kezelés úgy sem gyógyít meg — nem habozok a 3-ik, sőt 6-ik napon is műtétileg beavatkozni, annyival is inkább, mert itt-ott, főként ha nem jutott túlságos mennyiségben a virulens anyag a hasürbe, még mindig sikerül egy-egy életet megmenteni. Általában eredményeink éppen nem megvetendők, ha meggondoljuk, hogy műtét nélkül minden beteg elvész. Részemről 30%-ben láttam gyógyulást tiz eset közül; egy 11 éves gyermeknél 13 órával a *proc. vermiformis* teljes gangraenája és perforatiója után, más esetben 37 éves férfínál, ki 29 órával az átfürödés után került a műtőasztalra, harmadik esetemben pedig egy 26 éves

férfinál, ki szintén 36 órán belül lett operálva; a többiek később kerültek műtetre, megmenthetők már nem voltak.

A kórtörténetek áttanulmányozása után nekem egyébiránt úgy tűnik, hogy műteti sikert azon általános hashártyalobesetek ígérnek, a melyeknél a genyedési folyamat — hogy úgy mondjam — *étapeszerűen gyengül*, vagyis a hol a sűrű, bűzös appendicularis genygócz — mint centrum — körül, a szabad hasüregben — mint második zónában — inkább purulens, a medenczében, de főképp az ellenoldali lumbalis tájékon pedig — mint harmadik lépcsőzetben — áttetszőbb, sero-purulens izzadmányra bukkanunk, eltekintve a medencze mélyétől, hova a sűrűbb geny gyakran lesüllyed. Ilyen esetem a 9 diffus peritonitissel társult esetek között kettő (20. sz. és 26. sz.) volt. Műteti beavatkozásra mindkettő gyógyult.

A harmadik nemkevésbé fontos *indicatiót* a műteti beavatkozásra képezik az *idült recidiváló epityphlitisek*.

Tudjuk az eddigiekből, hogy az a beteg, a ki az első rohamot kiállta, még korántsem gyógyult; egy kórosan elváltozott szervet hord magában, mely életét folyton veszélyezteti s a mellett örökösen feszélyezi, a mennyiben egy kis diaetikus hiba, diarrhoea, meghűlés stb. mindig kiteszi a baj kiújulásának. Az ettől való állandó félelem a beteget folytonos izgatottságban tartja és megfosztja életkedvétől, míg a megmegjelenő kólikák és a húzó fájdalmak az alhasban teljesen munkaképtelenné teszik. Nem csoda, ha az ilyen betegek azután még veszélyes műtétnek is szívesen kiteszik magukat, csak hogy bajuktól szabaduljanak. És ez az óhajuk annál inkább jogosult, mivel statistikailag ki van mutatva, hogy a második rohamnak minden 7—8. beteg áldozatul esik s hogy a további rohamok mind súlyosabb jelleget öltenek.

Ha ezzel szembeállítjuk a *rohammentes időben megejtett műtétet*, a mely teljesen veszélytelen, a mennyiben a legtöbb szerző az idült epityphlitist elenyésző mortalitás hányaddal operálja,¹ — saját 11 esetem is zavartalanul gyógyult —, úgy az elhatározáshoz igazán nem kell sok bátorság.

Ezen beavatkozás jogosultságát és czélszerűségét ma már belgyógyászok és sebészek összhangzólag elismerik, mert rohammentes időben a beteg erőbeli állapota sokkal kedvezőbb, mint a lázas stadiumban, azonkívül pedig a főregnyúlvány felkutatása is sokkal bátrabban történhetik, mintha tályog van jelen a proc. vermiformis körül.

A kérdés már most az, hogy *hányadik roham után kell beavatkozni?*

¹ Barling 23 esete, Czerny 27 esete, Brun 53 esete 1 kivétellel, Kümmel 103 esete, Körte 52 esete, saját 11 esetem mind gyógyult.

Általános, minden esetre érvényes igazságokat itt sem lehet felállítani. Mert ha pl. az első roham után időnként nagyobb fájdalmak jelentkeznek a jobb alhasban, a melyek nyomásra fokozódnak, e mellett a fájdalmas pont fölött többé-kevésbé kifejezett resistentiát, nevezetesen hengerded képlet-félét tapintunk, a betegek jobb alsó végtagjukat időnként kissé vonszolják és belső rendszeres kezelésre a nehézségek nem engednek, akkor már ebben az időpontban fogunk joggal beavatkozni; különben pedig csak akkor avatkozunk be, midőn a roham már egy ízben ismétlődött, vagy ha a későbbi rohamok intenzitása mind fokozottabb (Kümmel és Lennander).

Általában véve én *be szoktam várni* idült eseteknél a *második rohamot*, mielőtt beavatkozásra határozom el magam, hogy a spontan gyógyulás chanceai a betegre nézve ne vesz-szenek kárba. Ha a fájdalmak állandóak és tapintásnál a féregnyúlványt megnagyobbodottnak találom, úgy a második roham után operálok. Vezérel itt az a tudat, hogy a gyakrab-ban recidiváló epityphlitisnél a féregnyúlvány körül összenövés útján könnyen jön létre a bél megtörése, a mi relativ stenosisra ad alkalmat. Mennél régibbek ezen összenövések, annál szívó-sabbak is, annál nehezebb őket a műtétnél szétválasztani és az újbóli összenövéseket meggátolni. Ezért legajánlatosabb az amerikaiak mintájára 3 héttel a roham után operálni, mert ekkor az álhártyás összenövések még nincsenek kérgesen zsugorodva.

Gyermekeknel a műtétet *Barling* már az első roham lezajlása után ajánlja, mert az átfürödés és gangraena folytán diffus septikus peritonitis veszélye itt nagyobb. *Karewsky* szintén osztja ezt az álláspontot és azt mondja, hogy gyermekeknel sokkal sűrűbben kellene rohammentes időben operálni.

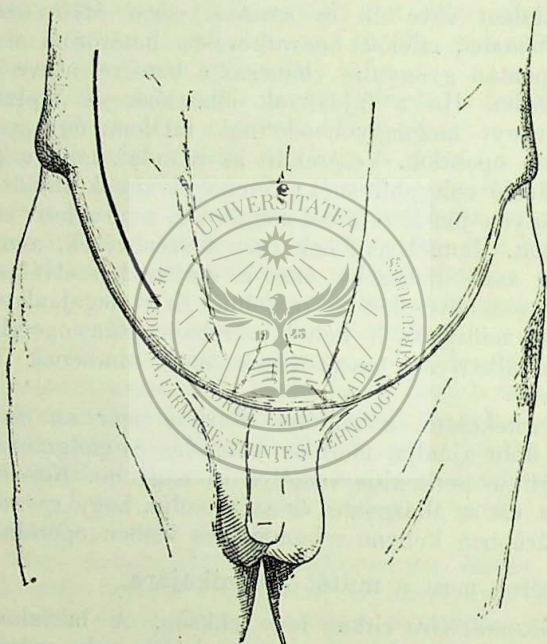
Rátérek most a **műtét technikájára**.

Próbapunctióra ritkán lesz szükség. A hasfalón át való próbapunctiókat én magam perhorreskálom, de műtét közben az izomzat átszelése és a peritoneum szabaddá tétele után megengedhetőnek tartom. Túlnyomó részében a genyes eseteknek a *metszés iránya* tipikus lesz: 1 ujjal a Poupart szálág külső fele fölött, párhuzamosan véle, 8—10 cm. hosszúságban. (1. ábra.)¹ Ha a tumort inkább mell felé, a hólyag felé érezzük, kissé meghosszabbítható a metszés, vigyázattal, nehogy az art. vagy az egyik vena epigastica inferiort meg-sértsük. Ha a geny hátrafelé a lumbalis táj felé, esetleg retrocoecalisán fekszik, úgy ezen metszést inkább kifelé a

¹ Az ábrák Lejars és Kelly nyomán készültek.

Poupart-szálág lefutásának meghosszabbított vonalában végezzük. De ha a tumor, az exsudatum magasabban fekszik a has-
 űrben, úgy vagy a Poupart-szálaggal párhuzamos metszést
 végezzünk szükség szerint feljebb vagy Mac Burney módszere
 szerint egy inkább horizontális metszés után tompán hatolunk
 át az izomrétegek között.

Most már átszelve a m. obliquus ext. bőnyéjét (2. ábra)
 a m. obl. int. és transversust, részben már ennek az izomzatnak,
 de legtöbbször a properitonealis zsírszövetnek savós vagy
 genyes beivódásával fogunk találkozni, a mely egy reactiv



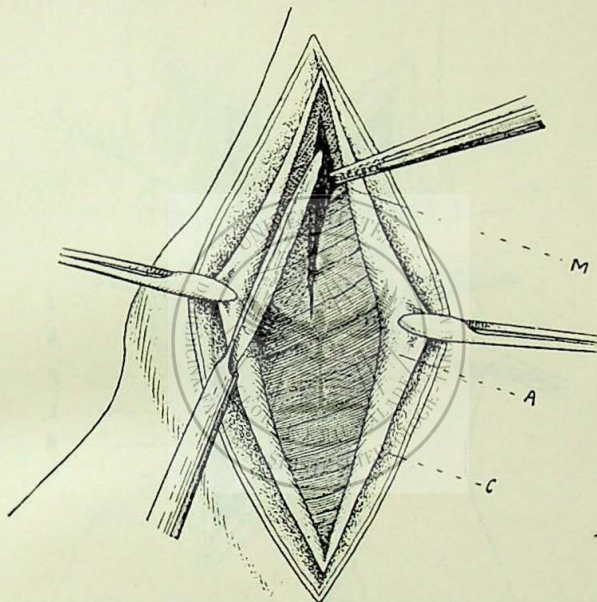
1. ábra. Typikus rézsútos metszés a Poupart-szálaggal párhuzamosan.

lob folyománya és a közelben geny jelenlétére mutat. Keres-
 sük fel most azt a helyet, a hol a peritoneum sárgásan,
 genyesen van átvívódva, a mi gyakran csak úgy sikerül, hogy
 a hashártyát hátrafelé a fascia iliacáról bőven lehámozzuk és
 nyissuk meg a peritoneumot óvatosan (3. ábra). Erre rend-
 szerint többé-kevésbé erős sugárban a tályog ki fog ürülni.

Meg kell azonban jegyezni, hogy az eljárás *nem min-
 den esetben olyan egyszerű*, mint azt itt néhány szóval ecse-
 teltem. Lehetséges, hogy a tályognak több lefelé, a kis me-

dencze felé, vagy fel-, a máj felé vagy végre hátra, a retro-coecalis kötszövet felé nyuló tasakja van, a melyek csak igen finom nyílással kommunikálnak az eredeti genygyülemmel; ezeket akkor okvetlen meg kell nyitni, mert különben a műtéli beavatkozás értelme illusoriussá válik. A műtőnek tehát inspectióval és *gyengéd* tapintással meg kell győződnie arról, hogy a tályogból nem nyílnak-e szerte ilyen tasakok és adott esetben ezeket külön-külön gaze-csikokkal kell drainálnia.

Még nehezebb az eljárás és tájékozódás, ha a peritoneum megnyitásakor *ép hasüregbe* jutunk, hol tehát a tályog nem



2. ábra. Az obliquus externus aponevrosisának átvágása és széthúzása után láthatóvá lesz az obl. int. izomzata, mely felül már be van metszve.

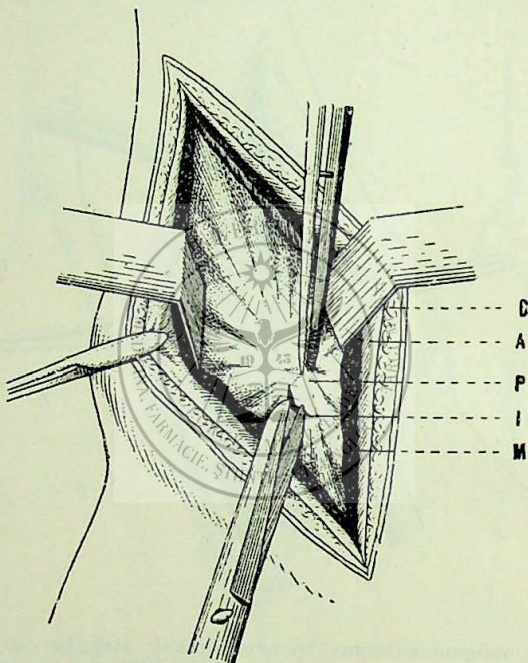
M = musculatura (obl. int. és transv.); *A* = aponevrosis; *C* = cutis.

érintkezik a hasfallal. Már említettem, hogy azon körülmény, hogy a csipőtaraj fölött tompulat, resistentia ki nem mutatható, még korántsem zárja ki valamely nagyobb tályogűr létezését. Éppen ezek azon esetek, a hol a genygyülem vékonybélkacsok között vagy vastagbél mögött fekszik, hol tehát a geny vagy retrocoecal, vagy a hasüregben eltokolva vagy a medenczében foglal helyet.

Ilyenkor mindenek előtt ujjal kell utána nézni, vajjon nem a mesocolon vagy mesocoecum a megbetegedés eredeti helye-e?

Ha a tapintás vagy a próbapunctio e mellett szól, akkor czél-szerűnek mutatkozik a metszést hátrafelé helyezni, elől a has-üreget elzárni és a genyt retroperitoneal, a lumbalis táj felé kibocsátani. *Duret* úgy jár el, hogy a hasüreg infectióját ki-kerülendő, a coecumot a hasfal peritoneumával összevarrja és azután nyitja csak meg a tályogot.

Ha a tályog *vékonybélkacsok között* fekszik, akkor meg-nyitása előtt a környéket köröskörül sterilgaze-tamponokkal kell védeni a kiömlő geny ellenében. A műtétnek ezután igen gyorsan kell véghezmennie, hogy a szabad hasüreg ne fertőz-



3. ábra. A fascia transversa és peritoneum bemetszése.

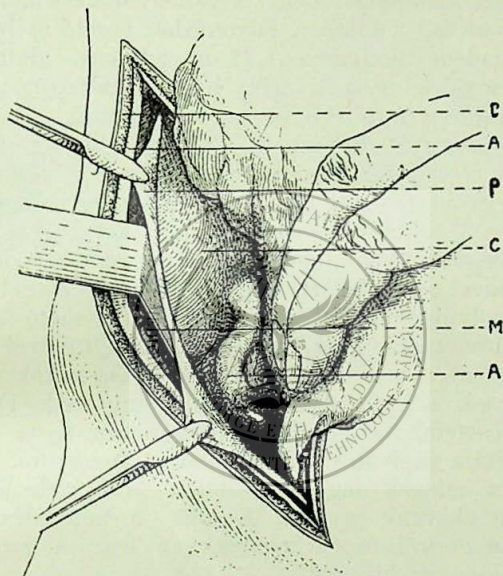
C=cutis; A=aponevrosis; P=peritoneum; I=incisio; M=musculatura.

tessék. Végezetül a gaze-csikok újakkal lesznek felcserélve és az egész sebcsatorna a tályogürel együtt *Mikulicz*-tamponnal ellátva. Nyílt kezelés mellett ilyen módon legjobban veszszük elejét a diffus septikus peritonitis keletkezésének.

A vékonybélkacsoknak a hasfalhoz való odavarrását, mint ezt ilyen esetekben *Battle* teszi, nem tartom sem szük-ségesnek, sem czél-szerűnek.

Hasonlóképen nehéz és kényes lehet az eljárás azon esetekben, midőn a *féregnyúlvány lenyúlik a medenczébe*, itt

perforálódik és medenczetályog képződésére vezet. Ezen esetekre felhívja figyelmünket az a körülmény, hogy ilyenkor a vaginán vagy rectumon át jól kitapintjuk a daganatot, míg elől csak a hólyag jobb szélén van egy kis resistentia, tom-pulat pedig nincs. Nekem négy ilyen esetem van. Az egyik-ben (11. sz.) a metszést a hólyag fölött a rectus külső szélén vezetve, a szabad hasüregre bukkantunk. A fereg-nyúlvány szabadon futott 8—9 cm. hosszúságban és végével a hólyag mögött eltűnt. Jónak láttam azt előbb resecálni és csak azután fogni a csúcs kiszabadításához, mely alkalommal



4. ábra. Topographiai viszonyok a hasfal átmetszése után. Törlő behe-lyezése a hasüreg védelmezésére.

C = cutis; A = aponevrosis; P = peritoneum; C = coecum; M = mus-
culatura; A' = appendix.

bűzös genynyel telt tályog nyílt meg. Tamponádra és kifelé való drainezésre az eset gyógyult. Egy második esetben (25. sz.) analog viszonyokra találtam azon különbséggel, hogy a medenczetályog mellett diffus peritonitis állott fenn. Ki- és lefelé, úgy a hasüregen, mint a vaginán keresztül alagsöveztem, de a beteget nem sikerült megmentenem. A harmadik esetben (13. sz.) a nagy medenczetályogot szintén felfelé és a vaginán át is draineztem, mire a beteg gyógyult, míg a negyedik rendkívül elhanyagolt esetben (9. sz.), a mely a

megbetegedés 5-ik hetében már septikus állapotban került csak műtetre és a hol a hasüreg megnyitásánál kis genygyülemet találtam, mely egy hatalmas, gyermekfejnyi medenczetályogba vezetett, a fel- és lefelé drainezés eredményre nem vezetett, a mennyiben a beteg sepsisben elpusztult.

Látható ezekből, hogy a medenczetályogok kezelése különös gondot, szakavatottságot igényel s nehéz feladatot képez. Én ilyenkor, ha a geny pontos localisatiójáról próbapunctióval meggyőződést szereztünk, a hasüreg különben genymentes, és főleg a tályog kiürítése nem képez sürgős vitalis indicatiót, azt ajánlanám, hogy a vékonybélkaesokat az omentummal leboritva, a műtő a tályogürhöz vezető nyílt jodoformgaze-tamponadeot alkalmazza; 24 óra lefolyása alatt az összenövések elegendők lesznek arra, hogy a tályogür megnyitása után is a hasüreg fertőzése be ne következzen.

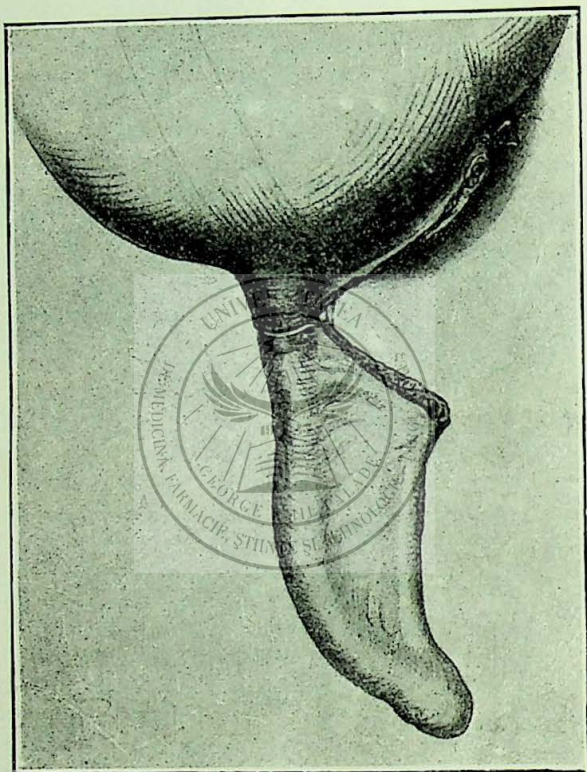
Kérdés tárgyát képezheti még a tályogür feltárása a vagina vagy rectum felől, esetleg *ellennyílások alkalmazása*, mint ezt én a négy eset közül háromban végeztem. Kétségtelennek tartom, hogy a vaginán át vezető ellennyílás a gyógyulás siettetésére csak jó hatással lehet, miként ezt a 13. számú eset is bizonyítja, mivel természetszerűleg a váladék a mélyebb pontokon drainsó segélyével sokkal könnyebben vezethető el, mint a magasabb úton a gaze kapillaritásának közvetítésével; de hogy a hasüregen át a medenczébe vezetett gaze-csikok magukban is elégségesek a gyógyulás elérésére, mutatják 11., 20. és 26. számú eseteink is. Nem haboznám esetleg ilyen tályogokat egyes-egyedül a vaginán vagy végbélen át megnyitni, különösen akkor, ha a betegek nagyon elesettek és a radicalis beavatkozásra időt akarunk nyerni. Később, a genyedés megszűntével azután esetről esetre módunkban lesz a proc. vermiformist gyökeresen kiirtani.

Gallrichen 1894-ben nyitott meg a végbélen át epitaphlitikus tályogot, később 1896-ban *Allis* a philadelphiai orvosegyesületben referált három esetről, a hol a megnyitást olykép végezte, hogy troiquart beszúrása után az ejtett sebet gombos késsel tágitotta. A felmerült discussióban jóformán valamennyi sebész elítélte ezt az eljárást, mivel szerintük bélsár-infectio veszélyével van összekötve. *Monod* és *Vanverts* 1898-ban kiemelik, hogy a megnyitást a rectumon át meg lehet kísérelni, de nem ajánlják, mert a beavatkozás sötétben történik, drainage kivihetetlen és infectio a bél részéről lehetséges. Ezért vagy vaginalis vagy az ischio-rectalis úrben végzett ellennyitás mellett foglalnak állást. Én a magam részéről azonban, különösen férfiaknál, a hol a vagina nem áll rendelkezésre, a végbélen át való megnyitást nagyon megszívlelendőnek tartom, mert egyrészt

mint az utókezelés nagy technikai nehézségekkel jár, a melyeknek csak jól berendezett intézetben lehet megfelelni.

Következnék most már a **beteg féregnyúlvány kiirtása**.

Erre nézve a sebészek véleményei eltérők. *Körte* a *proc. vermiformist* acut esetekben csak ritkán távolítja el; hozzá csatlakoznak *Lloyd*, *Fergusson*, *Cousins*, *Reclus*, *Kümmel*,

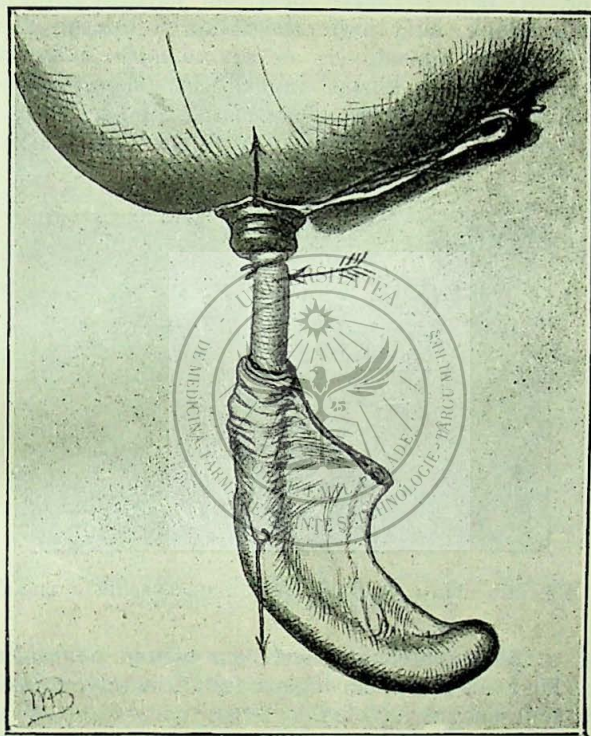


6. ábra. A mesenteriolum átszelése után a féregnyúlvány peritoneuma és külső izomrétege körülmetszetik.

Mikulicz, kik az appendix keresgélését a tályogürben veszélyesnek tartják. *Sonnenburg* ellenben és iskolája, valamint *Armstrong* s valamennyi amerikai s a legtöbb angol és francia autor, a hol csak lehet, mindig végzik a resectiót.

Tény az, hogy a féregnyúlvány kiirtása egyes esetekben rendkívül súlyos beavatkozás lehet, mert az a veszély áll fenn, hogy az összenőtt álhártyák szétválasztásakor könnyen átsza-

kitjuk a tályognak ad hoc képződött gyenge falzatát és ezzel utat nyitunk a hasúr újabb infectiójának, egy septikus peritonitisnek. (4. ábra.) *Sonnenburg* halálos eseteinek kimutatásában is nem egy ilyen eset szerepel. Másrészt gyakran előfordul az is, hogy a feregnyúlvány annyira be van ágyazva már organizált álszállagok közé, hogy csak felismerése is még a leggyakorlottabb sebész képességeit is próbára teszi.

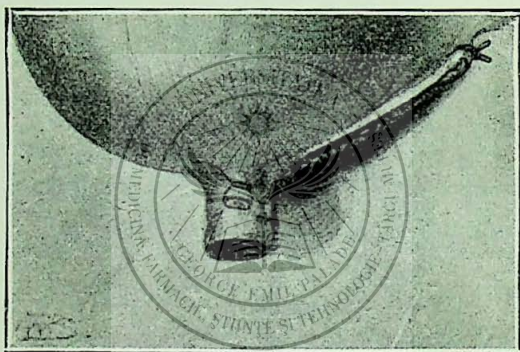


7. ábra. Manchette készítés; a csonkolásnak a nyíl helyén, lehetőleg közel a feregnyúlvány gyökéhez kell történnie.

Ezekkel szem előtt én a *gyakorló orvosnak* azt ajánlanám, hogy mivel rendszerint sem a kellő instrumentarium, sem a megfelelő segédlet nem áll rendelkezésére, *csupán a tályog megnyitására és bő tamponálására szorítkozzék*. Nyílt kezelés mellett a csíkok rendszeres változtatásával néhány hét alatt sarjadás útján be fog gyógyulni a sebüreg és a beteg ismét lábra áll. Ha ez az első roham volt, úgy várni lehet; ha

második vagy harmadik roham volt, úgy minden esetre ajánlatos lesz a beteget sebészhez utasítani és a kórosan elváltozott féregnyúlványt eltávolíttatni. Hogy ez azután a lehető legkedvezőbb chance-ok mellett és jóformán veszélytelenül történik, azt már jeleztem.

Másként áll a dolog, ha *kórházban* vagy berendezett sanatoriumban kerül a beteg szakszerű kezelés alá. Ha az esetleges kis időveszteség, a mely a proc. vermiformis *kiirtásául* jár, a betegre nézve nem bír jelentőséggel és akár perforatiót látunk, akár perforatio nélkül is kórosan elváltozott-nak találjuk az appendixet, és azt *könnyen* eltávolíthatjuk, úgy ilyen helyeken a kiirtást indicálnak vélem. *Ezzel a beteg gyökeresen ki van gyógyítva.* De ismétlem, hogy ha a kiirtás nem egyszerű és könnyű feladat, úgy nem keresgélem és nem



8. ábra. Resectio után a centralis csomk visszahúzódik a manchette alá.

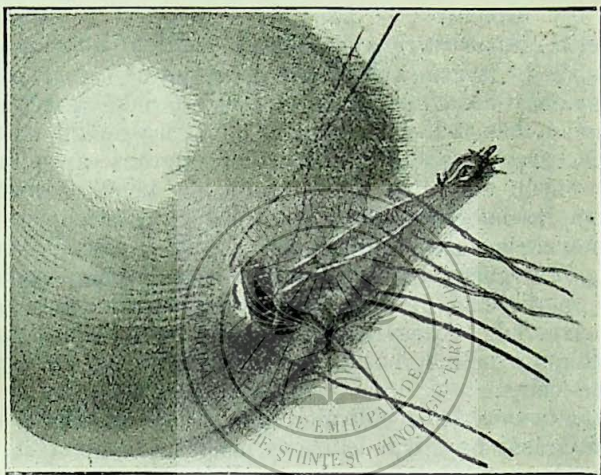
bántom a féregnyúlványt, mert nem osztom *Sonnenburg* ama nézetét, hogy az intakt hashártya feltárása tályog jelenléténél annyira teljesen veszélytelen.

Mint a kimutatásból kitűnik, 18 körülírt tályog eset közül 10 esetben végeztem a *féregnyúlvány kiirtását*. Ilyenkor rendszerint úgy járok el, hogy előbb catguttal lekötöm a mesenteriolumot (5. ábra) és véredényét, azután a proc. vermiformis serosáját 1 cm.-re a coecumtól körülmetszem (6. ábra), peritonealis lebenyt, manchette-t készítek (7. ábra), átszelem az izomréteget és egy finom catgutfonállal lekötöm a nyákhártyát. 3 sero-muscularis és 3 vagy 4 sero-serosus varratot alkalmazok végül abból a célból, hogy a csomk betüremkedjék (8. és 9. ábra). Csak ha nagyon gyorsan kell a műtétet bevégezni, vagy nem lehetséges a rendszeres varrás, akkor selyemfonállal

lekötöm a proc. vermiformis gyökét, vagy szorító horgas csípővel leszorítom és ezt 1—2 napig fekvé hagyom.

Ha a tályog nem volt túlságos nagy és az izomzat nyílása kevésbé kibővíthető, úgy vagy a nyílás mellső vagy hátsó részén, minden rétegen áthatoló néhány *silkworm-varratot* alkalmazok; nem azért, mivel ezzel a gyógyulási időt rövidítenők, hanem inkább azért, mert hassérvt keletkezésének akarom elejét venni.

A **hassérvek és fenmaradó sipolyok** a legkellemetlenebb utókövetkezményei a műtétnek.



9. ábra. A fégengyúlvány csomkjának és mesenteriolumának ellátása matrác és csomós varratokkal.

Wolkovits iparkodott kipuhatolni azt, hogy miért oly gyakoriak a hassérvek laparotomia után. Nézete szerint ennek főoka a hasmetszésben keresendő. Oldalmetszéseknél ugyanis rendszerint csakis *egy izomréteget vágunk át a rostok lefutási irányában*, a többi pedig harántul lesz átszelve, a mi maga nagyon kedvezőtlen dolog. Ezért oldalmetszéseknél legjobb az incisiót a m. obl. ext. rostjaival párhuzamosan ejteni, azután a többi izomréteget lehetőleg tompán, ugyancsak lefutásuk irányában, tehát a transversust a rectushoz függélyesen szétfejtteni. Szerinte a hashártyát is legjobb harántul bemetszeni. Ha pedig a metszés nem elég tág, akkor a rectus aponeurosisát is bevágja, hogy megfelelő tért nyerjen.

Egy másik fontos körülmény a hassérvek létrejöttében az, hogy az oldalmetszéseknél, ha az incisio magasán hátra-

felé kezdődik, a m. obl. internust és transversust tápláló nerv. ileo-hypogastrikus átmetszetik, minek következtében a nevezett izmok sorvadásnak indulnak és a heg a hasüri nyomásnak nem fog ellentállhatni. Hogy ez tényleg úgy van, mutatják *Assmy* kísérletei, a ki állatokon a rectus közepén valamennyi izomrétegen áthatoló metszést ejtett, ezt bevarrta és azután az 1—6 hónap múlva végzett bonczolásnál a medialis rectusfél atrophiját találta. Különben műtét után fenmaradt hassérv egy esetében is azt találta, hogy a hegtől medialisan fekvő izomrészek teljesen atrophizálva voltak.

A hassérvek elkerülése czéljából számos eljárást ajánlottak. Így *Kammerer* és *Jalaguier* a metszést a rectus külső szélén ejtik, *Sonnenburg* a hasbőrnek mellfelé húzását ajánlja, hogy a bőr és izomzat átszelési hegvonalai ne essenek közvetlenül egymás fölé. *Stimson* és *Mac Burney* inkább horizontális metszéssel a has izomrétegeinek az átvágása nélkül operálnak olyképen, hogy átszelik az obliquus externus aponeurosisát, azután tompán széttolják az izomzatot és végül harántul bemetszik a fasciát és peritoneumot. Állítólag még genyes esetek is, a melyek gazezel körülcavart drainnel lesznek kezelve, *hassérv nélkül* gyógyulnak minden varrás hijján. *Briddon* 14 esetben operált *Mac Burney* szerint intermuskularisan és meg volt lepetve, hogy kampókkal memyire szét lehet húzni az izomrostokat a nélkül, hogy magát az izomzatot harántul bemetszette volna.

Strattmann 11 recidiváló epityphlitis esetről referálva, műteti eljárását úgy írja le, hogy a hasmetszésnél az egyes izomrétegeket lefutásuk irányában szeli át s azután a hashártyát, mély izomzatot, obl. ext.-t és aponeurosisát, valamint a kötőszövetet és bőrt külön-külön egyesíti, mint ez másutt is szokásos.

Én magam öt esetben operáltam ekként. A műtétek sokkal rövidebb ideje lettek végrehajtva, semhogy végleges ítéletet alkothatnék magamnak. Különösen szép és tiszta a műtét a „száraz“ tályognélküli eseteknél. De ezeknél a *Sonnenburg*-féle metszés is kielégítő eredményeket ad, mert az izmokat el lehet varrni. *Tályogos eseteknél* nagy előny lenne, ha jól beválnék a *Mac-Burney*-methodus, mert az izomátszelés itt kis metszésnél is elég nagy sérvet ad.

Sonnenburg módszerét illetőleg mondhatom, hogy elég jól sikerül egyszerű áthatoló varratokkal az egyes összetartozó rétegeket egybetapadásra birni. Az etageszerű külön varratot egyáltalában nem tartom szükségesnek; én azt laparotomiáknál már régen elhagytam. Időt is nyerünk ez által, másrészt pedig a silkwormnak, melyet genyes processusoknál mindig alkal-

mazok, meg van az az előnye, hogy nem lévén kapillaris, a mélyben szűrsatornagenyedések ritkán fordulnak elő. Általában a varrat különben csak akkor biztosíthat hassérv ellen, midőn a hasüreget teljesen elzárhatjuk, vagy csak igen vékony gazecsikot vezetünk be, s azt is néhány nap múlva eltávolítjuk. Ellenkezőleg genyedő esetben a hassérv keletkezése lényegesen függ a metszés nagyságától, a tályogűr kiterjedésétől és alakjától, valamint azon körülménytől is, hogy milyen hosszban lehetett az izomzatot solidan elvarrni és mennyi ideig kell a sebet nyitva tartani. A tompa szétválasztásnál a nyílás picziny és állítólag nyílt kezelés után (tályogok) se maradnak vissza hassérvek.

Még meg akarom említeni, hogy *Battle* a hassérv kikerülése céljából a medialis metszést ajánlja. Az eljárásnak azonban a mellett, hogy csak epityphlitis sicca esetében alkalmazható, még az a nagy hátránya is van, hogy igen szűk láttért engedve a műtőnek, csak némileg complicált esetben is meg nem felelő.

Egy másik kellemetlen maradványa lehet a műtétnek a közönséges sipoly és a bélsársipoly. Szerencsére ezek a sipolyok elég ritkák és az esetek túlnyomó részében önként gyógyulnak. Így *Mühsam* közlése szerint *Sonnenburg* eseteiben 25 közönséges, nem bélsárt irritó sipoly közül 15 a. a. 60%, 49 bélsársipoly közül 31 a. a. 62% spontán gyógyult.

A közönséges sipolyok egy része *fundalgenyedés* következtében képződik; a nagyobb rész keletkezésének a módja pedig azon különleges körülmények által van feltételezve, melyekkel epityphlitis műtéteknél elég gyakran találkozunk. Hiszen akárhányszor megtörténik, hogy a féregnyúlvány kisebb-nagyobb tályogok, szomszédos bélrészletek összetapadása által képezett tasakok közepette fekszik, s hogy ezeknek a bélrészleteknek a savós hártája az előrement lobosodás folytán mállékonynyá, törékenynyé lett. Az ilyen lobosodott serosa azután persze a féregnyúlvány-csonk fedésére teljesen alkalmatlan, mert a varratok folyvást kiszakadnak, másrészt ezeknél a varrási kisérteteknél félnünk kell attól, hogy a savóshártya még nagyobb lerületeken válik le. Máskor az appendix oly mélyen fekszik, hogy az elvarrást csak a bél előhúzása mellett lehetne eszközölni; de mivel ezzel a szabad hasiüreg megnyitását kockáztatjuk, kényszerűségből elállunk a csonk tüzetesebb ellátásától. Ilyenkor a féregnyúlvány egyszerű lekötésével kell beérnünk vagy csiptetővel időlegesen lefogni az amputált csonkot. Egy része a betegeknek ugyan így is sipolyképződés nélkül gyógyul, egy másik részénél azonban a serosa összetapad a környezettel, a csonk nem záródik és fistula jön létre.

Vámmak azután esetek, a hol a proc. vermiformis a műtétig annyira elüszkösödött, hogy még a lekötés előtt vagy a közben leszakad; és végre előfordul és pedig elég gyakran az is, hogy a műtét alkalmával egyáltalában nem is találunk féregnyúlványt, a mennyiben ez a hosszantartó genyedési folyamat következtében teljesen elmállott vagy más egyéb oknál fogva nem ismerhető fel.

Hasonló viszonyokról győződött meg *Demoulin* is, a ki az utolsó francia sebészcongressuson mindezen eshetőségek felemlítése mellett olyan esetekben is látott sipolyképződést, a hol az appendix a vakbélből nagyon távol eső ponton reszeltatott.

Természetes, hogy ugyanezen viszonyok ép oly könnyen vezethetnek *bélsársipolyok* keletkezéséhez is, mint a hogy közönséges sipolyok létrejöttét okozzák; azt kell mondanunk, hogy gyakran csak a féregnyúlvány-csonk lumene és a vakbélben való elhelyeződése mérvadók arra nézve, vajjon a fistula csak nyálkát vagy pedig bélsárt is fog-e üríteni. Könnyen érthető, hogy ha az appendix a vakbél elülső falán ered, a bélsárürülés, különösen hanyattfekvésnél kevésbé valószínűen fog bekövetkezni, mint ha a féregnyúlvány a coecum oldalfalain eredne.

Bélsársipolyok rendszeresen azonban csak perforatiós és gangraenosus epityphlitis esetén maradnak vissza és pedig gyakran oly módon, hogy műtét alkalmával az összenőtt, egymáshoz tapadt bélkacsok szétválasztásánál a serosa kisebb-nagyobb kiterjedésben be lesz szakítva és a bél muscularis le lesz csupaszítva. Természetszerű következménye ennek az, hogy a bél falzatában e helyeken circulationalis és táplálkozási zavarok állanak be, melyek *másodlagosan* perforatióra vezetnek.

Aetiologiájuk szerint *Mühsam* a bélsársipolyokat következőleg csoportosítja:

- A) Tályogmegnyitás után fenmaradó sipolyok;
- B) A féregnyúlvány-csonk hiányos ellátása folytán keletkező sipolyok;
- C) A bélfalzat átmaródása folytán (genyedés vagy tuberculosis következtében) és
- D) 1. a bélfalzatnak műtét közben történő megsértése vagy 2. serosa-leválasztás folytán képződő sipolyok.

Az A) és B) csoporthoz tartozó esetekre *Sonnenburg* 30 példát hoz fel; ezeknél a sipoly rendszeren úgy származott, hogy a tályog megnyitása alkalmával a gangraenosus féregnyúlvány a genygyel együtt észrevétlenül távozott.

Az én eseteim közül az A) csoportba sorozható két esetem. Egynél (12. sz.) a gangraenosus proc. vermiformis distalis része mindenképpen szerint a genynyel spontan kilöködött, mire bélsársipoly keletkezett, mely azonban néhány nap múlva önként záródott. Egy második esetben (5. szám) tályognyitás után bélsársipoly keletkezett, de a beteg meghalt. Ide tartozik továbbá a 29. sz. eset is, hol a perforált féregnyúlvány állandó bűzös genyedést tartott fenn. A féregnyúlvány resectiója teljes gyógyulást eredményezett ép úgy, mint a 32. sz. esetben, a melynél szintén sipolyképződés miatt másodlagosan kellett a féregnyúlványt eltávolítani. Ez utóbbi sipoly azonban csak egyszerű fistula volt bélsaras secretio nélkül.

A B) csoportba tartozik a 26. számú eset, mely egy 10 éves fiúra vonatkozik. Diffus peritonitissel párosult féregnyúlvány-gangraena miatt végeztem itt az eredeti műtétet. Az egész, hosszú proc. vermiformis el volt halva, 2 perforatiót és 1 bélsárkövet tartalmazott. Az amputatio látszólag egészséges részben, közel a vakbélhez történt, a csont pedig tipikus módon lett átvarrva. Nyílt kezelés. Lefolyás közben — mindenképpen szerint a genyedés folytán — a varratok átvágtak, kilöködtek és bélsársipoly jött létre, mely, mivel a vakbél lassan a bőr felszíne felé húzódtott, lapissal, perubalzsammal való kezelésre ugyan időnként begyógyult, de mindig újra meg újra kifakadt. A sipoly, bár keveset secernált, a fiút mégis igen zaklatta és ezért 10 hónappal később újabb műtetre került, mely alkalommal a sipoly bő feltárása után a két oldalt a hasfalhoz odanőtt, ectropiumszerűen kifordult vakbélcsontot óvatosan lepraeparáltam, tipikusan elvarrtam és invertáltam, mire a sipoly véglegesen gyógyult.

A C) csoportba *Sonnenburgnak* három genyedéses és három tuberculosus, tehát összesen 6 esete tartozik, melyeknél a műtét alkalmával a tályog megnyitása után bélperforatio konstataztatott, vagy pedig az átfúródás gyenge érintésre rögtön beállott. Ide tartoznak azon másodlagos perforatiók is, melyeknél a stagnáló geny a gyógyulás folyamán arrodálja a bélfalzatot, a mint ez eseteim közül néhányban (5. és 9. sz.) történt. Ezekhez sorolnám részemről a typhus-fekély perforatiója után fellépő sipolyokat is.

A D) csoportba tartozik *Sonnenburg* 10 esete, ezek közül 4 a bél direct sértése által jött létre. Megjegyzendő erre nézve, hogy *Sonnenburg* ezelőtt rendesen paquelin-nel nyitotta meg a tályogot, de ettől azután eltért.

A sipolyok nem mindig okoznak egyforma nehézségeket; néha a kivetett bélsár olyan kevés, hogy alig bántja a be-

teget, máskor pedig az egész bélsár a sipolyon át ürül. Értethető, hogy a követendő eljárásnak ezzel is kell számolnia.

Kevés váladéknál rendszerint tisztán tartjuk a környéket, a sipolyt tamponáljuk, 2%-os alum. acet. borogatásokat, meleg fürdőket alkalmazunk, melyek hathatósan előmozdítják a sarjadzást. Részemről ezek mellett előszeretettel használok gyenge lapis-, de különösen 30%-os perubalzsam-kenőcsöt.

Még azon esetekben is, a hol csaknem az egész bél-tartalom a sipolyon át ürül, *Sonnenburg* nagy sikerrel használta az állandó vagy protrahált fürdőket. A betegeket reggel 9 órától este 6-ig a vízben hagyja s azok itt esznek, isznak és alusznak is. Elgyengült, gyorsan kifáradó betegek reggel és este 2—3 óra hosszat maradnak a fürdőben.

Bámulatos, mint ő állítja, hogy ilyen módon igen nagy sipolyok is mily gyorsan gyógyulnak; néhány hét múlva rendszeren csak egy kis sipolyjárat marad vissza, mely sondára égetett lapissal kezelve, kellő kitartás mellett néha hónapok múlva, de mégis zárul.

Ha azonban ez nem vezet célhoz, újabb műtét van javalva; mozgékonyrá kell tenni a bélfalat és a bélhiányt elvarrni, mint az egyszerű sipolyoknál. A mennyiben ez sem használ, esetleges bélresectio jön szóba, a mi *Sonnenburg* és *Porter* által lett ajánlva és végső esetekben egyes bélrészletek kikapcsolását, működésen kívül való helyezését kell megkísérteni. *Eiselsberg* ezt három esetben végezte két gyógyulással.

Úgy látszik, hogy a bélsipolyok keletkezésénél a legnagyobb szerep a műtét *mikénti* keresztülvitelének jut. Jó, kifejlett technika és gyöngéd eljárás mellett sok esetben fogjuk azokat elkerülhetni. A fő az, hogy minden serosa-leválasztást rögtön el kell varrni, magát a féregnyúlványt pedig közvetlenül a vakbél alatt manchette-képzéssel kell resecálni, a csonkot gondosan elvarrni és a vakbélbe betüremelni, invertálni.

De ha egyszer a sipoly megvan s az oly sokáig áll már fenn, hogy önkéntes zárulására kilátás nincs, másrészt pedig lényeges mennyiségű bélsárt ürít, akkor operálni kell. Azon sipolyoknál, a melyek közvetlenül a proc. vermiformisba vezetnek, az utólagos resectio van javalva. Az utókezelésnél bővebb tamponade-ot kell alkalmazni. Ha a bélfal szakadó-kony, akkor a körülvevő álhártyákat vagy csepleszrészletet kell odavonni és a nyílást így elzárni.

Csak egy szót még a *diffus peritonitissal műtétre kerülő betegek narkotizálásáról és kezeléséről*. Az előbbi kimerült betegnél perhorreskálom, s ha csak lehetséges, *Schleich*-féle anaesthesia mellett végzem a bemetszést. Könnyű ez külö-

nösen akkor, ha a beteg elesett, sensoriuma nem egészen tiszta; ha azonban bő nyílást, esetleges ellennyílást is akarunk alkalmazni, úgy szükséges a narkosis, melynek tartama azonban lehetőleg rövid legyen, annyival is inkább, mert a diffus peritonitisek, a mint az ismeretes, nagy követelményekkel lépnek fel a szívműködést illetőleg. Megtörtént több ízben velem, hogy a narkosist megelőzőleg elég jó szívműködésű betegek, a műtétet követő 24 órában, különben tűrhető állapot mellett, hirtelen szívcollapsusban haltak el. Nem zárkozhatom el ezért azon benyomás elől, hogy a bódításnak része volt a szívgyöngeség előidézésében. Nagyon helyes ezért *Lange* azon ajánlata, hogy a műtétet direkte collapsusban ne végezzük, hanem várjunk 3—4 órát, míg a beteg kissé magához tér; különösen áll ez gyermekekre nézve. Az ilyen esetekben én rendesen, főleg ha a hasürben nagy a genygyülem, vagy a bal lumbalis oldalon, vagy a középvonalban még egy ellennyílást készítek, ezt nyitva tartom, steril gazzal tamponálom; ha a medenczében is van nagyobb genygyülem és a Douglast kidomborítja, akkor — nőknél — a hátsó hüvelyboltozatot perforálom és ezen át egy gummicsovét vezetek a medenczébe.

Nem tapasztaltam azonban, hogy eme bő nyílások valami nagyban befolyásolták volna a lefolyást. A hasüreget eddigelé ily esetekben nem öblítettem ki sem physiologikus konyhasó-oldattal, sem bórsavval, sem valami más antisepticummal. Tekintve azonban főleg az angol és amerikai autorok: *Cosh* és *Hawker* (9 diffus peritonitis közül 3 gyógyulás), *Brown*, de főleg *Mac Burney*nek már jelzett eredményeit és *Mayo Robson*t (6 diffus peritonitis közül 5 gyógyult meg), a jövőben megkísérlem a kimosást. Megjegyzem, hogy *Moynihan* és mások a hasür kimosását perhorreskálják, ezzel szemben *Carlston* legalább 10 liter, *Dahlgren* 40 liter physiolog. konyhasó-oldattal öblit. Az angolok ezenkívül 30—40 gramm magnés-sulf.-oldatot fecskendeznek a bélbe, azután 0.6 calomellel magas beöntéseket adnak, hogy lehető gyorsan ürülést idézzenek elő. A belek kiürítését én is nagyon fontosnak tartom. Különösen már napokig tartó folyamatnál, hol a belek renyhék, kimerültek, peristaltikájuk alig van, ép úgy acut bélelzáródásnál, mint itt bőven alkalmazom a vékonybélkaes bemetszését és szelek és bélsár bő kibocsátását, eddigelé ugyan nem nagy eredménynyel. Műtét után rögtön csőréket adatok *sennainfasummal* (25—40 : 300-ra); felülről ricinusolajat, ha a betegek nem hánynak.

Ezenkívül *hypodermoklysis*eket kapnak a betegek naponta 2-szer 4—600 gramm meleg physiolog. konyhasó-oldattal, melyek

kitünően hatnak és nagyban emelik a szívműködést és a közérzetet.

* * *

Közleményem végére értem. Reménylem, sikerült kimutatnom, hogy a modern sebészet nagy és fényes eredményeket ér el a legsúlyosabb főregnyűlványlobok kezelésében, különösen akkor, ha résen állva, karöltve halad a belgyógyászattal. Bizonyítja ezt ama körülmény is, hogy daczára annak, miszerint műtett eseteim általánosságban rendkívül súlyosak voltak, mint kimutattam, mind meggyógyultak, kivételével azoknak, a melyek elhanyagolt állapotban kerültek a műtőasztalra és amúgy is veszve voltak.

Véleményem szerint ugyan bármily korán operáljunk is, és operáljunk akár minden esetet, mindig fogunk találni olyan foudroyans megbetegedésekre, a hol a legagilisabb sebész is későn jő és a magam részéről pium desideriumnak tartom *Dieulafoy*-nak azt az ismert mondását, mely szerint: „*On ne doit jamais mourir d'appendicite*” vagyis „Senkinek sem szabadna vakbél körüli gyulladásban meghalnia”.

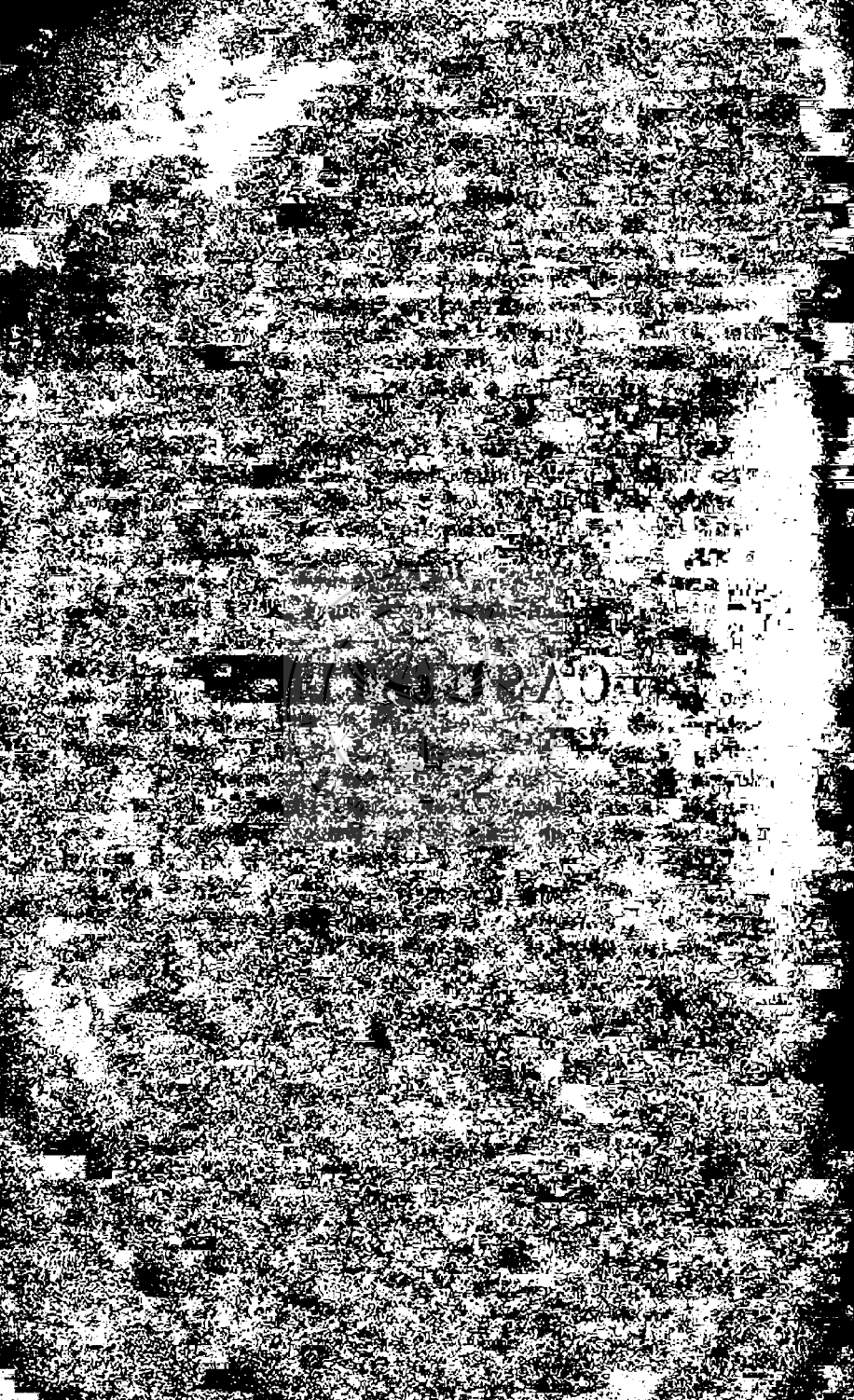
Miután másrészt kétségtelen, hogy concret esetben időelőtti beavatkozással határozottan árthatunk a betegnek, sőt azt veszélybe is sodorhatjuk, azt kell mondanunk, hogy csak az összes körülmények higgadt mérlegelése, a kórboncztni tünetek lehetőleg biztos diagnostizálása, a közérzet, pulsus, hőmérsék összevetése, a megbetegedés fellépésének és további alakulásának elbirálása képesitenek bennünket annak eldöntésére, hogy esetről esetre, óráról órára az egyes esetekben miként járjunk el legcélszerűbben.

Az indikált és gyorsan véghezvitt műtét mindig áldásos beavatkozás, maradandó vívmánya a sebészetnek, mely bizonyára sok ezer emberéletet fog még a halál torkából ki-
ragadni.

II. RÉSZ.

CASUISTIKA.





**A) Heveny féregnyúlványlob körülirt tályogképződéssel.
(Epityphlitis suppurativa circumscripta.)**

(1—18.)

Körülirt tályoggal complicált féregnyúlványlobot heveny esetben kétszer, subacut állapotban 16-szor, összesen tehát 18 esetben operáltam. Ha a megbetegedési stadiumot vesszük tekintetbe, a melyben ezen tályoggal complicált acut esetek kezelése alá jutottak, úgy azt találjuk, hogy a betegek rendszerint igen súlyos állapotban kerültek a sebészi osztályra, olyankor, a midőn vagy már huzamosabban a magángyakorlatban házilag kezeltettek, vagy hosszabb-rövidebb időn át a szent István-kórház valamelyik belosztályán álltak megfigyelés alatt. Hiszen a kórtörténetek futólagos áttekintése is mutatja, hogy kivétel nélkül súlyos esetekkel volt dolgunk; kitűnik ez abból is, hogy a 18 eset közül csak 1—1 lett a megbetegedés 5., illetőleg 6. napján operálva, míg a többi közül

1 a 10. napon

1 a 11. "

3 a 12. "

1 a 13. "

1 a 14. "

1 a 16. "

1 a 17. "

1 a 23. "

1 a 24. "

1 a 25. "

1 a 27. "

1 a 28. "

1 a 38. "

1 a 10. héten került műtetre.

A mint tehát ezekből látszik, tályoggal complicált acutabb eset a 10. nap előtt alig jutott hozzám. A tályog mindig tipikus metszéssel lett megnyitva és a féregnyúlvány ott, a hol ez könnyen ment, egyúttal kiirtva. Történt ez pedig 9 esetben (2., 3., 4., 9., 11., 15., 16., 17., 18. sz.). A 18 eset

közül meghalt kettő (5. és 9. sz.). A gyógyulási arány tehát igen kedvező, a mennyiben daczára az esetek túlnyomóan súlyos voltának, mégis 89%-ot tesz ki, a mi nem megvetendő eredmény, ha tekintetbe vesszük, hogy pl. *Halliday* a Prince Albert Hospitalból 100 esetről referálván, a tályogos esetekben a mi 11%-unkkal szemben 23% halandóságot mutat ki. Elhalt esetünk egyikénél a főregnyúlvány kiirtatott, a másikonál nem. Az első (5. sz.) egy 20 éves férfit illet, a ki a megbetegedés 13-dik napján került osztályomra. Az epityphlitis itt rendkívül súlyos alakban lépett fel, a mennyiben ez az első roham mindjárt a főregnyúlvány gangraenájával köszöntött be; a folyamat azután gyorsan elharapódzott, rázóhidegek, magas lázak, súlyos peritonealis izgatottság jelei álltak előtérben és utaltak a műtéti beavatkozás sürgösségére. Ekkor hirtelen javulás áll be, mire a környezet megnyugszik. A hetedik napon azonban újból ileusszerű tünetek lépnek fel, az állapot mind súlyosabbra válik és midőn végre a 12. napon a kórházba hozzák, a folyamat oly előreterjedt, a metastasisok oly sokszorosak (máj-, subphrenikus-, agytályog), hogy a beteg a műtétet követő 17. napon elpusztult.

Ez esetet kétségtelenül előbb kellett volna operálni.

A másik (9. sz.) eset egy 20 éves nőt illet, a kinél szintén mindjárt az első roham adott okot a beavatkozásra. A beteg rendkívül elhanyagolt állapotban, a megbetegedés 38. (!) napján került hozzám, midőn már előzőleg néhány napon át septikus tünetek (magas, 40,2°-ig terjedő hőemelkedések, rázóhideg, makacs hányás stb.) uralták a kórképet. Helybelileg a kérdést sikerült ugyan megoldanom, a mennyiben a meglehetősen localizált hasürbeli folyamatnak a vaginán és hasfalán át történt drainezése, mint a 13. sz. esetben, mindenek szerint itt is elegendőnek bizonyult volna; de az általános sepsis nagyon előrehaladt már és a beteg negyednapra meghalt.

1. *Epityphlitis perforativa medenczetályoggal.*

K. Hanna, 26 éves hajadon, Galicziából. Szülei élnek és egészségesek. Ő maga állítólag soha sem volt beteg. Havi baját 16 éves korában kapta meg, mely két napig tartott s azóta sohasem jelentkezett. 1895. május havában szült, szülés és gyermekágy rendes lefolyású. Ugyanezen időbe esik jelen bajának kezdete, a mikor is szél- és székrekedés, nemkülönben csikaró hasfájdalmak kínozták. Ezen fájdalmak mindjobban fokozódtak, étvágya teljesen megszűnt, hetek óta állandóan lázas, úgy hogy igen súlyos állapotban a szt. István-kórház egyik belosztályára vétette fel magát, honnan másnap 1895. szeptember 5-dikén, műtét céljából, osztályunkra tétetett át a következő jelenállapottal:

A teljesen elesett nőbeteg mellkasi szervei épek. Nyelv erősen bevont, étvágy semmi, többszörösen csuklás, hányás, szél- és székrekedés.

A has erősen puffadt, fájdalmas; a jobb hypogastrium és inguinalis tájékon egy körülbelül gyermekfejnyi, resistens, igen érzékeny, homályosan fluctuáló, tompa kopogtatási hangot adó tumor tapintható, mely már érintésre is igen fájdalmas. Per vaginam et roctum egy a jobb parametriumot elődomborító, határozottan fluctuáló resistentiát lehet tapintani. Mindezen tüneteknél fogva a diagnosist abscessus epityphliticusra tettük és 1895. szeptember 6-dikán aethernarcosisban betegem a műtétet végre is hajtottam.

Ez alkalommal — a körülbelül 17 cm.-nyi normalis metszés után — több mint 1½ liternyi geny ürült. A genytaskok egyrészt le a kis medencébe, másrészt pedig a köldök felé terjedtek. A betegnek decrepid voltánál fogva radicalisabb műtétet (proc. vermiformis resectio) nem voltunk képesek végezni, csakis a genyűröknek gáze-zel való kitamponálására szorítkoztunk.

Beteg láztalanná lett. A tályogűrök sarjadzás útján kitelődtek, szél- és székrekedések megszűntek és 1895. december közepén beteg gyógyultan hagyta el a kórodát.

2. *Epityphlitis perforativa, egy nagy retrocoealis, a veséig hatoló és két intraperitonealis tályoggal.*

G. Géza, 21 éves festő. Már kétszer szenvedett a jelen megbetegedéshez hasonló bajban, mikor is magas lázak és vakbél-táji fájdalmak által kísért szél- és székrekedés lepte meg. Jelen baja a felvételt megelőzőleg 14 nappal kezdődött székrekedéssel és csikaró fájdalmakkal. Később a kólikák a jobb inguinalis tájon hevesebbek lettek, magas lázak, rázóhidegek léptek föl, mire Stiller tanár és Kürmőczy dr. daganatot és hashártyagyuladást constataáltak. Az állapot rosszabbodásával beteg mindinkább elesett, sokat hányt és esuklott, úgy hogy végre műtét céljából osztályunkra került.

Felvételkor nyelv száraz, vastag lepedékkel bevont, végtagok hidegek, vitium cordis (a mitralis fölött erős fúvó zörej, szívtompulat lényegesen nagyobboldott), has puffadt, nevezetesen jobboldalt, már felületen nyomásra is rendkívül érzékeny, mely érzékenységgel kissé túlterjed a középvonalon. A jobb inguinalis tájon másfél ökölnyi igen fájdalmas, a légzési mozgásokat nem követő, mozgathatlan, homályos fluctuatiót mutató terimenagyobbodás tapintható, melynek határai befelé a középvonal, fölfelé a köldököt a 10-ik bordával összekötő vonal, kifelé a csípőtaraj, lefelé a Poupart-szálag. Legintenzívebb kopogtatás mellett tompulat a spina anterior superior fölött. Hőmérsék 39.6, pulsus 120, légzés 36. Végbélvizsgálatnál a kis medencze magasabb régióiban jobboldalt resistencia. Kétségtelen lévén, hogy nagyobb genygyülem van jelen — ha egyelőre eltokolt állapotban is —, a hasüregben, rögtöni beavatkozás szüksége forgott fenn.

Műtét 1896. márczius 15-én. Typikus metszés a Poupart-szálaggal párhuzamosan. A properitonealis szakadékonyság zsírszövet savóval erősen át van ivódva. Probapunctióra az ágyéktáj felé irányzott tű 2—3 cm. mélységből néhány csepp genyt aspirál. Mindenekelőtt a *retroperitonealis colon ascendens* mögött fekvő nagy *tályog nyitva* meg, melyből közel 1 l. igen büzös geny ürült. A tapintó ujj fölfelé laza, geny nyelv beivódott kötőszövetben egész a veséig hatol. A vakbél alsó sarkán a peritoneum áthajlási redője mellé a hólyag irányában öt ujjnyira megnyitvatván, ezen helyről, mely a *Bauhin-billentyű* alatt és előtt fekszik, körülbelül ¼ l. büzös geny ürült. E tályogűr kibovítása után a seb közepének felső zugában egy kis szilvanagyságú kerekded, kemény, genyes, fibrosus cszafatokkal borított test alakjában előbukkan a féregnyúlvány distalis részlete. Az appendix szabaddátétele alkalmával,

annak gyökétől fölfelé egy *harmadik* közel almanagyságú *tályog* nyitattik meg, mely természetesen intraperitoneal fekvé belkaesok által volt határolva. Közelebbi vizsgálatnál kitünik, hogy az appendix 2 cm.-re a csücsztől perforált, hogy a distalis csonek megvastagodott, duzzadt, szövetében is infiltrált, de szabad lumennel bir, míg a centralis vékonyabb részlet lumenében a nyákhártya begöngyöledött és összeforradni készül. A distalis csonek eltávolítása után a centralisból mintegy 2 cm. reszeáltatott és az amputációs csonek négy finom selyemvarrattal elzárattott. Az üregek steril gazezel való laza tamponálása után a seb mellső része öt isolált, elsilyesztett silkworm-izomvarrat és külön bőrvarratokkal elzárattott, míg annak hátsó része 4—5 cm.-nyi szélességben nyitva hagyatván, jodoform-esikkokkal tömösöztetett.

Lefolyás teljesen zavartalan. Közvetlen a műtét után a hőmérsék lecsik, beteg harmadnap teljesen láztalan és azontúl ilyen is marad. A steril gaze-esikkok rendszeres időközökben váltva lettek és a beteg négy héttel később teljesen gyógyultan, sipoly hátramarádása nélkül hagyta el a kórházat.

1899. július havában egészségesen bemutatkozik, műtét óta a vakbél részéről nehézségei nem voltak. Hassérve nincs.

Ezen eset classikus példája azon tályogos féregnyúlványloboknak, melyek műtét híján okvetlenül elpusztulnak. A vakbél és felhágó remese mögötti tályog már a veséig kúszott, míg az átfürödött féregnyúlvány körül két intraperitonealis tályog képződött. Mivel a kóros féregnyúlványt könnyen lehetett elérni, az rögtön kiirtatott, mire beteg teljesen gyógyult.

3. *Epityphlitis perforativa recidivans. Két bélsárkő.*

H. Ilona, 16 éves hajadon, Brassóból. 1895. október havában erős gyomor- és hasgöresei voltak, rázohidegek gyakran lepték meg, hasa puffadt, érzékeny lett, jobb végtagját mozgatni nem tudta, 4 héttig lázban feküdt. Azóta hasának jobb oldala mindig érzékeny. 1896. márczius havában újabb rohamok, melyek májusban éppen oly vehemensen ismétlődnek. Azóta folyton ágyban fekvő beteg, járni nem tud, állandóan lázas és folyton fájdalma van a has jobb oldalán, erősen lesóványodott. Állapota az utóbbi időben igen súlyosbodott.

Status. Has puffadt, jobboldalt nyomásra érzékeny, ugyanitt a hypochondriumot és mesogastriumot resistens, fájdalmas, a légzési mozgásokat nem követő, mozgathatlan, göröngyös felületű daganat foglalja el, mely fluctuatiót nem mutat. A daganat határai percutorice és palpatorice rendetlen körvonalakban mutatkoznak: befelé a Poupart-szalag közepétől a köldökig terjed, felfelé a bordaív alatt elvész, hátrafelé kitölti az ágyék és gerinceoszlop táját, mely táj a bal oldalihoz képest erősebb boltosodást mutat. A jobb lumbalis tájon homályos fluctuatio. A resistentia fölött a kopogtatási hang tompult dobos. Beteg járásnál jobboldal felé hajlott medenczével lép; a jobb végtag teljes kinyújtásánál a medence körülbelül 45°-nyi szögben emelkedik.

Műtét 1896. október 12-én chloroformnarkosisban. Eredetileg 12 cm. hosszú metszés 3 ujjnyira a spina ant. sup. fölött, párhuzamosan a Poupart-szalaggal, mely metszés később hátrafelé egyenes irányban továbbutó 8 cm.-nyi incisióval lett megtoldva. Az izomzat átmetszése után körülbelül 40 selyemligaturát kellett alkalmazni a nagy vérzés miatt, a mi a dolog erős chronikus lobos természetére mutatott. Meg-

nyitattván a hasfír körülbelül 8 cm. szélességben, kitünt, hogy az mellfelé és a kis medenceze felé szabad, míg a coecumnak külső oldalán a cseplesz szélesen odanőtt, hátsó oldalán pedig fel- és visszafelé kunorodva és teljesen megtörve fekszik a minden irányban megnagyobbodott és álszálagos adhaesiókba beágyazott féregnyúlvány, a mely centralis felében ampullaszerűen tágult, kökemény tapintatú. A retrocoecalis, azaz a mesocoecum 2 lapja közötti zsíros kötőszövet mellfelé majdnem a gerincoszlopig, felfelé egész a mélyen álló, fixált veséig, lefelé az os ileum egész tányérját kitöltve kökeményen, dudorzosan, mindenfelé átlag 10—15 cm. átmérőben infiltrált; az infiltratumokban még bimanualis tapintásnál sem lehet gyenget kimutatni. A metszés fentemlített tágitása és az adhaesiók megoldása után a féregnyúlvány mesenterioluma kettősen alákötött, a distalis vég felszabadított, a kiegyenesített appendix basisán csipővel lezorított és körülbelül 2 cm.-nyire az eredési helytől resecáltatott. A praeparálásnál kitünik, hogy a féregnyúlványból a megtörés helyén finom fistulosus ürmenet vezet ki a retrocoecalis, tehát a retroperitonealis üregbe, a melyben a bevezetett sonda 6 cm.-re halad fölfelé a vese irányában. A resecált appendix 8 cm. hosszú, ampullaszerűen tágult középrészében átmérője $2\frac{1}{2}$ cm., míg a fal vastagsága 4—5 mm. A distalis vég átmérője $1\frac{1}{2}$ cm. A centralis ampullában egy nagy körtealakú, szürkés-barna 2 cm. hosszú, ugyanilyen széles, felszínén fekete tüskékkel bevont kő foglal helyet, míg a distalis tágulatban egy tetraederszerű kisebb, 1 cm. hosszú és széles fekete kő található; a kettő között szürkés-fehér, régi vakolatszerű törmelék. A proc. vermiformis átmetszetéről kitünik, hogy ott a hol a kövek fekiüdtek, a nyákhártya erősen belövelt, sekélyen exulcerált, a falak vastagodottak, a megtörés helyén a vékonyodott falzatban fistulosus perforatio. A üregek nagysága miatt nyílt tamponade steril gaze-csikokkal.

Lefolyás. Rögtön műtét után a hőmérsék leesik és az első hat napon át nem is emelkedik a rendesen fölf., 7-dik nap az esti hőmérsék 38°40', 8-dik nap 38°20', a 9-dik napon láztalan, 10-dik nap 39°10', 11. és 12. nap 38°6'—38°80'. — Ekkor a jobb lumbál tájékon, prominens, érzékeny helyen próbabeszúrást ejtünk, a melyre almanagságú genygócz nyílik meg. Ezentúl akadálytalan gyógyulás, műtét után 6 héttel nyílt kezelés mellett a sebek behegedtek, beteg teljesen ki tudja nyújtani a lábát, úgy hogy fenjárva hagyja el a kórházat.

Ez alkalommal igen elhanyagolt esettel volt dolgunk, melynél az átfúródás kétségtelenül már az előbbi rohamok valamelyikénél állott be. Erre vall az átfúródás és két bélsárkó jelenléte mellett, melyek egyike stalaktitszerű, másika tetraederformájú és csiszoltlapú volt, azon hatalmas kérges kötőszöveti túltengés, mely minden bizonynnyal az eredetileg is retrocoecalis tályog eltokolása közben képződött. Ilyenmü vastag kérges tokkal bíró tályogok, melyeknél későbbi időben operálva sipolyos ürjáratú, kevés gyenget tartalmazó góczokra bukkanunk, rendkívül rossz gyógyulási hajlammal bírnak, mert a kemény fal miatt a tályogűr nem esik össze, renyhén sarjadzik és nehezen alagcsövezhető. E körülménynek tudható be, hogy az utókezelés alkalmával a jobb lumbál-tájón újból egy almanagságú tályogot kellett megnyitnunk.

E helyen ki akarom még emelni, hogy, mint ez eset is

bizonyítja, a jobb czomb flexiója epityphlitiseknél retroperitonealis lobosodásra utal.

4. *Epityphlitis perforativa hasürbeli tályoggal.*

B. Anna, 24 éves cseléd Szempieczi. Jelen bajáig mindig egészséges volt. Felvétele előtt 16 nappal étvágytalan lett és hirtelen magas lázzal, nagy fájdalmak lepték meg a hasban, melyek különösen a vakbél tájékára koncentrálódtak. Ugyanekkor szél- és székrekedés, valamint erős csuklás négy napon át. Ezért Korányi tanár klinikájára vétette fel magát, hol azonban jégborogatások és belső szerelés daczára állapota folyton rosszabbodott, fájdalmai nagyobbodtak és a csukláshoz gyakori hányás is társult, hasa puffadt lett, a miért is műtét czéljából osztályunkra tétetett át.

Felvételkor a mesogastrium és hypogastrium jobboldalt kissé erősebben elődomborodó, ugyanitt a köldök magasságától lefelé egészen a Poupart-szalagig az abdomen feszesebb, nyomásra igen érzékeny. A feszes resistentia, mely fölött a kopogtatási hang tompult dobos, a jobboldali lumbalis régióba követhető, a köldök táján gömbyszerű, felfelé convex vonallal határolható, míg a hólyag táján kissé élesebb szegéllyel bír. Fluctuatio ki nem mutatható. Vaginalis vizsgálatnál a jobb parametrium előrenyomul, letolja a hüvelyboltozatot, pastosusan infiltrált, nyomásra érzékeny. Az uterus mozgatósi kísérleteknél igen érzékeny. Végbélen át a Douglas kissé elődomborodik, jobboldalt nyomásra nagyon fájdalmas. Pulsus 120, légzés 28.

Műtét: 1897. márczius 21-dikén chloroform-narcosisban. 20 cm. hosszú tipikus rézsutos metszés. Fascia transversa alatt a zsírszövet erősen infiltrált. Probapunctio genyet mutat. A peritoneum a seb hosszúságában megnyitattván, erős sugárban igen bűzös rothadt szagú geny szökik elő. Kiderül most, hogy egy a hasfal és a belek összetapadása által képezett, vastag régi fibrosus álhártyákkal bélelt, almanagyságú üreget nyitottunk meg, a melynek külső falát fali hashártya, belső falát összetapadt ileum-kacsok képezik, míg hátul az elődomborodó vakbél határolja. A feregnyúlvány felkeresése czéljából a hashártya sebet felfelé kissé tágitani kellett. Az appendix közvetlenül a fali hashártya alatt vastag fibrosus álhártyák közé ágyazva fekszik, melyekből kihámozva megtaláltuk a kölesnyi perforatiót, körülbelül 6 cm.-re a feregnyúlvány vak végétől. Ezen hely alatt 2 cm.-re Kocher-csipővel leszorítottuk és amputáltuk a processus vermiformist. A szorító csipőt helybenhagytuk, mert a mély fekvésű csont varrásánál okvetlenül hártás összenövést kellett volna fellazítanunk, a mitől, tekintettel az esetleges infectio veszélyre, tartózkodni akartunk. A sebet ezután bőrvízzel kiürítettük, alsó harmadát három silkworm-varrattal egyesítettük és az üreget jodoform-gaze-zel tamponáltuk. Műtét tartama $\frac{3}{4}$ óra.

Lefolyás Közvetlen a műtét után apyrexia, beteg állandóan láztalan is maradt. Közérzet rögtön a műtét után kitünő, műtét előtti heves fájdalmak nagy mértékben csökkentek, ép úgy a meteorismus. Nyomásra csak a műtét környéke fájdalmas. Pulsus 100, légzés 24. Másodnap spontan, bő híg szék szelekkel, nem hány, nem csuklik, has puha, nyelv még kissé bevont. Ezentúl állapot lassaukint javul, pulsus és légzés normalissá lesz, negyednap a helybenhagyott pince eltávolíttatik. Ötödnap kétszer hány, kötésváltoztatásnál bő genyedés, kitünő közérzet. Ezentúl zavartalan gyógyulás, úgy hogy május 9-dikén teljesen gyógyultan hagyta el a kórházat.

Daczára tehát, hogy a csont mély fekvése és álhártyás összenövések miatt nem lett tipikus módon elvarrva, hanem

csak csipetével három napon át leszorítva, akadálytalan gyógyulás sipoly visszamaradása nélkül.

5. *Epityphlitis perforativa gangraenosa subphrenikus, máj- és agytályoggal. Halál.*

F. Sándor, 20 éves, kőműves, Kecskemétről. Négy éves korában hólyagos himlő. Jelen baja 13 nap előtt kezdődött lázzal, rázó hidegekkel és hasmenéssel, hasa felpuffadt, fájdalmas lett, csuklott, hányt, szelek időnként megrekedtek. Csekély javulás után 6 nap előtt ismét súlyosbodott az állapot, teljes szél- és székrekedés, lázak, úgy hogy a Szt.-István-kórházba vettette fel magát.

Felvételkor nagyfokú elesettség; a különben jól táplált beteg alhasa, különösen jobboldalt elődomborodó, puffadt, feszes, érintésre főleg a vakbél tájékán igen érzékeny, bőr nem oedemás. A crista és a Poupart-szálag külső része fölött befelé convex szélekkel határolt, tömört, ökölnyi resistentia érezhető, mely a hólyag felé élesebb határ nélkül elmosódik. A jobb hypogastriumban a Poupart-szálag középső és belső harmadának találkozásánál kezdődő, fölötte körülbelül öt ujjnyi szélességben a hólyag felé húzódó, a középvonalt két ujjal túlhaladó tompult zóna, mely a beteg helyzetváltoztatásakor is megmarad. A baloldali lumbális tájon érzékenység és tompulat, a mely helyzetváltoztatásnál szintén megmarad.

A rectalis vizsgálatnál a Douglas-üreg jobb felében fájdalommasság és resistentia mutatkozik. Vizeletben mérsékelt mennyiségű indican, kevés fehérynec.

Műtét 1897. április 8-án. 18 cm. hosszú, rézsutos metszés a Poupart-szálag fölött, miközben a praeperitonealis szövetek serosus imbibitiót mutatnak. A megvastagodott és szintén lobos fascia transversán keresztül a typhlon tájéka felé irányzott Pravaz-tűvel sárga genyt kaptunk. Midőn ezt kibocsátjuk, körülbelül $\frac{1}{2}$ l. sárgás-zöld, bűlsárszagú geny ürül egy nagy férfiokölnyi, főleg lefelé, a hólyag felé terjedő tályogürből, melynek felső része a vakbél, illetve a felhágó vastagbél alatt és attól mellfelé fekszik, aláfelé pedig kiszélesedve a kis medenczébe követhető, hol balfelé a flexura sigm. képezi határát. A tályogfúr fala vastag rostonyás álhártyákkal borított. A proc. vermiformist nem találtuk meg, annak keresése pedig a műtét lehetőleg gyors befejezése miatt nem forceiroztatik. Ezután a tályogfúr alsó, a hólyag felé eső részébe ujjnyi vastag drain vezetettett, a melyet köröskörül steril gaze-esikokkal tamponálunk, a seb felső harmadát pedig három silkworm-varrattal egyesítjük.

Lefolyás. Műtétet követő nap beteg elég jól érzi magát, de láztalan nem lett, esti hőmérsék 38.6°. Hányás és csuklás teljesen elmaradtak, nyelv száraz, szelek glycerin klysmára több ízben távoznak, alhas még mindig feszes, vizeletet katheterrel kell kibocsátani. Harmadnap spontan vizelet, has lelohadt, fájdalmak csökkentek, gaze-esikok lazítottak, pulsus 92, légzés 16, esti hőmérsék 38.3°. Negyednap euphoria, drain eltávolítottak, friss tamponade, has fájdalomtalan, esti hőmérsék 38.1. Ötödnap teljes euphoria, nyelv tiszta, pulsus 64, légzés 16, kötés-változtatásnál a sebürege fenekén a proc. vermiformis látható, melynek peripherikus $\frac{2}{3}$ -a nekrotizált elhalt csöfatokban lóg le, felfelé demarcationalis gyűrű által elhatárolt. A következő hét napon át teljes jólét és jó táplálkozás, beteg gyarapszik; feltűnő csak az, hogy nem teljesen láztalan, a mennyiben az esti hőmérsék mindig 37.8—37.9°-ig emelkedik.

Tizennegyedik napon az alhási táj jobb- és baloldalt, valamint a symphysis fölött igen érzékeny — tompulat e helyeken nincs —, a seb

tiszta, egy helyen csekély retentio. Tizenötödik napon hirtelen hőemelkedés 39.5^o-ig, nyelv száraz, has puffadt, a bal hypogastrium körülírt helyen igen érzékeny, feszes, tompulat, resistentia nem mutatható ki. 23-án rázó hideg, 40.6^o hő, baloldalt a scapula csücséig terjedő *exsudatum pleuriticum*. 24-én nagy elesettség, hő állandóan 39^o fölött. Punctionál baloldalt tiszta, sárga savó ürül a mellüregből. A mellső seabaj közepén finom sonda számára átjárható fistula, melyből bélsár ürül. A hasseb környezete reactionélküli, a genyedés minimalis, naponta többször spontan szék. Exitus.

Bonczlelet. (Genersich tanár.) Has kissé puffadt. Cseplesz alsó része az inguinalis tájhoz odanőtt. Belek egyes helyeken összenöttek. Hashártyán helyenként palaszürke foltok. A bal csipővájulatban, a symphysis mellett, a középvonalon túl kissé jobbra terjedőleg tyúktojisnyí, genyet és nyákos bélsárt tartalmazó tályog, melynek falát elől a húgyhólyag, hátul baloldalt a flexura sygmoidea, jobboldalt a symphysishez odatapadt és egymással is összenőtt vékonybélkacsok képezik. A tályog falát czafatos, szennyes-szürke, kérges szövet képezi. Belek lefejtés közben könnyen szakadnak. A proc. vermiformis 10 cm. hosszú; 2 cm.-nyi részlete derékszögben megtört; ez a szöglet az inguinalis heg felé van húzva, oda vékony, palaszürke szálaggal rögzítve és e helyen leginkább vékonyodott. Felmetszésénél kitűnik, hogy szabad vége fölött 4 cm.-re két, kölesnyi gödrös van jelen, melyek közül a felső egy a nyákhártya alatt centralis irányban futó, 2 cm. hosszú perforációs sipolyba vezet, míg a másik a feregnyúlvány falán keresztül ama kötőszöveti szálagban vakon végződik, mely a proc. vermiformist a heghoz rögzítette. A két gödrös között 3—4 mm.-nyi hid van. Jobb tüdő felfűt; bal tüdő alsó részlete izomtapintatú, majdnem teljesen légtelen s alapja egy nagy üreg falát képezi, mely a rekesz elpusztulása után a lép, gyomor és máj bal lebenye között létre jött. Az ür falzata czafatos, a lép a savós burok szétmállott, úgy hogy a parenchyma mezitelenül fekszik elő. A máj bal lebenyében egy ama nagy ürrel összefüggő ökölnyi és egy másik tyúktojisnyí bűzös errel telt tályog. A gyomor hátsó falán 4 cm.-re a cardia alatt egymás mellett 3 lenesényi, továbbá jobb falán rajzszögfej nagyságú lyuk a nyákhártyán. Azon helyen, hol a gyomor az eves ür falát képezte, savós hártája és izomzata nagy kiterjedésben fel van marva. Flexura sygmoidea alsó részében borsónyi, sima, kifelé fordított szélly lyuk, mellette két másik nagyobb nyílás, melyek a leírt tályog-ürbe vezetnek. Az agy bal homloklebenyében tyúktojisnyí, 35 gr. genyt tartalmazó üreg, szomszédságában az agyállomány ellágyult, mellette egy diónyi lágy fallal bíró abscessus, mely a bal oldalgyomrocis lehágó szarvába betört. *Diagnosis.* Abscessus subphrenicus sinister et abscessus hepatitis tres cum perforatione ad ventriculum. Peritonitis saccata cum perforatione flexurae sygmoideae tuplice in sequentem appendicitidis perforativae gangraenosae duo menses ante obitum operatae. Abscessus cerebri.

Ezen esetben egy elhanyagolt és elharapódzott genyes folyamattal volt dolgunk, mely, a mint látható, már kezdettől fogva a legsúlyosabb tünetekkel, ú. m. magas lázzal, rázó hideggel, súlyos peritonitikus izgatottsággal indult meg. Már maguknak ezen jelek összességének fel kellett volna kelteni a szorgos megfigyelőben az átfűródő feregnyúlványlob gyanuját. A rövid csalóka javulás után a megbetegedés hetedik napján beállott ileuszerű tünetekkel való súlyosbodás pedig épen-

séggel vészthozó lett a betegre nézve, mert csupán az ezen időtájt végrehajtott gyors műtėti beavatkozás adhatta volna meg a betegnek a gyógyulás lehetőségét, a mennyiben a metastatikus góczok lerakódása valószínűleg ez időtájt következett be.

Ezen még aránylag kedvező időpont elmulasztásával a hat nappal később végrehajtott műtét (beteg a műtétet megelőző estén lett osztályunkra szállítva) már csak rövid időleges javulást eredményezett. Műtétet követő 14-ed napig a beteg aránylag jól érezte magát, mert az operatio alkalmával egy nagy bűzös tályogűr lett feltárva és kitisztítva. Feltűnő volt azonban, hogy a defervescentia nem volt teljes és állandóan kisebb esti hőemelkedések mutatkoztak. Ezen időn túl súlyos pyaemia tünetei praevaleáltak, melyek szorgos összegezéséből a halált megelőző napon lehetett volna ugyan subphrenikus tályogot körisméznünk; de tekintetbe véve a boncsolásnál lelt hatalmas elváltozásokat, a májtályogot és a minden symptoma nélkül fejlődött agytályogot, egészen bizonyos, hogy a beavatkozás eredménynyel nem járt volna.

A diagnosis lehetőségére nézve ki akarom még emelni, hogy a lefolyásnál a rázó hidegek, a magas lázak, a has érzéketlensége, a pleuritis fellépése a műtét utáni 15-ik napon, de különösen azon körülmény, hogy a punctio savós izzadmányt eredményezett, arra kellett volna hogy tereljék a gondolatmenet irányát, hogy a rekesz alatt genyes folyamat propagálódik, a mely legnagyobb valószínűség szerint a vér-edények útján és a nyirkpályákon át kúszott fölfelé és subdiaphragmális tályog alakjában jelentkezett, esetleg a máj parenchymájában fellépett abscessusra adott okot.

Akkoriban még nem voltak azonban olyan bő tapasztalataim az epityphlitis complicatiói tekintetében, nem voltam annyira beavatva a serosus pleuralis izzadmány diagnostikus jelentőségébe éppen olyan esetekben, a hol magas lázak és rázó hidegek forognak fenn, a melyek esetleg az eredeti abdominalis megbetegedéssel lehetnek összefüggésben. Ma már meg vagyok győződve, hogy az ilyen serosus exsudatumok nem egyebek, mint lobos reactiv folyamatok, melyekkel a pleura, épp úgy, mint a peritoneum, visszahat akkor, ha közelében genyes széteső processusok fejlődnek acut módon. Ezen tünet számbavételével utóbbi időben több ízben volt alkalmam máj- és subphrenikus tályogokat diagnostizálni ott, a hol más tünetek jóformán teljesen hiányoztak, úgy hogy meggyőződésem, hogy hasonló tünetcsoport létezésénél a sebésznek szigorú kötelessége több, esetleg 4—5—6 neki alkal-

masnak látszó helyen hosszú tüvel mély próbabeszúráásokat ejteni a gyengécsok kiderítésének elősegítésére.

6. *Epityphlitis suppurativa retrocoecalis tályoggal.*

T. Tibor 3 éves fiú Budapestről. Családjában tuberculosis nem fordult elő. Kanyarót és torokgyuladást állott ki, 2 éves kora óta székrekedésben szenved, melyet hasmenések váltanak fel. 1897. július 24-én székrekedés, 25-én soporosus, 26-án *Szontágh* tanár magas lázat constatál és laxanst rendel. Azóta folytonos lázak, hol intermittáló, hol remittáló jelleggel, gyakori borzongás, egyszer nagyobb rázó hideg, has nagyon fájdalmas, jobboldalt, különösen a vakbél táján, nyomásra rendkívül érzékeny. Az utóbbi napokban a jobb alsó végtagot behajlítva tartja, a láb nyújtása fájdalmas, ágyban jobb oldalra fekszik.

A sanatoriumba való *felvételt* az egészen lesoványodott fiúgyermek étvágytalan. Has erősen puffadt, feszes, fájdalmas, különösen a jobb hypochondrium és a jobb csipő tövis körüli rész, mely helyek elődomborodnak és tészta tapintatúak. A jobb láb 120° alatt behajlított, kinyújtásakor a gyermek sikolt, gerincoszlop és csipőizület épek. Augusztus 6-án *Bókay* és *Szontágh* tanárokkal együtt narcosisban vizsgálva a beteget, úgy találtuk, hogy az infiltratio a jobb hypochondrium-ban a Poupart-szálag közepéig terjed. Csipőtaraj fölött kis helyen fluctuatio, hol a beszűrt Pravaz-tű bűzös gennyt hoz ki.

Műtét: augusztus 6-án. Normalis metszés a Poupart-szálag külső harmadától a csipőtaraj fölött hátrafelé. Az izomzat átszelése után egy a cecum aljából kiinduló nagy tályogűr nyitattik meg, a melyből körülbelül $\frac{3}{4}$ liter geny ürül.

A tályogűr egyrészt a kis medenceze felé, másrészt a mesocoeum és mesocolon lapjai között a máj alá és a vese felé vezet, sok tasakkal bír, különösen intraperitoneal mellső elhelyeződésében, hol vastag állhártyák által határoltatik, melyek között egy kis ujjnyi képlet a cecum belső oldalán a processus vermiformisnak imponál. E képlet azonban az erős összenövések miatt nem reszecáltatik. Kiöblítés steril vízzel, a seb részleges elvarrása, steril gáze tamponade.

Lefolyás teljesen normalis, beteg a műtét után rögtön láztalan lesz és az is marad. 4 hét alatt teljes gyógyulás.

7. *Epityphlitis suppurativa traumatica.*

T. Antal, 11 éves tanuló Budapestről. Jelen bajáig mindig egészséges volt. 12 nappal ezelőtt tanítója megverte és a dobogó felé lökte. Következő éjjelre erős hasfájdalmak léptek föl, melyek később annyira fokozódtak, hogy a szülők orvost hívtak. A megbetegedés 3-ik napjától kezdve a fájdalmak a jobb alhas, különösen a vakbél táján jelentkeztek. Gyakran hányt. szél- és székrekedés, lázak, az alhas érintésre igen érzékeny. Hashajtóra széke volt. Egy héttel ezelőtt a vakbél táján daganat képződött, melynek érzékenysége és terjedelme azóta naponta nőtt. Utóbbi napokban rendetlen lázak.

*Felvételt*kor, 1897. október 22-én reggel, a jobb Poupart-szálag fölött a spina anterior superiortól mellfelé férfőkölnyi elődomborodó daganat, mely mellfelé 3 ujjnyira haladja túl a középvonalat, fölfelé pedig 2 ujjal a köldök magassága fölé ér és fluctuatiót mutat. A daganat fölött a kopogtatási hang tompa. Analis vizsgálatnál a Douglas erősen ledomborodott, puha tapintatú katheterrel kevés tiszta normalis jellegű vizelet. Hőmérsék 40.3, pulsus 124.

Műtét ugyanaz nap. 10 cm. hosszú tipikus rézsútos metszéssel hatalmas tályogűr nyitattik meg, mely a vakbél által határoltatik, mell-

felé vékonybélkacsok között foglal helyet, lefelé pedig mélyen a *kis medenczébe* *beterjed*. $\frac{3}{4}$ liter bűzös geny. A feregnyúlvány nem lelhető fel biztosan, valószínűleg egy ujjnyi vastag képlet a seb felső zúgában felel meg neki. Minthogy azonban ennek kihámozása az organizált álhártyák közül könnyen a szabad hasír megnyitásával járhatott volna, reszecálásától elállottunk. Tanponade steril gazzel, vastag csik a kis medenczébe.

Lefolyás teljesen zavartalan. Közvetlen a műtét után a hőmérsék lecsik 36.2—35.5 és a beteg ezentúl is állandóan láztalan marad. Másnap közérzet már igen jó, has nem érzékeny, fájdalmak nincsenek, szelek mennek. Harmadnap a csikok rövidítettnek, nyolczadik nap a seb tisztán sarjadzik és november 22-én beteg kis granuláló felülettel a kórházból elbocsáttatik.

Érdekes ez esetben a baj traumatikus eredete, a mi annál szembeötlőbb, mert a gyermek jelen megbetegedéseig állítólag mindig egészséges volt.

8. *Epityphlitis suppurativa recidivans.*

A. Salamon, 46 éves ügynök, Vág-Újhelyről. 1897. júniusig egészséges volt. Ekkor jobb alhasában hirtelen heves fájdalmak léptek fel, hashajtók daczára 12 napon át szél- és székrekedés, hasa felpuffadt, étvágytalanság, hányinger. Ezután teljesen jól érezte magát ugyanezen év december 3-dikáig, a midőn hirtelen ismét nagyon rosszul lett, heves szűrő fájdalmak a vakbél táján, szél- és székrekedés, úgy hogy 8 napig ágyban feküdt. Nem hányt, nem esuklott. Kilencz napi relativ jólét után december 20-án rázó hideg, mely 2 órán át tartott, heves fájdalmak a typhlon táján lázzal, böfögéssel, esuklással. A vakbél táján folyton növekvő fájdalmas duzzanat. Állapota rosszabbodván, december 30-án a kórházba vétette fel magát.

Feleltékor tüdő-emphysema, nyelv száraz, has kevésse puffadt, vakbél-táj jobban elődomborodó, ugyanitt nyomásra érzékenység. A Poupart-szálag fölött kis tenyényi körülírt, fölfelé domborúan elhatárolt resistentia tapintható, melynek közepe fölött a bőr kissé oedemás, nem feszes, nincs elszínesedve. Ugyanitt 2½ ujjnyi tompulati zóna. Analis vizsgálatnál kevés érzékenység a jobb linea innominata táján. Vizelet normalis.

Műtét 1897. december 31-én. 15 cm. hosszú tipikus metszés a Poupart-szálag fölött. Probapunctióra sárgás geny. A hashártya megnyításakor körülbelül 150 gramm sűrű, sárga, bűzös geny ürül egy a vakbél fölött levő kis ökölnyi tályogürből, melyet a szabad hasír felé vastag álhártyákkal összenőtt belek határolnak el. Alsó zúgában körülbelül diónyi recessus húzódik a vakbél felé. Hasonló recessusa van a tályognak a vakbél fölött a lumbális tájon is, egy harmadik pedig befelé, a vékonybelek összetapadt kacsai között. A feregnyúlványt keresendő egy a vakbél és hasfal között húzódó göröngyös képletet irtottunk ki, mely azonban közelebbi vizsgálatnál nem bizonyult appendixnek. Miután hosszabb óvatos keresés daczára sem találtuk meg a proc. vermiformist, a sebüreget jodoformgazezal kitamponálva, a hasseb alsó két harmadát silkworm-varratokkal egyesítettük.

Lefolyás teljesen láztalan és zavartalan. Harmadnap a jodoform-csikok steril gazezal pótoltnak, 6-dik nap a sarjadzás megindult, genyedés csak a felső sebzúgból történik, 10-ed napra a secretio minimális, a seb sparadrap csikokkal összehúztatik, 14-dik napon sejt kivánságára 2 cm. mély granuláló sebfelülettel idő előtt elbocsáttatik.

További 17 nap lefolyása alatt a sipolynylás teljesen begyógyult.

9. *Epityphlitis suppurativa medenczetályoggal. Septhaemia.*
Halál.

F. Mari, 20 éves cseléd, Indiából (Bács-Bodrogyamegye). Két évvel ezelőtt szült. Jelen baja 1897. december vége felé kezdődött, midőn jobb alhasából kiinduló fájdalmak léptek fel, melyek azóta igen gyakran ismétlődnek. Ugyanakkor lázak; széke rendetlen lett, de nem hányt, nem csuklott. Állapota nem javulván, 1898. január elején a szt. István-kórház belosztályára került, hol fájdalmaihoz és a lázhoz vizeleti zavarok is társultak. A műtétet megelőző utolsó napon az esti hőmérsék 39.6—40.2° között ingadozott, beteg rázóhidegek közben többször hányt, hasa puffadtabb és fájdalmas lett, folytonosan csuklott.

Felvételek a sebészi osztályra diffúz bronchitis, alhas elődomborodó, jobboldalt erősebben. Ugyanezen táj egész terjedelmében feszes, nyomásra fájdalmas, vizsgálatkor egészen a középvonalig terjedő 3 tenyérnyi resistentia tapintható ki, a mely fölött a bőr normalis színű, nem oedemás. Kopogtatási hang tompa. A tompulati zóna felső határa a csipő tövis fölött 3 harántujnyira kezdődik a csipő tarajon, innen fölfelé domború vonalban fut a köldök magasságáig, honnan hirtelen meredeken ieszáll és a középvonalat alig haladva túl jut a symphysisig. A mélyben homályos fluctuatio érezhető. — Vagina középtág, portio süllyedt, méh retrolectált, fundusa a Douglasi és a jobboldali fornixot teljesen kitöltő, ledomborított, kemény tapintatú, nem fluctuáló resistentiába ágyazott, oda fixált, nem mozgatható. A méh kissé balfelé helyeződött, a bal parametrium is erősen infiltrált. Anális és vaginalis combinált vizsgálatnál a Kohlrausch-féle redő tájékán a vagina és rectum közötti tér *tészta* tapintatú, az ujjbenyomatokat megtartó exsudatummal kitöltött, a mely a rectumot e helyütt boltozatszerűleg áthidalja s úgy jobb-, mint balfelől széles alapon odatámaszkodik a medence falához. Fölfelé közvetlenül folytatódik a méh jobb oldalán lévő terimenagyobodásba.

Műtét 1898. január 28-dikán. 15 cm. hosszú rézsutos metszés egy ujjnyira a Poupart-szalag fölött. A hasfal képleteinek átmetszése után a megvastagodott és beszűrődött fascia transversa a vele lobosan összenőtt hashártyáról tompán leválasztatott. Daczára annak, hogy az előttünk fekvő hashártya és a mögötte lévő képletek lobos beszűrődése és tömörsége határozottan genyegőz jelenlétére mutattak, próbapunctióval genyet e helyütt nem nyertünk, bármily mélyre szúrunk is; csak midőn le- és alafelé, a csipőtányérról iparkodtunk a hashártyát tompán leválasztani, akkor nyílt meg egy hosszúka, lefelé a csipőtányér középeig, fölfelé a felső csipőtövis fölé két ujjnyira terjedő, de itt vakon végződő, igen vastag, szalonnás külemű, fehéres pyogen membránával kibélelt tályogüreg, melyből körülbelül 200 gr. sűrű, sárga, de nem nagyon bízós geny ürült. A tályogfűrt felülről a lobosan megvastagodott, igen compact fibrinosus alhártákba beágyazott appendices epiploicae borította, fenekét pedig a vakbél ampullája, a szomszédságból odatapadt bélkacsok képezték. Ezen képletek között hosszas keresés és praeparálás után a vastag fibrinosus alhártákba beágyazva felülről, kívülről le- és befelé húzódó hengeres képletet: a feregnyúlványt hámoztuk ki, a melynek hegyes vége a Douglas felé fixálódott; ennek felszabadításakor a Douglas-üregét kitöltő, gyermekfejnél is nagyobb tályogfűr nyílt meg, mely az első ízben előbukkant tályoggal a feregnyúlvány csúcsának leválasztási helyén kis ujj számára átjárható, az összetapadt belek által képezett csatornán át közlekedik. A feregnyúlvány maga meglehetősen épnek látszott, nem volt megvastagodva, perforációs nyílást nem mutatott; mindazonáltal az alhártákban 6 cm.

hosszúságban kihámoztuk és itt Kocher-csipővel leszorítva reszecáltuk, alakítottuk, a csontot pedig két sero-serosus finom selyemvarrattal bezártuk. Most az említett közlekedő csatornán át a Douglas tályogürebe hosszú görbe makkfogót vezetünk, ezt a hátsó fornixon át közvetlenül az uterus mögött kiböktük és az így képezett nyíláson át a vaginából kisujjvastagságú draincsövet húztunk a vakbél mögött fekvő tályog-űrbe. A műtét alatt a belek gondosan védve lettek, ahol bélösszetapadás erőszakosan megoldva nem lett.

Lefolyás. Közvetlenül a műtét után a hőmérsék nem esik le a remélt módon, a mennyiben a hőfok 39.1 és 38.6° között ingadozik. Betegnek időnként a műtett helyen nagy fájdalmak vannak, többször hány, szék- és szélrekedése van. A műtétet követő napon állapota elég tűrhető, jóformán állandóan láztalan, legmagasabb hőmérsék 37.5°, pulsus 120, respiratio 20, kevesebbet csuklik, has csupán a műtett helyen érzékeny, puha, resistentia csökkent, gáze-csikok lazíttatnak, miközben kevés váladék ürül. Az egész bal tüdő fölött azonban diffuse nedves szörtyzörejek hallhatók, tompulat ugyanitt nines.

Priessnitz a mellkasra és belsőleg Ipecac.-főzet. Harmadnapra beteg sokat hány, csuklik, állapota lényegesen rosszabbodott, has puffadtabb, szelek alig mennek, sklerák sárgák. A hőmérsék subnormalis: 35.1°, pulsus 120, resp. 28. Negyednap állandóan subnormalis temperatura mellett az ütélrölkések száma rendkívül gyarapszik, sklerák intenzív sárgák, sensorium teljesen zavart és mindennemű szerelés dacára csakhamar beáll a halál.

Generisch tanár bonczleletéből a következőket emelem ki:

Bal tüdő odanőtt, az *odanövesztő szövet barna genyes savóval be-szűrődött.* Máj nagyobb, erősen fakó recézettel, jobb lebeny domborulatán 3 krajczárnyi behúzódás, a melyek felett a serosa megvastagodott; a függesztő szalag mellett egy gumma. Az összetapadt csepleszt gyenge húzással lefejtve, a hasúr felől a sebüregebe jutunk, a hol a cseplesz és a vakbél, masfelől az összetapadt vékonybelek és a szivósan összenőtt nemzörések körülhatárolják azt az üreget, a melyen át a draincső a medenczeür felé vezet; ezen üregnek a vakbél felé eső részében a feregnyúlvány 1 cm. hosszú csontja fekszik, a vakbél fala kívül sarjakkal bevont, belül a nyákhártya halvány. Az üreg maga a méh, az összenőtt és alig szétválasztható ovarium és tuba között egészen a hüvelyboltozatig hatol, az ürnek legmélyebb tasakja mintegy 3 cm.-nyire a szeméremhasadék fölött vakon végződik, az üreg mindenütt vastag, genyes sarjakkal van bélelve. A *végbél mellső felületén* 16 cm.-nyire az anus fölött a középvonaltól kissé balra *lencsényi perforatio.* Petefészkek diónyiak. Kiürtök abdominalis nyílása elzáródott.

Diagnosis: Septicaemia. Degeneratio adiposa cordis, hepatis renunquae et icterus. Resectio proc. vermiformis et canalisatio abscessus periuterini ad vaginam. Perforatio abscessus ad rectum. Hepatitis interstitialis circumscripta. Gummata syphilitica ibidem.

Ismét egy rendkívül elhanyagolt eset, mely a megbetegedés 38. napján (!) került műtetre, midőn már előzőleg súlyos hashártyalob és sepsis tünetei (magas lázak, rázó hideg, hányás, csuklás, meteorismus) mutatkoztak. Idejekorán véghezvitt műtéttel e beteget mindenesetre meg lehetett volna menteni, mert a folyamat eléggé lokalizálva volt. Később iparkodott a természet segíteni, a mennyiben a medenczetályog a végbélbe 16 cm.-nyire az anus nyílása fölött áttört. E perforatio

nem nyújtott azonban elegendő lefolyást, a pyogen bacteriumok a hatalmas tályogürből felszívódtak, a bal tüdőt odanövesztő szövetben genyes beszűrődést és általános genyvereséget okoztak. Könnyen érthető, hogy az ilyen körülmények között végrehajtott műtét, daczára az alapos, a vaginán át vezetett drainagenak nem lehetett sikeres. Kiemelem még, hogy ily súlyos elváltozásokat a feregnyúlvány aránylag csekély makroszkopikus elváltozása idézett elő, a mennyiben medenczefekvésben fixálva át sem volt fúródva.

10. *Epityphlitis, retrocoecalis genygyülemnélküli kötszöveti lobbál.*

Sch. Pál, 13 éves gymnasiumi tanuló. Budapestről. Családjában gümőkór nem forog fenn. 4 éves korában kanyarót, 8 éves korában parotitist állott ki. Jelen baja 1897. december 30-dikán kezdődött erős hasgöreséssel. Azóta étvágytalan és némi intermissiókkal lázas. 5 nap óta fájdalmak a jobb lumbalis tájon, azóta a jobb végtag kinyújtása csípőben és térdben fájdalmas. Állandó székrekedés, széke csak naponkénti beöntésre volt.

A sanatoriumba való *felvételkor* 1898. január 28-dikán, has puffadt, vakbél-táj érzékeny és resistentiát mutat a mélyben, mely nagyon homályosan fluctuál. A jobb lumbaltáj erősebben kitöltött, a jobb alsóvégtag a combbizületben flectált. Csípőbizület szabad. E tünetek alapján Mátray és Gersuny kárársakkal egyetemben epityphlitist kórisméztünk és operatiót javasoltunk.

Műtét: másnap 1898. január 25-dikén. Chloroform-narcosisban tipikus metszés. A peritoneum megvastagodott, a mesocoeum és mesocolon kocsonyásan beiródott, deszkaszerűen infiltrált, a zsírszövet között geny-cseppekkel. A mesocoeumban egy irónvastagságú kemény köteg, valószínűleg a részben retroperitoneal elhelyezett feregnyúlvány. Miután többszörös próbapunctióra genyt nem kapunk, az egész üreget ramponáljuk és nyitott kezelést indítunk meg.

Lefolyás teljesen láztalan és zavartalan. A 2-dik héten erősebb genyedés, a hét végén a lábat szabadon mozgatni tudja és február 17-dikén az intézetet gyógyultan hagyja el.

Különösen kiemelendő emez eset lelete: a mesocoeum és mesocolon kocsonyás infiltratiója, melynek megfelelőleg a klinikai képben is az enyhén lefutó diffus kötszöveti phlegmone jelei léptek előtérbe. A lob kiterjedt a m. psoas, a m. iliacus és a vesetáj kötszövetére, behatolt a mélyebb izomrétegekbe, minek eredményeképp a jobb alsó végtag erős hajlítása következett be. A zsírszövet között csupán picziny cseppekben mutatkozott geny, sehol tályog, épp oly kevéssé, mint Sonnenburg ehhez hasonló (50-ik) halálosan végződő esetében, melynél a feregnyúlvány nem volt átfúródva. Az ilyen körképek igen ritkák. Harbitz például 30 epityphlitis autopsiánál csak egy hasonló esetet talált, a hol az appendix szinte normalis volt. Ezen esetekben a bacteriumok mindenképp szerint a mesenterium kötszövetén át kúsznak tova a retrocoecalis

kötszövetbe és innen az izmok és fasciák hasadékaiba jutnak, mindenfelé miliaris góczokat képezve, a nélkül, hogy nagyobb gyengyülemre vezetnének. Pirogoff purulens oedemájának e képével szem előtt nem találtam a hasüreg megnyitását esetemben javaltnak. A fiú gyógyult és 1899. augusztus haváig — a midőn utoljára kaptam felőle hírt — a legvirulőbb egész-ségnek örvend.

11. *Epityphlitis perforativa kizárólag medenczetályoggal.*

Cs. Sándor, 25 éves nyomdász. Hat év előtt hastyphust állott ki. 1897. november óta széke rendetlen, sokszor kimaradt, olykor pedig hasmenései voltak. Deczember vége óta gyakori hasgöresőkben szenved. Január elején több napi székrekedés után, hirtelen hasgöresők lepték meg rázóhideg és forróság kíséretében. Azóta folyton lázai vannak, széke csupán hashajtókra jelentkezik, alhasi tájéka mindinkább fájdalmasabb lett, hasa puffadt, szelek elakadtak, s az utóbbi napokban gyakran hányt és csuklott. Vizeles alkalmával égető fájdalmakat érzett. Január 29-dikén került Hány kartárs szívessege folytán osztályomra, hol antiphlogistikus kezelésre a tünetek javultak, a láz azonban persistált, s az alhasi tájékban mindinkább növekedő fájdalmas daganata fejlődik.

Az elég jól táplált férfibeteg mellkasi szervei épek. Has puffadt, a jobb hypogastrium elődomborodó, ugyanott az inguinalis táj medialis fele része és a hólyag táj fölött elterülő, tenyérnyi terjedelmű, felfelé jól kitapintható, convex határokkal bíró elég tömött, nagy férfiókönyi resistencia észlelhető, mely felett a jelzett terjedelemben, kissé a bal oldalra is áttérjedő félkör alakú tompulat kopogtatható ki. Ezen táj érintésre igen fájdalmas, fölötte a bőr normalis, nem oedematosus. Máj és léptompulat rendesek; a lumbalis tájék mindkét oldalt szabad. Analis vizsgálattal a Douglas előre ledomborodott, bimanualis tapintáskor jól érezhető az ökölnyi resistencia, mely a Douglasba terjed és fluctuál. Vizelet normalis.

Tekintve a resistencia atypikus, jobban a hólyagtájra fekvő helyzetét, a szokásos, a Poupart-szalaggal párhuzamos metszéstől eltérőleg, 1898. február 3-dikán a jobb rectus külső szélén keresztül 11 cm. hosszú függélyes metszést ejtettem. A rectus rostjainak szétválasztása után a lobosan infiltrált fascia transversán keresztül a resistenciát több irányban pungáltam, azonban eredménytelenül, mert genyt nem kaptunk; valószínűleg azért, mivel a tályogúr mélyen alul, a hólyag mögött a Douglasban foglalt helyet. Nem maradt más hátra, a hasüregbeli viszonyok közvetlen kitapinthatása céljából, mint a szabad hasüreget a resistencia felett megnyitni, a mi egy 10 cm. hosszú, a Poupart-szalaggal párhuzamos metszéssel megtörténvén, jól kitapintható volt a Douglasból kiemelkedő s felfelé vastag, állhártyákkal határolt tályog felső fala, melynek jobb felső zugához a majdnem kisujnyi vastag, 8—9 cm. hosszú feregnyúlvány húzódott. A feregnyúlvány egész szabadon feküdt, csupán annak legdistalisabb csúcsa volt a tályog falához tapadva. Mielőtt a tályogot megnyitottam volna, a feregnyúlványt közvetlen a vakbélbe való szájadzása előtt reszeltam s annak proximalis csomkját három első és három másodlagos varrattal bezártam, majd a mesenteriolumot kettős alakötések után átvágván, ekkép a feregnyúlványt teljesen mobilizáltam, úgy hogy az csupán a tályog falával függött össze. Most a szabad hasüreget minden irányban steril gaze-tamponokkal a lehetőségig elzárva, a feregnyúlvány odatapadt

csücsát igyekeztem óvatosan a tályog falától leválasztani, midőn az birtelen leszakadt, a tályog megnyílt s körülbelül 5 deciliter igen bűzös, zöldessárgás geny ömlött elő, majd vele együtt egy körülbelül babnyi, feketés barnaszínű, kemény tapintatú bélsárkő került elő, mely egészen szabadon feküdt volt a tályogűrben. A Douglas fenekéig érő tályogűrt gaze-csikokkal jól kitörülve, végül tamponálva, a sebet nyitva hagytam. Fedő kötés.

Lefolyás váratlanul kedvező. A magas lázak a műtét után rögtön teljesen megszűntek. Egy-kétszer még hányt, egy-két napig még ritkán csuklott, de csakhamar ezen tünetek is visszafejlődtek. Széke, szolekkel glycerinklismára még a műtét napján volt, azóta naponként hol spontan, hol beöntésre. A tamponáló gaze-csikok harmadnap lazítottak, ötödnap újakkal cseréltettek fel. Nyolczadnapon a váladék már kevesebb, a sarjadás megindult. Azóta a gyógyulás fokozatosan halad előre, az üreg lassankint kisebbedett, úgy hogy 1899. évi márczius 19-dikén győgyultan hagyta el a kórházat.

Daczára, hogy itt kizárólag nagy medenczetályoggal volt férfinál dolgunk, kinél a különben csücsáig ép és hosszú feregnyúlvány a szabad hasürön át vonult le míg az eltokolt genygyülembe merült, teljes eredményt értünk el. Ez pedig oly módon sikerült, hogy az epityphlont először gyökén resekáltuk és a csontot tipikusan elláttuk; ezután a hasüreget steril tamponokkal védve, a feregnyúlványt fixált csücsával kifejtettük és a genyt kibocsátottuk. E szerencsés megoldással sikerült a beteget megtartani és egészségét visszaadni.

12. *Epityphlitis suppurativa, medenczetályoggal és önként zárult bélsársipolylyal.*

M. Sándor 36 éves, színigazgató. Másfél éves korában tályogja volt a hasán. 15 éves kora óta gyomorbeteg; sokszor bőfőg, puffadt hassal szél- és székrekedésben szenved. 7 évvel ezelőtt erős kólikái voltak, klysmákra a székek megindultak, úgy hogy néhány napi fekvés után jobban lett (colica appendicularis). 1897. június havában hatalmas görcsök hasa jobb felében kisugározva a lábakra, hólyagra; jégadagolásra 2 hét múlva jobban lett (II. nagyobb roham). Azóta állandóan székrekedés. 1897. december elején újból súlyos attaque, ekkor már hányingerrel, gyomorfájással. Mérsékelt munkaképesé válván, ismét vehemensebb roham 1898. jan. 8-dikán. Azóta a görcsök nem engednek, székrekedés makacs és jobb alhasában fájdalmas daganat képződik, mely a legkisebb mozgásnál is hányingerre ösztönzi, úgy hogy azóta ágyban feküdt. Ezen utolsó megbetegedésének 11-dik napján Müller tanárt consultálta, ki genyes vakbélkörüli exsudatumot constatálván nála, rögtön művi beavatkozás céljából a sanatoriumba utasította.

Felvételkor az erős férfibeteg elesett, nyelve száraz, hasa puffadt, legérzékenyebb a vakbél tájékán, a hol a Poupart-szálag fölött kb. 1 1/2 tenyérnyi területen fájdalmas, kerekded *fluctuáló* daganat tapintható, a mely fölött a kopogtatási hang tompa. A végbélen át vizsgálva, a Douglas-űrben szintén egy *fluctuáló* tumor segmentuma domborul előre. Hőmérsék 39.6° C; vizelet normalis.

Műtét chloroformnarkózisban jan. 20-dikán; tipikus metszéssel, a hasürbe hatolva kb. 3/4 liternyi bűzös geny ürül; a tályogűr a vakbélből mellfelé főleg a kis medenczébe vezet. A genyűr kitisztítása után a proc. vermiformist megtalálni nem lehet. Steril tamponade. Részleges elvárrás és kötés.

Lefolyás. Közvetlen a műtét után apyrexia, mely állandó maradt. A steril gaze csíkok naponta váltva lettek. Műtét utáni 5-ik nap a kihúzott gaze bélsárszagú; teljesen eltávolítottván, meglehetősen mennyiségű hig bélsár ürül. A seb átvizsgáltatván, kitűnik, hogy a minden valószínűség szerint tág proc. vermiformisnak centralis harmadában ül a sipolynyílás, melyből ezentúl is különösen a ricinussal való bő laxálás napjain bőven ömlik hig bélsár. Mivel a perforatio elhelyeződése a sebűr mellő zugában esetleges művi beavatkozást nagyon megnehezített volna, tekintettel a beteg elesett voltára, megpróbáltuk expectativo kezelést mellett a spontan gyógyulást kívánni. Tényleg az ür nemsokára granulált, lassan-lassan kisebbedett, úgy hogy műtét után 3 héttel már alig szivárgott bélsártartalom a sebűrből és egy további hét lefolyása alatt csupán finom granuláló sipolymenet maradt vissza. Ezen csekély sipolylyal 1898. febr. 20-dikán beteg a sanatoriumból elbocsáttatott; rövid időre rá a hegesedés és gyógyulás teljes volt; beteg 1899. jul. havában teljesen gyógyult állapotban hassérv nélkül mutatta be magát. Operatio óta azonban nehézségei még vannak, a mennyiben minden külső ok vagy diaetahiba hijján 2—3 hónaponként hirtelen csikaró fájdalomroham lép fel, úgy hogy ágyba kell fekiüdnie. A roham rendszerint 2—3 nap alatt múlik, lázzal és hányással azonban nem jár. A Mac Burney-pont nyomásra nagyon érzékeny, ugyanc helyen ujnyi vastag, kissé egyenetlen felületű resistentis tapintható. Ezek után kétségtelen, hogy recidiváló appendicularis rohamokkal van dolgunk, a melyek a beteget hivatásában gátolják és életét elkeserítik. Ajánlottam e miatt a főregnyúlvány rohammentes időben való eltávolítását, a mibe a beteg eddigelé nem egyezett.

13. *Epityphlitis suppurativa, medencztályoggal és a vakbél másodlagos átfűródásával.*

W. Sarolta, 16 éves kisasszony Tisza-Abádról. Egészséges családból származik, melyben gümőkór állítólag nem fordult elő. 14 éves korában hasa hirtelen felpuffadt, annak jobb felében izzadmány lett constatálva, mely belső szerelésre eloszlott. Egy évvel később 1897. október havában étvágytalanság közben lázak, hányinger léptek fel, hasa jobb felében nagy fájdalmak mutatkoznak, havibaja kimaradt. Lassanként állandó lázak mellett a has daganata növekedett, míg december elején a végbélben át hirtelen geny ürült, mire a has megapadt. A lázak intermissiókkal egész december havában fenállanak, éppen úgy mint a szél- és székrekedés, abszolút étvágytalanság, gyakori vizeleti inger. Január elején a hasdaganat ismét nagyobbodott.

A sanatoriumba való felvételtkor a gracilis, halvány leány nyelve száraz, has erősen puffadt, nyomásra rendkívül érzékeny; a symphysis és a jobb oldali Poupart-szálag fölött egy közel gyermekfejnyi keményebb resistentia tapintható, mely fölfelé nincs élesen határolva, főkép a jobb hypogastriumban foglal helyet, homályosan fluctuál. Fölötte tompult dobos a kopogtatási hang. Vaginalis és analis vizsgálatkor a Douglasban fluctuáló daganat, mely a rectumot elődomborítja. Utóbbiból kevés bűzös zöldessárga geny ürül, abszolút szél- és székrekedés. E tünetek alapján *Korányi Sándor* tanárral, *Kövesy* és *Glasz* dr.-okkal egyetemben a *diagnosis*: epityphlitis perforatívában (nagy tályoggal a hasűrben, mely a vastagbélbe áttört) állapítottuk meg.

Műtét: 1898. január 12-dikén chloroformæther-narcosisban. Mivel a tályog a kismedenczébe hatol és mellfelé a hólyag körül és e fölé helyezkedik, czélszerűbbnek látszik a hasüreget először a középvonalban megnyitni. A properitonealis szövetek szalonuszerű infiltrációt mutatnak. A hasűr megnyitására, rendkívül sok bűzös geny ürül, mely az ürben

eltokoltan foglalt helyet. Ettől jobbra összenövések között a vakbél körül egy második eltokolt, erős férfikölnyi fluctuáló daganat, mely az első tályoghoz hasonlóan bűzös genyt tartalmaz. Ilyen módon egyrészt a vakbél mögötti, másrészt a Douglasban helyet foglaló tályog meg van nyitva, úgy hogy a kismedenczében tapintó ujjal a fornix vaginae-ig lehet hatolni. A feregnyúlvány csúcsával felfelé csapódva, vékonybélkacsok között fekszik, gyökéhez közel a coecumon egy kis perforatiós nyílás látható, a melyből bélsárszagú tartalom ürül. Tekintettel a beteg kimerült állapotára, valamint azon veszélyre, mely a kérgesen összenőtt appendix teljes kiválasztásával járt volna, a midőn is a szabad hasüreget könnyen meg lehetett volna nyitni, a feregnyúlvány teljes kiirtásától elállottunk, a sipolynyílást egyszerűen körülmetszettük és 3 selyemfonállal átvarrtuk. Koprolitha nem találtatott. A legtermészetesebb lefolyási viszonyok megteremtésére a hátsó hüvelyboltozatot szívacstartóval tompán átlukasztva, a hasüreget a vagina és hasfalón át ujjnyi vastag drainsövel alagsöveztem. A drain mellé felülről *Mikulicz*-tampon alkalmazása mellett egy jodoformcsik a coecumig, egy másik a Douglasba lett vezetve.

Lefolyás. A beteg a műtét után rögtön teljesen láztalan lett és ilyen is maradt. Rendkívül elgyengült állapotára való tekintettel 3 ízben 3—500 cem. konyhasó-transfusiót kapott. Harmadnaptól kezdve a jodoform-tampon lassanként eltávolított és steril gaze-csikokkal pótoltatott. A gyógyulás az első három hét alatt rendkívül bő volt, a vaginán kitolt drain kitünően vezetett és ezen át az üreg naponta ki is irrigáltatott. Negyedik héttől kezdve a secretio mind kevesebb lett, az üreg a coecum felől lassanként teljesen elzáródott, hatodik héten már csak a drain functionált, 7-ik héten vékonyabbal lett felcserélve, úgy hogy a 9-ik hét lefolyásával a beteg gyógyultán távozott. Azóta viruló színben van, semmiféle nehézsége nincs.

Mindenek szerint ezen esetben a spontán gyógyulás egy bizonyos nemével állunk szemben, a mennyiben az egymással közlekedő két nagy hasüregbeli tályog *másodlagosan a vakbélbe áttört*. Hogy e perforatio a tályognak következménye és nem annak előidéző oka, e mellett szól azon körülmény, hogy az átfúródás az appendix gyökén a coecumba való átmeneti helyen történt, a mi különben csak gümőkór esetében szokott előfordulni. Ezen sipolynyíláson át ürült is időnkint bőven geny, a mi annál könnyebben történhetett, mivel ezen localisatio mellett a váladéknak nem az appendix ürterén át kellett utat törnie magának. Erre a hőmérsék alászállt és a súlyos tünetek mérseklődtek. A mint azonban a genylefolyás megakadt, a daganat ismét növekedett, újból láz és rosszabbodás állott be. A bő feltárás és a tályogűr kitünő alagsövezése a vaginán át egy csapásra véget vetettek a nehézségeknek. A feregnyúlvány a súlyos összenövésekre való tekintettel a bűzös tályog megnyitása alkalmával eltávolítva nem lett.

Ellenben a lyuk a coecumon a sipoly széleinek felfrissítése után be lett varrva. Akadálytalan gyógyulás, melynek folyamányaként beteg (1899. aug. végeig megfigyelve) rohammentes maradt és fényesen gyarapodott.

14. *Epityphlitis suppurativa.*

K. Lajos 18 éves kereskedősegéd Vág-Sellyéről. 6 nap előtt a jobb inguinalis tájon fájdalmak léptek fel, ugyanaznap estéjén hányás, csuklás, rázóhidegek. Harmadnap az állandó magas lázak következtében eszméletét veszti, úgy hogy július 5-dikén a szt. István-kórház belosztályára kerül, a hol a jobb inguinalis tájon daganatot constatáltak. Mivel a láz és hányás további három nap lefolyása alatt nem engedett, az arcz-kifejezés abdominalis lett, a nyelv száraz maradt, a hőmérsék 40·3-ig emelkedett, a vakbél táján levő resistentia határai mindinkább elmosódtak, a has diffus-érzékenysége növekedett és a bőr a Poupart-szalag fölött kissé oedemás lett, 1898. július 8-dikán a sebészeti osztályra tételt át.

*Felvételek*kor hőmérsék 39·4, nyelv száraz, arcz-kifejezés abdominalis, hány, nem csuklik. Jobb inguinalis hajlat igen fájdalmas, ugyanitt elmosódott határu resistentia tapintható, mely fölött a kopogtatási hang tompult.

Műtét ugyanaznap (Lipscher segédorvos). 15 cm. hosszú tipikus metszés a Poupart szalag fölött. A peritoneum erősen infiltrált, élénk piros, vastag álhártyákkal belekhez tapadt. Próbpunctióra geny. A spina anterior superior fölötti tályogot megnyitva, abból 60—80 gramm igen büzös geny ürül. A féregnyúlványt megtalálni nem tudtuk és ezért a tályog üregét kitamponáltuk.

Lefolyás. A hőmérsék még a műtét estéjén azonnal leesett. Másnap elég jól van, hőmérsék normalis, nem hány, szelek mennek, has nem fájdalmas, clysmára szék. Negyednap icterus, nem hány, keveset csuklik, a seb mélyében genypont látszik, a kis nyílást tompán tágitjuk. Hőmérsék 36·5, pulsus 80, beteg delirál. Ötödik nap hőmérsék lassankint 38·3-ig emelkedik, beteg comatosus, itt-ott felriad, pulsus 100, légzés szapora, vizeletet maga alá bocsátja. Hatodnap állapot változatlan. Pulsus feltünően jó és kemény, úgy hogy meningitisre gondoltunk. Hetednap azonban ismét láztalan és ezután ilyen is marad, eszmélet lassankint visszatér, a seb tisztán sarjadzik, úgy hogy augusztus 10-dikén kis sarjadzó sebfölüllettel pöttyűvel gyógyultán távozik.

15. *Epityphlitis suppurativa recidivans (a szögletben megtört féregnyúlványban két szűkülettel).*

W. Jakab, 38 éves pinczér. Jelen bajáig mindig egészséges volt. 1898. április havában megbetegedett és ekkor vakbél- és hashártyagyuladással 5 hétig feküdt. Azóta gyakran szél- és székrekedés. Augusztus 1-jén hirtelen heves kölikák a vakbél táján, rázóhideg, sokat csuklik és hány, magas lázak. Jobb inguinalis táj megduzzadt. A 39·50-ig emelkedő lázak 4 napig tartottak, azután lassankint csökkent a hőfok és a duzzanat is visszafejlődött. Mivel azonban azóta is 2—3 naponként hány, étvágytalan, székrekedésben szenved és a fájdalomtól járni nem tud, a szt. István-kórházba vétette fel magát.

*Felvételek*kor has mérsékeltén puffadt, cecum táján nyomásra érzékeny, a mélyben ujjnyi vastag, a kéz alatt elsikló resistentia tapintható, mely a spinától a köldök irányában fut és nyomásra igen fájdalmas.

Műtét 1898. aug. 23-dikán chloroform-narcosisban. 11 cm. hosszú tipikus rézsutos metszés a Poupart-szalag fölött. A hasúr megnyitására előtölul a vakbél, melynek mellső és belső falán álhártyákba ágyazva fekszik a 7 cm. hosszú, megvastagodott, szögben megtört proc. vermiformis. Ennek distalis része visszacsapódott és az ileum és cecum átmeneti helyén, a mellső falon rögzítve van, hol a leválasztás alkal-mával két, mogyorónyi nagyságú tályog található. Ezeknek felső bolto-

zatát az odatapadt omentum majus képezi. A mesenteriolum két fonállal lekötöttet és a proc. vermiformis tapadási helyén levágtatott oly módon, hogy előbb a serosa a vakbélről $\frac{1}{2}$ cm.-re bemetszetett és azután a megfeszített nyákhártya catguttal lett alakítva, fölötte pedig a serosa 7 finom selyemvarrattal egyesítettet. A kiirtott *processus vermiformis* 6 cm hosszú, *lumene rendkívül szűkült*, különösen felső és alsó harmadában, ugyanitt egy-egy passage, mely csak a legfinomabb sonda számára átjárható. A csúcs ampullaszerűen tágult, benne híg, nyákos geny. Koproliitha nines, falzata erősen megvastagodott. Hasfalvarrat.

Lefolyás teljesen láztalan, pulsus és légzés állandóan normalis. Varratok 7-ed nap eltávolítottak. Kellemetlen jelenség volt a betegnél az, hogy 6 napon át csaknem szünetlenül csuklott, a mit a legintensebb belső szereléssel (jég, cocain, morphium, aqua laurocerasi, valeriana) sem tudtunk leküzdeni. Szeptember 9-dikén kitünő közérzettel teljesen gyógyultan hagyta el a kórházat.

16. *Epityphlitis perforans suppurativa (retroperitonealis tályoggal és bélsárkövel).*

K. Róza, 27 éves tanítónő Budapestről. Anyja méhrákban, atyja elmebajban halt el. Első izben 1892-ben volt rohama, mely alkalommal 7 hétig feküdt. Belső kezelésre állapota javult ugyan, de azóta jobboldalt a vakbélkörüli tájon időnként fájdalmai voltak, melyek rohamszerűen léptek fel, 5—6 napig tartottak és obstipatióval jártak. Ezen baja ellen, melyet oophoritisnek néztek, több izben használt sósfürdőket. Baja erősen kiújult 1898. szept. 31-dikén, midőn hirtelen magas lázzal és csekély rázóhideggel a jobb csípő tájékán fájdalmak és daganat lépett föl. Egyidőben szél- és székrekedés. 3 hét múlva állapotja javult, a lázak megszűntek, a tompulat kisebbedett, a subjectiv tünetek enyhültek, de állandóan kisugárzó fájdalmakról panaszkodott a jobb czombban. Daczára *Hochhalt* tanár és *Körmöczy* kártárs szakszerű belső kezelésének (opium, jégborogatások, nyugalom, itt-ott beöntések) beteg nem tudta magát összeszedni, állandóan étvágytalan maradt és noha a kopogtatással kimutatható daganat a jobb alhasban kisebbedett, mégis már a legkisebb mozgásnál nagy kisugárzó fájdalmakat érzett az egész jobb hasfélben. 1 hét előtt az elesettség újból növekedett, ismét kisebb lázak léptek fel 38.2-ig és mivel csuklás és hányás is jelentkezett. műtét végett osztályomra vettette fel magát.

Felvételkor nyelv erősen bevont, has alsó részében jobboldalt elődomborodó, palpatoriára meso-hypogastrium mindkét oldalt érzékeny, de különösen a vakbél-táj két tenyérnyi terjedelemben már gyengébb érintésre is. Legfájdalmasabb a crista ilei és a 12-dik borda közötti vonal. Palpationál a vakbél tájon a mélyben kis tenyérnyi diffus resistentia tapintható. Pulsus 112, légzés 24, hőmérsék 38.6.

Műtét 1898. november 18-dikán. Typikus metszés. A hasúr megnyitásakor laza vékonybél és cseplesz összenövésekre bukkanunk. Ezeknek óvatos szétválasztására előtünik a coecum a processus vermiformissal, mely utóbbi friss álszálagok közé van ágyazva, a kis medenceze felé nyúlik és fixálva van, úgy hogy kipraeparálása közben egy tojásnyi genyet tartalmazó tályogot nyitunk meg, mely vékonybelek között fekszik és azonnal tamponáltatik. A feregnyúlvány igen mállekony, át van fűródva, előhúzása közben proximalis és középső harmada határán elszakad, mire tövét csipővel lefogva, darabokban eltávolítjuk. A csonkot rendes módon, manchette lefejtése után, sero-serosus-varratokkal elzárjuk. Tályog retroperitoneal a vakbél mögött nem érezhető. *Mikulicz*-tampónade, seb szűkítése, nyílt kezelés.

Lefolyás a műtétet követő nyolcz napon át kielégítő, bár a beteg az első három napon még gyakran hány. A pulsus 120-ról lassankint 96-ra, a légzés 26-ról 20-ra ment le, kisebb hőemelkedések 38^o-ig azonban gyakran kísértettek. Egy izben a hőemelkedés kolikaszerű fájdalmakkal esett össze. Műtét után harmadnap a kötészváltoztatásnál igen bő, büzös váladék ömlik a sebürege mélyéből, a mely a következő napon még profusabb lett. Varratok hatódnap eltávolítottak. Nyolczadnap a kötészváltoztatásnál úgy tűnik, mintha a seb felső zúgából a vakbél tájékaról geny ömlenék, de a közérzet jó, szelek, székek mennek. Kilenczedik és tizedik napon hőemelkedés 38⁷⁰ ig. Kötészváltoztatásnál bő váladék a főregnyúlvány tályogüregéből, a gaze eltávolításakor egy nagy borsónyi bélsárgkő ürült. A fájdalmak enyhébbek és a hólyag felé sugároznak ki. 20%-os liquor alum. acet. kötések az egész hasra. 11., 12. és 13-dik napon beteg aránylag jól van, csak a hólyag felé kisugárzó fájdalmakról panaszkodik, has nem érzékeny. 15-dik nap hőmérsék 38⁶⁰, kevés köhögés, nehéz expectoratioval (könnyű bronchitis). Erős fejfájás. 16., 17. és 18-dik nap esti hőemelkedések 39²⁰-ig, pulsus 120, légzés 28, a has nem fájdalmas. Fájdalmak a végtagokban, csekély orrvérzés, beteg étvágytalan, nem hány, nem csuklik. 19-dik nap a jobb *lumbalis táj nyomásra igen fájdalmas, de kopogtatásnál rendellenesség nem mutatkozik*. 20. és 21-dik nap a kötésben kevesebb váladék, lumbaltáj kevésbbé fájdalmas, has egyáltalában nem érzékeny. A következő tíz napon át az állapot keveset változik. Mindig vannak hol kisebb, hol nagyobb hőemelkedések 38⁸⁰ maximummal. A beteg alig panaszkodik fájdalmakról és ha igen, mindig a lumbaltájon, sohasem a hasban. Éjjel kezd álmatlanná lenni, nagyon kevés táplálékot vesz magához, lankad, decubitus mutatkozik, de a hasürben a legszorgósabb kutatás daczára tompulat vagy resistentia sehol sem mutatható ki. Műtét után 31-dik nap, azaz december 19-dikén, elég jó közérzet mellett hirtelen hányinger és hidegrázás, kötészváltoztatásnál az alsó csik erősen genyes, ellenben a felső zúgban fekvő, teljesen száraz. A mint az utóbbi helyen a sebet sondázni akarjuk, a vájt sonda homorulatján kevés geny szivárog elő. E miatt a beteg rögtön a műtési asztalra kerül, a hol vizsgálatnál kiderül, hogy *retroperitoneal a mesocolon lapjai között egy hatalmas tályogűr foglalt helyet, mely mellfelé a gerincoszlopig terjed*. Schleich-féle anaesthesiában az eredeti bemetszés hátra- és felfelé, a lumbaltájra kiterjedőleg, 8 cm.-ro nyitva lesz. Az izomzatátészelés után körülbelül egy liter rendkívül büzös, sajtos czafatokkal kevert geny ürül. A hőmérsék ezután rögtön leesett és állandóan normalis is maradt. A műtétet követő nap a bal alsó végtag erősen oedemás (tömöszölő gaze nyomása folytán!), a mi azonban másnapra a gaze-csikok lazítása után enged. Innen kezdve a közérzet állandóan jó, étvágy javul. Érverés frequentiaja csökken, légzés normalis lesz és nyílt kezeléssel mellett a seb szépen granulál, úgy hogy 1899. január 18-dikán már a beteg elbocsátására gondolunk, midőn hirtelen magas 40⁴⁰-ig emelkedő lázakkal erysipelas lépett fel, mely 8 napig tartott. Ennek lezajlása után zavartalan gyógyulás, úgy hogy február végén sipolynylás nélkül vidékre bocsátatott.

Igen súlyos recidiváló átfürödött főregnyúlványlob, melynek műtete subacut stadiumban azért volt nagyon nehéz, mert a proc. verm. és az azt körülvevő tályog igen mélyen vékonybélkacsok közé ágyazva feküdt.

Mindenek szerint a retroperitonealis kötőszövet fertőzöttsége az operatio alkalmával már megvolt, sőt valószínűleg részben ez okozta, hogy a beteg utolsó rohamát nem tudta

kiheverni. A műtét alkalmával a coecum mögött nagyobb gyengyülem azonban még nem volt jelen, mert ilyen keresés daczára sem lehetett kitapintani, csak a reconvalescencia folyamán lett az addig lappangó genyócz virulensebb és manifestálta magát láz, rázóhideg és elesettség által. A fájdalom állandó jelenléte a lumbalis tájon, e helyre terelte ugyan a figyelmet, de tekintettel arra, hogy physikalis jellel daganatot kimutatni nem lehetett, még 10 napig tartott, míg a tályog felszínre vergődve sondázás alkalmával constatálható lett. Annál meglepőbb volt reánk nézve ezután, midőn a feltárás alkalmával 1 liternél több geny ürílt, mi bizonyítja, hogy nagy mennyiségű folyadékgyülem torlódhatik a *hasüregben* retroperitoneál a nélkül, hogy akár tapintható, akár kikopogtatható lenne.

17. *Epityphlitis recidivans (seropurulens izzadmánynyal acut stadiumban operálva).*

L. Tibor, 8 éves fiúcska Visegrádról. Már évek óta székrekedésben, felváltva hasmenésben szenved. Hetedik évben két ízben volt vakbélkörüli lobja, mindig erős fájdalmakkal és magas lázzal, másodikban hét hónap előtt meglehetősen nagy exsudatummal, mely azonban belső kezelésre felszívódott. 1898. április 7-dikén erős hidegrázással, nagy fájdalmak, többszöri hányással, hasa igen érzékeny lett, 40-50-ig terjedő lázak léptek fel; a vakbél tája nyomásra rendkívül fájdalmas, nagyobb exsudatum nem tapintható, de jól kiérezhető az ujjnyi vastag haránt futó főregnyulvány a Mac Burney-féle pont rendkívüli nyomás-érzékenységgel. A beteg állapota daczára a belső kezelésnek és jég energikus alkalmazásának a következő 3 nap lefolyása alatt nem javul, sőt rosszabbodik; nyelv bevont, lepedékes, has mindig fájdalmasabb és puffadtabb, typhlon táj kemény, beszűrődött, resistentia erősebbnek mutatkozik, teljes szél- és székrekedés, hőmérsék pedig alig esökkent 40° alá, úgy hogy *Korányi Sándor* tanárral való consultatio alapján 6-od nap műtétre határoztuk el magunkat, félvén, hogy esetleg perforatio alapján diffus peritonitis fog beállani.

A műtétet április 12-dikén chloroform-narcosisban hajtottam végre, 8 cm. hosszú metszéssel megnyitván a hasfűrt. A coecum táján behatolván, zavaros serosus váladék ürült, mérsékelt mennyiségben. A proc. vermiformis térdalakban teljesen megtört, distalis vége felfelé kunkorodott, az erősen odanőtt csepleszhez van rögzítve. Az álhártyák közül kiszabadítván, töben elmetsetik és két sor musculo-serosus és sero-serosus varattal a csomknyílás elzáratik. A bélseb varrása után egy vékony jodoformgaze-csik vezettetik a vakbélig. Kötés.

A kiirtott proc. vermiformis 8 cm. hosszú, falában erősen megvan vastagodva, felmetszvén, telve van fővenyszerű, keményebb koproltyhakkal; a centralis és középső harmad átmenetén nagyfokú stricturát mutat.

Lefolyás. Műtét után közvetlen a hőmérsék normalisra száll, a fájdalomsság megszűnik, szelek mennek, pulsus és közérzés teljesen kielégítő, míg a műtétet követő este és 2-dik nap még esti hőemelkedések 39-2 C.-ig. Csak harmadnap, midőn ricinus-adagolásra bő székletét következik be, lett a hőmérsék subnormalis és azután állandóan 36-50 és 37-20 között mozgott. A seb akadálytalanul gyógyult; 7-ed nap a gaze-csik teljesen el lett távolítva; műtét után 3 héttel kis granuláló sebfelülettel távozott, mely néhány nappal később teljesen

begyógyult. Azóta 1899. augusztus hóig ment minden zavartól. Nehogy hassérve keletkezzék, pelottát visel.

Ez az egyetlen circumscrip-t eset, a melyet tekintettel arra is, hogy már többször recidivált, relativ acut stadiumban operáltam. A tünetek oly súlyosak voltak, hogy tekintettel a már előrement nehéz rohamokra a főregnyúlvány átfúródásától és diffus peritonitistól tartottunk. Műtét alkalmával tényleg olyan súlyos elváltozásokat találtunk a főregnyúlványban és körülötte (összenövések, szögletbetörés, stenosis, bélsárgkövek, vastagodás), hogy bebizonyult, miszerint ezek állandóan veszélyeztetvén az életet okvetlenül eltávolítandók voltak.

18. *Epityphlitis suppurativa retrocoecalis tályoggal.*

Th. Berta, 20 éves bonne Boroszlóból. Jelen baja 16 nap előtt kezdődött csekély fájdalommal mindkét lágyéktájékban, de fenjárt. Éjjel a fájdalmak a jobb oldalon rendkívül fokozódtak, többször hányt. Másnap ricinust adtak neki, mire bő széke volt; harmadnap orvost hívtattak, ki a has jobb oldalára jégzacskót rendelt. Ugyanitt a beteg határozott keménységet érzett, mely nyomásra igen fájdalmas volt. Állapota nem javulván, a kórházban *Hochhalt* tanár osztályára került. Itt a has jobb oldalán nyomásra nagy érzékenységet és nagy meteoris must találnak, a hasfalak erős feszülése miatt resistenciát kitapintani nem lehetett; *beteg állandóan lázas esti 38.5°—39° hőemelkedésekkel*, nem hányt, nem csuklott, glycerin-kúpok alkalmazása után kétszer volt széke 10 nap lefolyása alatt. Lassankint azonban a fájdalmasság annyira enyhült, hogy csak nyomásra lehetett azt kiváltani. 4 nappal ezelőtt a fájdalmak a jobb hátsó lumbaltáj felé húzódtak, itt némi resistencia volt kitapintható és 1—2 napon át az utolsó borda alatt a scapularis vonalban nyomásra igen élénk fájdalom mutatkozik. Utóbb nem hányt, nem csuklott, a fájdalomtól eltekintve elég jól érzi magát, csak teljesen étvágytalan, csupán kevés tejjel táplálkozik, arca beesett és láza nem szűnik. Mindezekért áttétetik a sebészeti osztályra.

Felvételkor 1899. szeptember 19-dikén has feszes. Csekély meteorismus. A jobb oldalon a has nyomásra mérsékelten fájdalmas. A jobb spinától lefelé 3 ujjnyira elmosódott határú, hosszúak, nyomásra érzékeny resistencia tapintható. Nom hány, nem csuklik, állandóan lázas. P. 100, r. 24.

Műtét másnap, chloroform-narcosisban. Börmetszés a Poupart-szalaggal párhuzamosan; izmok tompán szétfejtetnek. Izomközötti kötőszövet és subperitonealis zsírszövet oedemás. A peritoneum megnyitáskor felülről 1/2 l. bűzös, barnás geny ürül. A seb tágitása után üregbe jutunk, mely a colon mögött a lumbaltáj felé húzódik. A coecum igen magasan fekszik, proc. vermiformis nem látható, de a genyvel nagyobb, mállekony fekete szövetezfát ürül, mely valószínűleg a gangraenescált főregnyúlványnak felel meg. A lumbaltájón a spina sup. posterior fölött ellennyílást ejtünk, az üregbe vastag drain kerül, melynek végei a két nyíláson kivezetnek. Tamponade után a seb elől néhány a bőrt és fascia externát felölölő silkworm-varrattal szűkítettik.

Lefolyás. Beteg a műtétet követő napon már láztalan, esti hőmérséke 37.5°, spontan székel. Az első napokban a sebből bő mennyiségű, bűzös geny ürül. Csakhamar összeszedi magát, étvágy fokozódik, állandóan láztalan. Műtét után 12-ed napra beteg kedvetlen, fájdalmi

vannak a bal inguinalis tájon; másnap e helyen kis ökölnyi, nyomásra igen fájdalmas resistentia mutatható ki. Hőmérsék 37.6°, p. 100. Két nap múlva a tünetek visszafejlődnek. A 17-dik napon a drain eltávolíttatik. Okt. 21-én gyógyultan hagyta el a kórházat.¹

B) Heveny féregnyúlványlob általános hashártyagyuladással.

19—28.

Diffus peritonitissal complicált esetet összesen 10-et operáltam. Az esetek áttekintésénél mindenek előtt szembeötlő, hogy 7 esetben (19., 20., 21., 22., 23., 26., 27. sz.) a beavatkozásra okot szolgáltatott roham *első roham* volt, azaz a megbetegedés legelsőbbben mindjárt általános hashártyagyuladással complicálódott. Ezen hét eset közül meghalt öt eset, meggyógyult kettő (20. és 26. sz.) A fennmaradó három esetben az anamnesis régibb rohamokról tesz tanúságot; mindamellett csak egyet (28. sz.) lehetett közülök megmenteni.

Érdekes és fontos ennél a csoportnál kikutatni azt, vajjon a betegség *rögtön diffus peritonitis* tüneteivel tört-e ki, vagy ezek csak később társultak a kórképhez? És ebből a szempontból vizsgálva a *műtett* anyagot azt találjuk, hogy azok az esetek, melyeknél a tünetek szerint a folyamat kezdettől fogva foudroyans peritonitis diffusa alakjában lépett fel, *mind halállal végződtek* (19., 21., 22., 24., 25. sz.). A többi öt esetben (20., 23., 26., 27, 28. sz.) a folyamat az anamnestikus adatok és a klinikai kórkép szerint eleinte el volt tokolva, s csak egy későbbi secundaer perforatio hozta létre az általános hashártyagyuladást. Ezek közül három (20., 26. és 28. sz.) gyógyult, a mi a mellett bizonyít, hogy ezen secundaer perforatiók műtévése kedvezőbb sikert ígér.

A mi az időpontot illeti, a melyben a betegek műtetre kerültek, a viszonyok a következők:

A megbetegedés 3-dik napján operáltatott	1	(20. sz.).	Gyógyult
" 4-dik	"	1 (28. sz.).	Gyógyult
" 6-dik	"	2 (19. és 22. sz.).	
" 8-dik	"	2 (21. és 27. sz.).	
" 9-dik	"	1 (24. sz.).	
" 10-dik	"	1 (25. sz.).	
" 11-dik	"	1 (26. sz.).	Gyógyult
" 21-dik	"	1 (23. sz.).	

¹ Bemutattattott a budapesti kir. orvosegyesület 1899. okt. 21-dikén tartott ülésén.

A három gyógyult eset közül tehát az egyik (30 é. férfi) a 3-dik napon lett operálva, de csak 19 órával az áttörés után; a másik (26 é. férfi) a 4-ik napon, de az áttörés után 36 órán belül operáltatott, míg a harmadik (10 é. fiú) ugyan csak a megbetegedés 11-dik napján került műtét alá, de a folyamat ennél 10 napig eltokolt volt s csak 13 órával a műtét előtt lépett fel secundaer perforatio útján az általános hashártyagyulladás. Kétségtelennek tartom, hogy ez a kedvező eredmény a gyors beavatkozásnak tudható be, a mint hogy az is valószínű, hogy különösen a kezdetben eltokolt eseteknél (23. és 27. sz.) korábbi műtéttel szintén szerencsésebb megoldást kaptunk volna. Így a 23. sz. (20 é. férfi) esetben a tályog 19 napig körülírt volt. Ha ezen időn belül kerül műtetre, kétségtelenül meggyógyul. Nagy collapsussal hirtelen perforál a tályog és mégis csak két nap múlva hozatott végkimerült állapotban az osztályra, hol a műtét már rajta nem segít.

Ép így áll a dolog a 27. számú (24 é. férfi) esettel. Hét napig az üszkös féregnyúlvány körül circumscripct tályog; ezután áttörés, collapsus és általános hashártyalob. A két nappal később végrehajtott műtét eredménytelen.

Nézzük most a *primaer, villámszerűen fellépő átfúródásokat*. Bizonyos, hogy igen nagy százalékuk, a korai beavatkozás daczára is, a vehemens sepsisnek esik áldozatul. *De ha ezeknél egyáltalán eredményeket akarunk elérni, úgy korán kell operálnunk.* Eseteinkben pedig mit látunk? Azt, hogy a betegek a 6—10 nap között kerülnek a műtőasztalra, midőn már az infectio oly mérveket öltött, hogy a legradikálisabb beavatkozás se segíthet.

Pedig az anamnesis és lefolyás tanulmányozása azt mutatja, hogy a korábbi beavatkozás itt-ott kecségtetett volna reménynyel. A 19. sz. esetnél egy 35 éves férfiúnál átjárhatlan stenosis mögött egy kis empyema bepukkadtt a szabad hasürbe. Vészes tünetek daczára műtét helyett laxans lett adagolva, a mi kétségtelenül ártalmas volt, mert az infectio anyagát a hevesebb peristaltika még jobban szétmaszatoalta a belek között. Csak hatodnap kerül a szent István-kórházba.

A 21. számú esetnek (30 éves férfi) rendkívüli érdekes anamnesise kimutatja, hogy valószínűleg egy erős epileptikus roham alkalmával bélsárkő fúródik át a szabad hasüregbe. Első nap nagy fájdalmak, vizelési képtelenség, szél- és székrekedés; csak másnap lesz lázas, hány, csuklik, innen kezdve állapota folyton rosszabbodik, de azért ennek daczára csupán 8-ad nap kerül a sebészti osztályra.

A 22. számú eset — 51 éves férfi — *ileus* jellegzetes tüneteivel kerül a megbetegedés 6-dik napján műtét alá. Ennél az operatio primaer feregnyúlvány-perforatiót mutatott ki, foudroyans sepsissel s a belek teljes hűdésével.

A 24. számú eset, egy már 14 év óta folyton recidiváló epityphlitisz illet egy 14 éves leánynál. Daczára, hogy minden jel az utolsó roham kitörésénél perforatióra és általános has-hártyalobra utalt (rázohidegek, hányás, meteorismus stb.), mégis csak a megbetegedés kilencedik napján került hozzám.

Vége a 25. számú betegünk egy 20 éves hölgy, kinek utolsó végzetes megbetegedése második rohamja volt. Daczára, hogy a baj eleve diffus peritonitis tüneteivel tört ki, mit a később consultált tanárok is constataáltak, a beteg környezete a javasolt műtétbe már csak a megbetegedés 10-dik napján egyezett bele, midőn is az a beteg végkimerült állapotában végrehajtvá eredménytelen maradt.

19. *Epityphlitis perforativa a feregnyúlvány teljes obliterationiájával és diffus peritonitissel.*

B *Henrik*. Beteg állítólag mindig egészséges volt, gyomorbajban, székrekedésben soha sem szenvedett. 1895. október 9-dikén hirtelen rosszul lett; csikaró fájdalmak a hasban, főleg jobb oldalt, abszolút szél- és székrekedés. Megbetegedése óta folyton hány, a hányadék sárga, epés, nem bélsárszagú. Vizeletben fehérnye nincs. A gyógykezelés laxansokból és magas beöntésekből állott. Állapota nem javulván, rendkívül elesett karban 1895. október 14-dikén a szt. István-kórházba lett szállítva.

Felvételkor constataáltak, hogy a cyanotikus, tapadós verejtékkel borított elesett beteg mellkasi szervei épek, májtompulat megvan, a jobb lágyéktájban tenyérnyi területen tompult kopogtatási hang, egyebütt dobos. Erős meteorismus, rendkívüli érzékenység az egész hasban, nagy feszülési érzet, légszomj, nyelv bevont, pulsus 140, légvétel 36, alsó végtagok hidegek, erős foetor ex ore.

Ugyanaznap *műtét* localis anesthesia mellett. 16 cm. rézsut metszés a has megnyitásával, mely alkalommal diffus peritonitis purulenta constataáltatott és körülbelül 1½ l. geny ürült. Tamponade steril gaze-zel, nyílt kezelés. Collapsus, három óra múlva exitus. A másnap megejtett *bonczolás* kideríti, hogy a beleken, számos helyen genyes rostonyás lerakódás van, főleg jobboldalt a vékonybélkacsok összetapadtak, a jejunum kacsok vastagbélnyíre tágultak. A hasúrban mintegy 150 gr. véres genyes folyadék. Appendix irónvastagságú, 12 cm. hosszú, egész kiterjedésében a vakbél külső falához odanőtt, csücsától 3 cm.-re lencsényi nyílás, egyenetlen szennyes-fakó szélekkel. A feregnyúlvány a béltől számítva 5 cm. hosszúságban kutaszolható, azontúl átjárhatlan. Nyákhártyája duzzadt, belövelt. *Diagnosis: Peritonitis purulenta subsequente perforat. proc. vermiform. Oedema pulmonum.*

20. *Epityphlitis verosimiliter gangraenosa cum peritonitide diffusa. Gyógyulás.*¹

¹ Bemutatott a budapesti kir. orvosegyesület 1899. okt. 21-dikén tartott ülésén.

K. János, 30 éves gyáros Budapestről. Már évek óta szenvedett rendetlen emésztésben és székelésben, s az utóbbi időben gyakran szorult hashajtókra. 1897. január 26-dikán opulens vacsora élvezése után, éjjel hirtelen rosszul lett, nagyon heves hasgörcsök lepték meg s különösen a vakbél tája rendkívül érzékenynyé vált: hasa felpuffadt, nagy forrósága támadt, úgy hogy az ágyba került. Orvosa jeges borogatásokat rendelt. Majd, mivel a szék és szelek teljesen megakadtak, hashajtót (calomelt) adatott neki, de eredménytelenül; sőt állapota erre tovább súlyosbodott, a has jobban puffadt, fájdalom és láz fokozódtak. Január 29-dikén kora reggel hideg verejtékkel filiformis pulsussal hascollapsus lép fel, úgy hogy Korányi tanárral és Bettelheim dr.-ral egyetemben e súlyos tünetek miatt, rögtön műtétet javasoltunk, mely 1897. január 29-dikén esti 10 órakor végre is hajtatott.

Felvételkor: a meglehetősen elesett férfibeteg nyelve bevont, száraz, pulsusa 120, légzés 32, gyakran csuklik, nem hány. Has puffadt, különösen az ileo-coecalis táj elődomborodó s ugyanitt fájdalmas. E helyen a has bőre feszes, a jobb felső csipőtővistől lefelé a Poupart-szálig alsó harmadáig körülbelül tenyérnyi területmű tomputat van és ennek megfelelőleg resistentia tapintható, mely fel- és lefelé convex határokkal végződik. A jobboldali lumbalis táj szintén tompa, oldalt fekvéskor azonban kissé feltisztult. Baloldali tájék dobos. Has egyebütt szintén érzékeny, dobos kopogtatási hangot ad. Végbélén át vizsgálva a jobb-oldal igen fájdalmas, resistentia azonban nem tapintható. Vizeletben indicán. Szék, szelek *nem* mennek.

Műtét gyenge chloroform-narkosisban. Rézsutos metszés a Poupart-szálaggal párhuzamosan. Már a hasfalak átmetszésekor feltűnik, hogy a képletek savósan beivódottak és hyperaemikusak. Az igen erősen belővelt és megvastagodott hashártyát, az alatta fekvő képletekkel fibrinosus összetapadásban találtuk, melyeknek óvatos szétválasztása után a csipőtővis alatt 2 ujjnyira, közvetlenül a Poupart-szálag fölött, egy kis ökölnyi, rendkívül bűzös, sárgászöldes, bélsárszagú genyrt ürítő tályogra bukkantunk, mely a hasüreg felé a fibrinosusan alig összetapadt vékonybelek által *nem* volt határolva, alapját a vakbél képezte: különösen a kis medenceze felé azon eltokolódás *nem* volt kifejezett úgy, hogy e helyből a képletek gyengéd széjjelhúzása alkalmával, meglehetősen sok, erősen zavaros, genyes, hig folyadék távozott. A medenceze mélyében a geny sűrűbb volt, míg a hasür bal fele felől ömlő folyadék ismét inkább *seropurulens*. A baloldali recessus és a medenezét rögtön steril gaze-esikokkal tamponálva, a feregnyúlvány kereséséhez fogtunk, azonban azt könnyen nem találván, megelégedtünk a coecalis tályogüregek steril gaze-esikokkal való külön tamponálásával, s ezután a seb felső és alsó esücskét silkworm-öltésekkel szűkítettük.

Lefolyás: A műtétet követő reggelen a láz még meglehetősen magas (38.5), hányás azonban nem jelentkezett s a csuklás elmaradt. Pulsus 108, légzés 28. Nyelv bevont, nem száraz. A has érzékenysége nem fokozódott. Szelek nem mentek. Estig az állapot nem rosszabbodott, hányás, csuklás elmúlt. Szelek nem mentek. Hőmérsék 38.3. A kötés átütött, e miatt a felületes rétegek megújítottak. Excitantiák, jégtömlő a hasra. Harmadnap határozott javulás. A beteg közérzete javult, nyelv rendes, reggeli hőmérséklet 37.5. Has kevésbé érzékeny, glycerinklysmára szelek jelentkeztek. Kötésváltoztatások az erősen átívódott esikok meglazítottak. A javulás ezután fokozatosan haladt előre: 4-dik nap beöntésre széke jelentkezett, 5-dik nap a esikok újakkal lettek felcserélve, midőn a sebből elég sok *necrotikus cszafatot távolítottunk el*, melyről feltettük, hogy részben a gangraeneskált feregnyúlvány darabjai. A has puffadtsága és érzékenysége megszűnt. Ezután napon-

ként kötészváltás a csikok felcserélésével, 8—9 nap múlva a sebürege meglehetősen tiszta és élénken sarjadzik. Láz teljesen megszűnt, étvágy megjött, szék naponta, hol spontán, hol beöntésre.

A beteg márczius elején gyógyultan távozott, a behegedt sebvonalra pelottát kap.

A beteg ezután az előirt étrendi szabályokhoz tartja magát, a nyár folyamán karlsbadi kúrán megy keresztül, közérzete kitünő. A nyár végén bemutatáskor a vakbél táján resistentia nincs, csupán a heg közepe érzékeny, s itt a mélyben fixáltnak látszik.

Teljes jóllét 1897. december 22-dikéig. Midőn újlag hirtelen rosszul lett, újból kifejezett epityphlitikus attaque-ot kap, azonban a tünetek meglehetősen localizálva maradnak. A heg közepe azonban mind fájdalommasabb lesz, e helyen diónyi abscessus keletkezik, mely december 24-dikén felnyitattott, midőn is abból két evőkanálnyi igen büzös, bélsárszagú geny ürült. Mivel az abscessusnak szétágazó öblösödései nem voltak, azt egyszerűen tamponáltuk és így nyitva kezeltük. A sebürege az általános tünetek fokozatos visszafejlődésével lassankint kitelődött, s a beteg három hétre meggyógyult. Azóta teljesen egészséges.

Mivel valószínű, hogy a recidiva a főregnyúlvány csontjából indult ki, ajánlottuk a processus veriformis radicalis kiirtását rohammentes időben. Külső okokból beteg ezt eddig halasztotta s csak a jövő hetekben akarja magát a műtétnek alávetni.

21. *Epityphlitis perforativa, diffus genyes peritonitissel.*

S. János 30 éves nőtlen mészáros Budapestről. Húsz éves koráig egészséges volt, ez idő óta epilepsia. 1897. márczius 16-dikán állítólag gyomorrontás után hirtelen rosszul lett, ugyanazon nap délután két perczig tartó epileptikus roham, melyből felocsudva a vakbél táján nagy fájdalmakat érzett. Azóta szél- és székrekedés, majd lázak léptek fel, vizelni nem tudott, úgy hogy naponként katheterezni kellett. 17-dikén erősen hányt és csuklott és állapota rosszabbodván, 18-dikán a szent István-kórházban Hochhalt tanár osztályára vétette fel magát, hol constatálták, hogy a már akkor erősen puffadt és feszes has legérzékenyebb az ileo-coecalis tájon. Ugyanitt a kopogtatási hang tompult. Beöntésre egy-két szél távozik. A további kezelés opium-adagolásból áll. 20-dikán a beteg láztalan, de állapota azért nem javult, folytonosan hány és csuklik. 21-dikén a meteorismus erősen fokozódott, a rekesz jobboldalt a negyedik bordánál áll, has ad maximum kitágult. Ileo-coecalis fájdalmak kisebbeknek, legmagasabb hőmérsék 38°, de a pulsus gyenge és szapora. 22-dikén az állapot folyton rosszabbodik, facies abdominalis, 23-dikán reggel végtagok hífősek, bőr tapadós. Folyton hány és csuklik, a hányadék nem bélsárszagú, pulsus 116, légzés 32. Ilyen állapotban tétetett át a sebész osztályra, hol a nyomban megejtett műtét előtt a következő status constatáltott:

Has mindenütt egyenletes mértékben hordószerűleg puffadt. A jobb hypogastrium feszes, nyomásra fájdalmas, különben a has nem érzékeny. A jobb ileo-coecalis tájékban a Poupart-szalag közepétől kezdődő, felfelé elmosódva egy az ágyéktáj felé folytatódó, medialiter éles convex széllel bíró, tömött, fluctuatiót nem mutató resistentia tapintható, a mely fölött a bőr nem oedemás. A jobb lumbalis és hypogastrikus tájék felett a kopogtatási hang tompult. Máj állásban, tompulata lényegesen kisebbedett, léptompulat meg van nagyobbodva. A

has középső része fölött a kopogtatási hang mindenütt dobos, bal lumbalis tájon a hónaljvonaltól hátrafelé ismét tompult, mely tompulat a betegnek jobb oldalra való fektetésénél egészen feltisztul. Bal oldal-fekvésnél a jobboldali lumbalis tompulat is feltisztul és e helyzetben csupán az ileo-coecalis tájéknak megfelelő tenyérnagyságú, lefelé élesen határolt terület ad tompulatot. (Tehát szabad folyadékgyülem van a hasüregben.) Az analis vizsgálat felvilágosítást nem nyújt. Vizeletben sok indican.

Műtét márczius 23-dikán. 20 cm. hosszú rézsutos metszés két ujnyira a Poupart-szálág fölött. Lobosan infiltrált hasfalak. A fascia transversa megnyitása előtt próbapunctio, mely sárga geny eredményez. Hasüreg megnyitásakor körülbelül 300 gramm reudkívül bűzös bélsárszagú geny ürül. A peritoneum kellő hosszúságban megnyitván, az erősen tágult vakbél tolul elő, mely a szomszédsággal fibrinálhártyák közvetítésével összetapasztatott. A tályogúr alsó, a hólyag felé eső zugában azonban ez az összetapadás csak felületes, úgy hogy e hely fölől a műtét alatt zavaros fibrinnel kevert savó ömlik elő. *Diffus peritonitis.* Ide hosszú steril gaze-csik lesz bevezetve és így a hasüreg kifelé drainezve. A feregnyúlványt a vakbél alatt ettől jobbra, közte és a hasfalak közti barázdákban fibrinhártyák közé ágyazva találjuk. Kifejtésekor körülbelül mogyorónyi tályogúrt nyitottunk meg. Az igen vastag feregnyúlványon vak végétől 3 cm.-nyire körülbelül gombostűnagyságú nyílás mutatkozik, melynek szélei czafatosak és 1—2 mm. széles necrotikus gyűrű által körnezettek. E hely fölött 1 cm.-nyire a kipraeparált feregnyúlványt Kocher-csipőbe szorítottuk és e fölött resecáltuk, a mélybe pedig steril gaze-csikot vezettünk. A resecált feregnyúlvány lumene sonda számára átjárható, benne nyák. Ezután a seb alsó $\frac{2}{3}$ -át silkworm-varratokkal egyesítvén, a felső részt nyitva hagytuk.

Lefolyás. A műtét estéjén a pulsus 132, légzés 28, nyelv száraz, has puffadt, keveset csuklik, nagy fájdalmak a hasban, katheter. Maximalis hőmérsék 38.4. Másnapra az állapot folyton rosszabbodik, arc beesett, nyelv száraz, nyákhártyák cyanotikusak, nem hány, szelek nem mennek. Transfusio, cognac, thea, borleves, valamint coffein subcutan a collapsust feltartani nem tudják és a beteg 12 óraker meghal. A *Feldmann* tanárság által megejtett bonczolásnál következő konstatáltak:

Peritonitis fibrino-purulenta universalis cum meteorismo maximi gradus. Operatio perityphlitis indicata cum resectione proc. vermiformis. A kiirtott feregnyúlvány szomszédságában elhalt czafatok, a centralis vég nincs alákötve, sonda számára átjárható, de bélgázok nyomásra nem surrannak ki. Egy búzaszemnyi bélsárkő a feregnyúlvány benyílásánál.

22. *Epityphlitis perforativa, diffus peritonitissal és ileussal.*

K. Ferencz 51 éves ezredes. Jelen bajáig mindig egészséges volt, széke mindig rendben volt. 1897. április 23-dikán ebéd után hirtelen heves fájdalmak léptek fel a gyomor táján. Ezen göresszerű fájdalmak elterjedtek az egész has fölött, a mely erősen felfúvódott. Ezen idő óta teljes szél- és székrekedés, csak egy ízben volt magas beöntésre kevés széke, de szelek nem távoztak. Ugyanaznap este óta folyton hány 3—4 órai időközökben, daczára mindennemű ellenszerelésnek. Április 28-dikán a hányadék bélsárszagú, hő mérsékelten emelkedett. Müller tanárral ugyanaznap consultatió megállapítjuk, hogy a nagy fokban elesett beteg hasa erősen puffadt, inguinalis kapuk ujjal átjárhatóak, a jobb inguinalis gyűrű fölött csekély resistentia, ugyanott loecsanás, a kopogtatási hang itt kissé tompolt dobos, has mindenütt igen érzékeny. Beteg a nap folya-

mán a sanatoriumba szállíttatik, hol azonnal magas sennabeöntéseket kap, a melyek azonban nem vezetnek eredményre. E miatt rögtön — tehát a megbetegés 6-dik napján — *műtét* morphiüm-chloroform-narcosisban. Mivel az ileus symptomái annyira előtérben állottak és nem voltunk egészen bizonyosak abban, hogy a baj a féregnyúlványból indul ki, a hasüreget a köldöktől a symphysisig vezetett medialis metszéssel bőven megnyitottuk. A belek hatalmasan, karvastagságnyra puffadtak, hashártyájuk élénken belövelt, genyes rostonyás czafatokkal fedett és összetapadt. A beleken peristaltika absolute nem észlelhető. Már ezekből bizonyossá vált, hogy perforatiós peritonitis van jelen. Tényleg a typhlon felé hatolva, egy gyermekökölnyi kisebb tályogűrben, mely azonban vem volt eltokolva, hanem szabadon kommunikált a hasüreggel, a szögletben megtört, átfúródott féregnyúlványra bukkanunk, a mely azonnal rescecáltatik. A paritikus, rendkívül puffadt beleket több helyen finom Pravaz-tűvel pungáljuk, hogy a gázokat kibocsássuk majd, mivel ez nem bizonyul elegendőnek, a legprominensebb bélkacsot felvágjuk és az ejtett seben körülbelül 1½ liter hig béltartalmat és nagy mennyiségű bélgázt bocsátunk ki, természetesen a hashártya és a hasür kellő megvédésével. Az ejtett seb gondos bevarrása után a jobb inguinalis tájon ellennyilást készítünk és ezen keresztül gaze-esikot húzunk a vakbél körüli tályoghoz. Ezen kívül a symphysis fölött a kis medenezébe drain-t és gaze-tampont vezetünk. Athatoló hasfalvarrat: a seb felső részét egyesítjük, míg az alsó teljesen nyitva marad, hogy a hasprés működése kizárassék és a genynek szabad lefolyása legyen.

Lefolyás. A műtöti nap délutánján, valamint a következő reggel beteg *nagyon jól érzi magát*, pulsus 86, légzés 26, hőmérsék 37.40, nem hányt, nem csuklott, glycerin klysmára és beöntésre szelek is távoztak. Kevés hig táplálékot és cognacot vett magához. Műtötet követő nap estéjén azonban hirtelen rosszul lett, szív működés gyengült, pulsus ingadozó lett és daczára a rögtön alkalmazott szerelésnek, u. m. 500 cm³ transfusio, camph. aeth. és coffein. natr. salicyl. subcután, a szív működést emelni nem sikerült, úgy hogy 30-dikán collapsusban exitus.

Érdekes és fontos ez az eset azért, mert mutatja, hogy vannak perforatiós peritonitisek, a melyeknél a kórkép, az egész tünetesoport annyira hasonlít az ileushoz, hogy jóformán lehetetlen a kettőt egymástól megkülönböztetni. E tekintetben felemlitendőnek tartom Czernynek a heidelbergi klinika 1897-ben kifejtett sebészeti tevékenységéről közölt kimutatását, a melyben a kiváló szerző azt mondja, hogy valamennyi esetben, a hol a féregnyúlvány acut perforatiója folytán keletkezett, általános genyes peritonitis miatt operált, mindig csak a *megbetegedés gyakorisága vezette arra a felvételre, hogy a proc. vermiformis képezi a baj kiindulási pontját.* „In allen Fällen beherrscht der Symptomencomplex des Ileus mit Peritonitis derart das Krankheitsbild, dass nur aus der Häufigkeit der Ursache der wahrscheinliche Ausgangspunkt der Erkrankung in den perforirten Appendix gelegt wurde.“ Az én esetemben a betegnek magas lázai nem voltak, a hatalmas meteorismus, jó pulsus, a bélcanalisatio zavara inkább hirtelen beállott bélszükültre vallott, a mely körülmények mellett a csekély fokú resistentia és loecsesanás a jobb inguinalis tájon nem igen

jött tekintetbe, mert ép úgy keletkezhett az egy a stenosis fölött helyet foglaló tágut és híg bélsárral telt vékonybélkacs előfekvése folytán is. Hogy különösen férfiaknál erősebb meteorismus nélkül is kisebb resistantiát a vastag hasfalón keresztül kitapintani nem lehet, az természetes, úgy hogy több mint bizonyos, hogy a jövőben is fogunk találkozni kétes esetekkel, a melyekben a diagnosis felállítása és ebből folyólag a metszés helyének a kiválasztása nehéz feladatot fog képezni. Ha a féregnyúlvány megbetegedése forog fenn, kétségtelenül czélszerűbb a Poupert-szálag fölött bemetszeni, ámbar diffus peritonitis esetén még ilyenkor is szükségessé válhat a középvonalban való behatolás; másrészt azonban bél-elzáródásnál a lateralis metszés rendkívül kellemetlen és idő-vesztéssel jár, mert a tájékozódás, mint már több esetben meggyőződni alkalmam volt, jóformán lehetetlen. Így tényleg nem marad egyéb választásunk, mint esetről esetre ott bemetszeni, a hol a valószínűség szerint a baj okát feltalálni véljük. Ceteris paribus, mivel a statistika azt mutatja, hogy foudroyans perforatiók, a szabad hasüregbe az appendix részéről túlnyomó gyakran fordulnak elő, jobb lesz kétes esetekben itt keresni a kórokat. Műhibát a középvonalon való bemetszéssel csak akkor követnénk el, ha a hasüreg ép volna, körülírt tályog ülne a vakbél körül és mi egészséges bélkacsok között nyitnánk magunknak utat a tályog felé, a mi a betegre nézve természetesen vészthozóvá válhatnék. Ilyenkor nézetem szerint legtanácsosabb lenne bezárni a hasüreget és második metszéssel a Poupert-szálag fölött hatolni a genygyülemhez. A fenforgó esetben a középvonalon való bemetszés absolute nem ártott a betegnek, a mennyiben már diffus peritonitis okozta hatalmas elváltozásokra bukkantunk és a kis tályogür szabadon kommunikált a hasüreggel; a lateralis bemetszés azonban határozottan rövidítette volna a műtét idejét és a féregnyúlvány resectióját is könnyítette volna.

23. *Epityphlitis perforativa cum peritonitide ichorosa.*

B. Kálmán. 20 éves vasöntő Sarjrol. 11 éves korában anyja hasba rúgta és e miatt 1½ évig betegen feküdt a Stefánia-kórházban. 3 héttel ezelőtt hirtelen rosszul lett, erős hasgörcsök, székrekedés lepték meg. Egy hét múlva lázzal ágyba feküdt, de hányni csak 1897. október 16-dikán esti 11 órakor kezdett. Már előbb esuklott és rázóhidegei voltak.

Felvételkor facies abdominalis, arez és végtagok hideg verejtékekkel fedve, nyelv száraz, tüdőhatárok feltolva. Has feszes, egyenletesen erősen puffadt, nyomásra mindenütt fájdalmas, máj állásban, léptompulat rendes. Resistentiát kitapintani, a puffadt hasfalakon keresztül nem lehet. Kopogtatási hang mindkét ágyéktájban tompult, mely tompulat oldalfektetéskor feltisztul (szabad folyadékgyülem). Typhlon

táján a felső csipőtővis körül, hanyattfekvéskor másfél ujjnyi tompulati zóna található, mely a betegnek baloldalt fekvésekor feltisztul. Analis vizsgálatkor jobboldalt elődomborodó, rugalmas duzzanat. Próba-punctióra a jobb ágyéktájban a typhlon alatt bűzös barnás geny. Pulsus elég telt 104, légzés 26.

Műtét október 18-dikán. 20 cm. typikus rézsutos metszés a Poupart-szalag fölött. A hashártya megnyitásakor sok sűrű, sárgás, bűzös bélsárszagú geny ürül, egy a beleknek vastag fibrosus összetapadása folytán eltokolt vakbél fölötti üregből, melynek elővigyázatos tisztítása-
kor egy felső és alsó hasadékon keresztül a szabad hasüregbe lehet jutni, a honnan ugyancsak majd higabb, szenyesszínű, majd zavarosabb, sűrűbb geny tulul kifelé. Draincső a szabad hasüregbe. Mivel a diffus peritonitis ily nagyon genyesnek bizonyult, a már alkalmazott met-
szésen kívül a hasüregt a bal quadratus lumborum mellő szélén rézsutos irányban 10 cm.-nyire megnyitjuk és ide is steri!-gaze-csíkakat vezetünk be. Cognac, grog, konyhasó-infusio, autotransfusio.

Lefolyás. Beteg állapota, a műteti beavatkozás daczára, folyton rosszabbodik, hőmérsék subnormalis, has feszes marad, széke beöntés daczára nincs, szelek nem mennek. 19-dikén délután 3 órakor collapsus-
ban elhal.

Generisch tanár által megejtett bonczolat a következőket deríti ki.

A kis medenczében 300 gramm, a hasüregben összesen $\frac{1}{2}$ liter geny. Hashártya erősen belövelt, rostonyával, résztint genynyel bevont. Tüdők hátul savósan beszűrődöttek. A feregnyúlvány a vakbél falához simulva és szorosan odanőve, annak külső oldalán felfelé jut, úgy hogy a bél-
falon kívülről meg sem ismerhető. Felső végén összekunkorodva, a vakbél és az odanőtt hashártya között eltűnik (ez a darab 2 cm. hosszú). A kanyarodás táján egy leucsenyi fakó petty van, erősen belövelt kör-
nyékkel és ezen kölesnyi lyuk, melyből geny nyomható ki. Fel-
metszésnél kitűnik, hogy a feregnyúlvány nyákhártyája barnás, zafatos hártá-
vá alakult, a submucosa, muscularis pedig erősen duzzadt és belövelt és a hajlás táján az egész feregnyúlvány fala mintegy babnyi területen erősen lágyult.

Diagnosis: Appendicitis perforativa cum peritonitide ichorosa, meteorismus, enteritis diphteritica intestini jejunii, atrophia universalis, oedema pulmonum. *Bélsárga nincs.*

24. *Epityphlitis ulcerosa, calculosa, perforativa diffus peritonitissel.*

K. Vilma, 14 éves, cseléd, Debreczenből. Öt év óta évenként vannak egy-két ízben görcsös fájdalmai az alhasban, különösen a vak-
bél táján. Ilyenkor láza is van. Kilencz nap előtt ismét fájdalmak lepték meg, ez alkalommal főleg a köldök alatt, rázóhidegek, erős hányás, gyomorgörcsök kíséretében. Hasa felpuffadt, szél- és székrekedés. Két
nap előtt Hochhalt tanár osztályára került, hol állapota folyton súlyosbodott, miért is műtét céljából a sebészeti osztályra tétetett át.

Felvételkor erős collapsus, facies abdominalis, végtagokat hideg verejték fedi, pulsus filiformis 164, légzés 48, sensorium zavart, hatalmas meteorismus és különösen az alhas jobb oldalán érzékenység. A has fölött a
gyomorgödör táját kivéve mindenütt tompa vagy tompult dobos a kopogtatási hang. Máj feltolt. Beteg minden 5—6 perczben hány, a hányadék bélsárszagú.

Műtét 1897. november 13-dikán. Mivel a vizsgálat alapján való-
színű volt, hogy az egész hasüreg diffuse genynyel telt, a metszést a középvonalban a köldöktől a symphysis vezetjük. Eleinte sok hig,

sárgás, czafatos genyváladék ömlött elő, majd a belek gyenge tapadásait szétválasztva, közülik egyes genyvasakokból, de különösen a vakbél tájékáról rendkívül sok, sűrű, majdnem tejfelszerű, igen bűzös, sárgásbarna geny ürült. A *vakbél táján összenövések*. Miután a genyt lehetőleg kimerítettük és a hasüreget minden irányban hosszú gaze-sikkokkal tamponáltuk, a jobb lumbalis tájon 5—6 cm. hosszú ellen-nyílást készítettünk, mely alkalommal újból nagy mennyiségű geny ömlött elő. Az ellennyíláson keresztül vastag drainsövet vezetünk a hasüregbe.

Collapsus és halál ugyanaz nap esti fél kilencz órákor.

A *bonczolás* a következőket deríti ki:

Kis medenczében 400 gr. zöldesgenyes folyadék. Belek egymással rostonyásan összetapadtak, legerősebben a vakbél szomszéd-ságában. Hashártya mindenütt erősen belővelt. A proc. vermiformis a vakbél belső oldalán eleinte le- és befelé halad és ezen 3 cm. hosszú részlete ujnyi vastagságú, majd ivalakban lefelé görbüli és a promon-torium jobb szélén majdnem függélyes irányban haladva, ott végződik; e részlet 5 cm. hosszú. Csücsától 1-7 cm.-re lencsényi nyílás, melynek szélei mintegy millimeternyi szélességben fehéres, fakószürke elszíne-se-dést mutatnak, lekerekítettek. A proc. vermif. felső részletében 1½ cm. hosszú, 8—10 mm. széles, revolvergolyó-alakú érdes felületű kő.

Diagnosis: Appendicitis ulcerosa calculosa cum perfor. proc. vermif. Peritonitis purulenta diffusa.

25. *Epityphlitis perforativa diffus genyes peritonitissal.*

Dr. G. H.-né 20 éves hölgy Aradról. Hereditas a családban nincs, székrekedésben szenvedett kólikákkal. 1897. nyarán Franzensbadban göresszerű hasfájdalmak lepték meg, s ott 3 hétig feküdt perityphlitis diagnosissal. Láza nem volt, 8 napig székrekedés. Ez idő óta állandóan obstipált. Jelen baja 1898. jan. 9-dikén kezdődött állítólag gyomorterhelésre. 10-dikén a fájdalmak tűrhetetlenekké váltak a jobb alhasban, magas lázak 39-10-ig, has felpuffadt, teljes szél- és székrekedés. Állapota rosszab-bodván, nevezetesen erős hányás és csuklás lépven fel, *Müller* és *Hirschler* tanárok csak 3 nappal később consultáltatnak, kik a typhlon táján daganatot találnak a has diffus érzékenységgel. 15-dikén a hőmérsék 37-60, a vakbél-táji izzadmány növekedett, gyomor absolut semmit sem tűr meg. 16-dikán hőmérsék 37-1—37-60, beöntés hatástalan, meteorismus nagyobbodott. 17-dikén állapot rosszabbodik, pulsus 120, igen debilis, foly-tonos hányás és csuklás. *Müller* és *Hirschler* tanárokkal consultálva megállapítjuk, hogy az epityphlitikus izzadmány mellett diffus peritonitis forog fenn és a Douglasban szintén izzadmány foglal helyet. E miatt műtétí beavatkozás lesz elhatározva, mely azonban külső okokból más-napra halasztatik.

A sanatoriumba való felvételnél nyelv száraz, has hordószerűleg puffadt, mindenütt rendkívül fájdalmas és érzékeny. Jobboldalt igen kiscsök resistencia a vakbél táján, absolut szél- és székrekedés, foly-tonos fűzőld hányás; végbélen át nagyon fájdalmas, a rectum lumenébe betűremkedő fluctuáló daganat segmentuma érezhető. Méh anteflexióban.

Műtét könnyű chloroform-narcosisban 1898. jan. 19-dikén. Typikus metszés. A coecum szomszéd-ságában az ileum kacsok zöldes-sárga rostonyás genyes, felrakódást mutatnak. A belek között j. o. kevés húslészerű barnászürke izzadmány. A vakbél-től mellfelé egy írón-vastagságú köteg, mely a proc. vermiformisnak bizonyul és a coecumhoz közel lencsényi átfürödést mutat. Utóbbi szabadon nyílik a hasürbe. A főregnyúlvány mélyen levonul a kis medenczébe s ott egy hatalmas tályog-űrbe ér bele, melyből körülbelül ¾ l. rendkívül bűzös geny ürül. A

tályog egyrészt, baloldalt, vékonybélkacsok közé terjed, másrészt lemegy a Douglasba. Ez utóbbi elhelyeződés miatt czélszerűnek látszik a vagina tompa átszúrása, a mi megtörténvén, az egész tályogüreget a hüvely felé ujjnyi vastag drainsüvel alagesüveztük. A proc. vermiformis 8 cm. hosszban reszecáltott, a hasüreg pedig Mikulicz szerint tamponáltatott.

Lefolyás: Műtét napján elég kedvező állapot. Nem hány, nem csuklik, de has fájdalmas és szelek nem mennek. Resp. 18. P. 120, igen gyenge, könnyen elnyomható. Hőmérsék max. 38.4° C. Éjjel keveset alszik. Következő nap: Hőmérsék 37.4° C, nagy elesettség, belek nem működnek. P. 156 filiformis. Collapsus. Exitus.

26. *Epityphlitis gangraenosa diffus peritonitissal. Gyógyulás. Másodlagos bélsársipoly-műtét. Gyógyulás.*¹

B. Kamill, 10 éves tanuló, Budapestről. Tuberculositikus hereditas a családban nincsen. A gyermek az utolsó években állandóan székrekedésben szenvedett. Vakbéllobja ezelőtt sohasem volt. 1898. november hó 10-dikén erős hasmenéssel betegedett meg, de 6 napig fenjárt; nov. 16-dika óta ágyban fekszik. 17-dike óta colicákkal abszolút szél- és székrekedés. 18-dika óta folyton hány a hányadék földes színű, de bélsárszagú sohasem volt. 16-dika óta lázas, de a hőmérsék egészben csak 39° felé emelkedett, egyébként 37° és 38° között ingadozott. 19-dike óta a kezelő-orvosok Stern tanár és Klein tagtárs gyermekköklyi daganatot constatáltak a vakbél táján. 20-dikán esti 10 órakor a gyermek rázó-hideggel hirtelen collabált, nagy cyanosissal, hideg verejtékekkel, alig olvasható pulsussal fektült néhány órán át, miközben a temperatura subnormalis lett. Az éj folyamán folyton hányt és csuklott, másnap 21-dikén reggel egy tanácskozmány alkalmával, melyen én is részt vettem, megállapítható volt, hogy a has erősen meteoristikus, májtompulat elől teljesen hiányzik; diffus érzékenység a has felületeén legcsekélyebb érintésre; nagy tompulat nemcsak a typhlon táján, hanem baloldalt a flexura sigmoidea táján, az egész alhasban, sőt a bal lumbalis tájon is, mely utóbbi tompulat a jobb oldalra való fektetésnél feltisztul úgy, hogy kétségtelen, miszerint a hasban szabad folyadékgyülemmel van dolgunk. A rohamosan fejlődött exsudatív képződmény, a diffus peritonitis minden jele, a cyanosis, és hideg végtagok, becssett arc, sötétkék ajkak, egybevetve a hirtelen beállott collapsussal, semmi kétséget sem hagytak fenn az iránt, hogy itt tényleg diffus genyes peritonitis lépett fel a legfoudroyansabb formájában, valószínűleg hirtelen átfürödés folytán. Mivel a pulsus is kissé jobb volt mint előtte való este, próbaképen a rögtöni laparotomiára határoztuk el magunkat, a mely műtét november 21-dikén d. e. 11 órakor, tehát 13 órával az átfürödés után gyenge chloroform-narcosisban végre is lett hajva.

Typikus metszés párhuzamosan a Poupart-szalaggal; mindenekelőtt egy kis tojásnagyságú sűrű genyet tartalmazó tályogot nyitunk meg, a melynek mellső és hátsó falát erősen injeciált, genyes lepedékkel borított, szabadon fekvő vékonybélkacsok képezik. A mélyből a Douglas felől friss higabb geny szivárog. Lefelé haladva a Douglas felé a hólyag mögött egy majdnem két öklő nagyságú nagyobb tályogot nyitunk meg, melyből szintén sűrű geny ömlik. A tályog megtisztításakor kitétnik, hogy a szabad hasürbe mindenünnen, de nevezetesen a flex. sigmoidea tájékáról nagy mennyiségű genyes-savós folyadék tolul elő. A vak-

¹ Bemutatattott a bpesti kir. orvosegyesület 1899. október 21-dikén tartott ülésén.

béltől vízszintesen befelé fekszik a proc. vermiformis, fel- és hátra-
csapódva teljesen összköszödve. 11 cm. hosszúságban szabadbá prae-
paráltatván, ép részében közvetlenül a vakbélén reszecáltatik. A lemet-
szett csont 2 etageban sero-serosus varratokkal elzáratik. A kiirtott
féregnyúlványban 2 átfúródást és egy kis borsónyi bélsárkövet találunk.
A tályogürök, nevezetesen a medenceze felé vezető ür steril gazevel
bőven tamponáltatnak. Részleges varrat. Kötés.

Lefolyás minden várakozáson felül kedvező. Közvetlenül a műtét
után normalis hőmérsékletek, csupán 6-od nap csekély hőemelkedés
38-30 C.-ig, mely részben székrekedésre vezethető vissza, részben azon
körülményre, hogy a tályog bal oldalán a flexura sigmoidea fölött egy
kis tompulat van jelen, mely minden valószínűség szerint egy a bél-
kacsok között bezárt sero-purulens izzadmánytömegnek felel meg s
csak lassan szívódik fel. Néhány nap alatt azonban nedves borogatá-
sokra e helyütt is enged a resistentia. A tompult hang lassan-lassan
feltisztul, a bél canalisatiója magas beöntésekre normalissá válik. Pulsus
és respiratio csak műtét után 4-ed nap tértek vissza a normalisra, a
has érzékenysége csökken különösen akkor, mikor kötésváltogatásnál
a csikok lazítatnak és rövidítettnek. Műtétutáni 4-ed nap a secretio
igen bő, sok geny ürül. Ezentúl naponta kötésváltás. Állapot, közérzet
teljesen kielégítő, épügy a táplálkozás is. Műtét utáni 8-ad nap has-
sebből bő váladék ürül, a csontvarratok szétváltak. Kevés faecaliák
monnek át a sebűrbe. 9-dik és 10-dik nap állapot változatlan; a sipolyon
még mindig, különösen hashajtók után, kevés hig bélsár ömlik.

További 8 nap után a secretio mindinkább csökken, a sipoly
záródni látszik. Deczember végével semmi bélsár sem ömlik a sipolyon:
kis granulált sebbel becsáttatik el, mely nemsokára azután lapis érintésre
begyógyul. Azóta a gyermek kitünően fejlődik; 1899. július havában
kisfokú hassérve van, mely ellen pelottát visel.

Ugyanez időtájt finom hajszálsipoly létesül a heg közepén, mely-
ből naponta 1—2 csepp hig bélsár ürül. Mivel a sipoly sem tágitásra,
sem lapissal való égetésre, sem borogatásokra, fürdőzésre nem gyógyul,
1899. szeptember havában a sipoly körülmetszése, felfrissítése és a vak-
bél széleinek újból bevarrása 2 etageben finom selyemvarratokkal; mire
akadálytalan állandó gyógyulás következik.

27. *Epityphlitis gangraenosa diffus genyes peritonitissel.*

Sch. Lajos, 24 éves pinczér. 1898. június 21-dikén hasa jobb
felében hirtelen fájdalma lepték meg, lázas lett, nem hányt, nem
csuklott. Allapota rosszabbodván, 24-dikén a szt. István-kórházba vé-
tette fel magát, hol két napig elég jól volt. Az eredetileg a coecum
táján támadt daganat ez alatt kisebbedett, beteg láztalan lett. 27-dikén
hirtelen újból rosszul lett, hideg verejték, hányás, csuklás, rendkívül
szapora pulsus, úgy hogy 29-dikén diffus peritonitissel áttétetett a se-
bészeti osztályra.

Has puffadt, alhas igen fájdalmas; a nagyfokú feszesség miatt
pontosan nem vizsgálható, homályos resistentia a typhlon táján.

Műtét (Lipseher dr.) azonnal Schleich-féle anaesthesia mellett.
14 cm. tipikus metszés a Poupart-szálag fölött. Peritoneum megvasta-
godott, próbapunctióra geny. A hasúr megnyitására 1/2 l. bűzös geny
ürül, mely magával sodorja az appendix piszkos fakó, teljesen levált
4 cm. hosszú, perforált distalis harmadát. A geny kitörlése után gaze-
csikokkal tamponade a teljesen szabad hasúr közepe irányában és a kis
medenceze felé. Hassob nyitva marad.

Lefolyás. Műtétet követő napon beteg relative sokkal jobban van, pulsus 90, légzés 32. Csikok jól vezetnek, beteg keveset hányt, sokat csuklott. Harmadnaptól kezdve azonban a hőmérsék állandóan subnormalis, a hányás mind gyakoribb lesz, a csuklás állandósul, pulsus folyton gyengül, 100 majd 116. Transfusiók, cognac, forró borbeöntések daczára a szív működés mindinkább gyengül és július 3-dikán collapsusban elhal.

Bonczolásnál általános peritonitis, a kis medenczében sok sűrű geny, a proc. vermiformis distalis részlete hiányzik, csak a caecalis csonk 4 cm. hosszú részlete maradt meg.

28. *Epityphlitis perforativa diffus peritonitissl. Gyógyulás.*

A. Ármin dr., 26 éves orvos, Dobsináról. F. é. elején, húsvét táján két napig tartó kólikái voltak az ileocecalis tájra összpontosult fájdalokkal. Azóta teljesen jól érezte magát egészen f. é. október 20-dikáig, midőn éjjel, opulens vacsora után, hirtelen rosszul lett, állandó gyomormor-morás kinozta és kólikák léptek fel. Másnap 0-25 calomelt vett be, mire többször híg széke volt, egyúttal hányt is. 22-dikén este hirtelen heves hasgörcsök a gyomortájon, rázóhideg, a fájdalmak mind erősbödnek és az ileocecalis tájon legkifejezettebbek. Hasa erősen puffadni kezd, teljes szél- és szekrekedés, hashajtók és beöntések eredménytelenek, a fájdalmak pedig lassanként kiterjednek az egész hasra, egy-szersmind gyakori vizelési inger kinozza. Láza ez idő alatt nem volt. Orvosa, *Kellner* dr., aqua laxatívát rendel, majd irrigatiókat; később 5 pióczt alkalmaz a hasra, de eredménytelenül, az állapot folyton rosszabbodik, az elesettség fokozódik, beteg hány, csuklik, állandóan felbőfög, a has feszülése növekszik, a fájdalmak mindinkább erősbödnek és ezért 23-dikán este intézetembe szállítja.

Felvételkor október 23-dikán éjjel, facies abdominalis, nyelv száraz, bevont, rekesz erősen feltolt, májtompulat elől hiányzik, has feszes, hordószzerűleg puffadt, spontan és nyomásra diffuse érzékeny, fölötté a kopogtatási hang váltakozva magas, dobos. Az ileocecalis táj nem tompult. Mély palpationál e helyütt diffus resistentia és kissé nagyobb fájdalmasság. Hasfalon 5 piócza heg. Szelek, szék magas beöntések daczára nem mennek, állandóan bőfög és hány. Végbélvizsgálatnál a magasra feltolt újj homályos resistentiát tapint a Douglasban. Hőm. 36-6°. P. 92. Mindezeknél fogva *Kéll* tanárral egyetemben a valószínű diagnosist általános hashártyagyuladással társult perforatív epityphlitisre tettük és rögtöni beavatkozást javasoltunk.

Műtét október 24-dikén. Chloroform-narcosisban. Typikus metszés és előnyomulás Mac-Burney szerint. A hasüreget megnyitásánál seropurulens folyadék ürül. Elöl fekszik a csepleszszel borított, genyes fibrinosus felrakódásokat mutató vakbél, melynek szorgosabb vizsgálatánál mellfelől, az omentum alól, hirtelen büzös, vastag geny bukkan elő. Óvatos praeparálás mellett e helyen, ökölnyi tályogűrben, mely a kis medencze felé húzódik, megtaláljuk alhártlys összetapadások közepette a megtört és ilyen helyzetben rögzített feregnyúlványt. Az összenövések két-két fonál között leválasztatnak, mire a proc. vermiformis kiegyenesíthető. Amputatio manchette-képzéssel. A csonk typikus elvarrása. Óvatos kutatás mellett innen fel- és befelé, vékonybélkacsok között egy másik, körülbelül almanagyságú tályogot nyitunk meg, melyből szintén büzös geny ürül. Mikulicz-tamponade. A seb nyitva marad.

Az amputált feregnyúlvány-csonk 8 cm. hosszú, distalis vége ampullaszerűleg, erősen megvastagodott és a mesenteriolummal ellentétes felületén kis lencsényi, sötétpirosan elszinesedett helyet mutat fel. Felmetszéskor a feregnyúlválynak mintegy a közepén borsónyi *bélsárkó* ;

ettől distal $1\frac{1}{2}$ cm.-re a nyákhártya lencsenyi helyen kifekélyesedett és az ezen a helyen betolt sonda a külfelületen leírt sötét folttal kommunikáló *perforatio* felismerésére vezet.

Lefolyás kedvező. A műtét délutánján glycerinklysmára igen sok szél távozott. Nem hány, nem csuklik, a bőfőgés azonban tart. Éjjel senna-beöntésre háromszor híg székek és szelek. Hőm. 37.3° , p. 106. Másnapra az állapot nem változik, has még mindig puffadt, de kevésbé érzékeny, glycerinklysmákra székek és szelek. Közérzet lényegesen javult. Tampon lazítva. Este azonban a meteorismus újból növekszik, légszomj nagy, nyelv száraz. Széltükrő daczára szelek nem mennek. Temp. 36.7° . P. 126, R. 28. Fekete kávé, cognac, strophantus. Harmadnap reggelre spontan bő székek és sok szél. Has puffadtsága engedett. Igen jó közérzet mellett a nap folyamán többször spontan székek. Negyednapra a felbőfőzés is teljesen megszűnt. Innen kezdve, csekély icterustól eltekintve, mely azonban csakhamar elmúlik, a lefolyást mi sem zavarja november 6-dikáig, a midőn egész éjjelen át hirtelen fellépett és állandóan fennálló heves hasgörcsök kínozzák, melyeket nem tud localizálni. A közérzet ettől eltekintve változatlanul kitünő, hőm. 37.2° , p. 80, has nem puffadt, nem érzékeny. Reggelre igen sok széllal spontan székek, melyben sok geny ismerhető fel. A nap folyamán ez még kétszer ismétlődik, valamint 11-dikén is egy ízben. Kétségtelenül egy hasüregbeli eltokolt tályog, mely talán a kis medenczében foglalt helyet perforált a bélbe. Ezentúl zavartalan lefolyás, a Mikulicz-tampon végleg eltávolítatik, beteg kitünően táplálkozik, spontan székek, fájdalmak nincsenek és november 24-dikén teljesen begyógyult hegvonallal felkel.

C) Idült száraz féregnyúlványlob.

Valamennyi gyógyult.

29—39.

29. *Epityphlitis perforativa féregnyúlványsipolylyal.*

R. Laura, 30 éves kisasszony; szülei és két testvére egészségesek, giümökörra semmi adat. 1890. évig mindig egészséges, rendes széklettéssel; ez év tavaszán *influenza*, mely után magas lázzakkal, fájdalmakkal és hányással vakbélkörüli lobosodás és *tályog lépett fel*; e miatt a betegnek a jobb lágyékhajlatban bemetszés lett ejtve. Ezen alkalommal igen sok, bűzös geny ürült. Körülbelül három hét alatt a seb begyógyult és két éven át a betegnek nyugta volt. Ekkor magas lázak kíséretében újból daganat képződött az alhas jobb felében. Most a csipő oldalán lett metszés téve; az itt kiürült geny nem birt feltünő szaggal. Két héttel utóbb a két műtét sebnyílásai között communicatio támadt, melynek létrejövele az első sebzés után visszamaradt hegbe ejtett bemetszés által lett siettetve. Ezen idő óta a sebesatornák állandóan drainső és jodoformcsikkokkal lesznek nyitva tartva, gyakran rázóhideg lép fel, a mely megszűnik, ha a csöveken át nagyobb mennyiségű geny ürül. Két ízben 1893-ban a sebből kiinduló súlyos orbáncz miatt állapota igen aggasztó volt, később féloldali arczideg-hűdésben szenvedett, állandóan fájdalmak vannak, seb körül eczema, viszketegség, erős lesóványodás, étvágytalanság.

Status: Gracilis, halvány, sovány nő, labilis vasomotorikus beidegzéssel. Has puffadt, kopogtatási hang mindenütt dobos, csekély resistentia a has jobb felében a Poupart-szálag felső széle fölött. A jobb lágyékhajlatban, a Poupart-szálag közepétől kifelé, valamint a csipőtányér szélénél a jobb hátsó hónaljvonal meghosszabbításában 1—2 a köztakarót befelé vongáló és hegesen rögzítő harántirányú rés, melyeket a csipőtányér belfelületén csatornák kötnek össze.

Műtét 1894. október 8-dikán. Chloroform-aether-narkosis. A két sipolynyílást a esipőtaraj mentén összekötő 24 cm. hosszú metszés, mely a sipoly ürén áthatolva, azt egész hosszában feltárja. A sipoly hegese falzatának leválasztása közben, a menetnek mintegy a közepén, elővigyázatos praeparálás mellett a kérges, hegbe ágyazott feregnyúlvány részlete tűnik elő. Az appendix lehetőleg felszabadíttatik és annak mintegy 5 cm.-nyi kétrétbe hajtott darabja resecáltatik, lumene három selyemvarrattal egyesíttetik. Következik a seb egyesítése a hátsó hónalj vonal meghosszabbításában fekvő részlet nyitvahagyásával, melyen át a sebüreget tömőszöktetik. *A kiirtott feregnyúlványrészlet 5 cm. hosszú, közepén szűgletben visszahajtott; e szűglet csúcsának fala lenesényi hiányt mutat, melyen keresztül az ellenoldali falnak nyálkahártyájából kiinduló borsónyi, koesonyás növedék prolábál.*

Lefolyás teljesen láztalan, minden tekintetben kielégítő. Első kötészváltoztatás október 14-dikén; a seb összeforrt, de oldalt a külső szél kissé felfelé tolódott. Tampon kisebbittetik, varratok részben eltávolíttatnak. Második kötészváltoztatás október 18-dikán; secretio esekélyebb, az összes varratok kivétetnek. Gyógyultan távozott. Azóta közcérzete kitünő, széketlet normalis, fájdalmai nincsenek, súlyban 16 kilóval gyarapodott, 1899. augusztus haváig hasfali sérv nem mutatkozik.

Ritkábban fordul elő, hogy a vakbél körüli tályog, azon tályog t. i., melyről *Sahli* azt tartja, hogy jobb indulatú, kifelé törne a hasfalón át. A gyakoriságra nézve az adatok meg lehetőszen ellentmondók; így *Einhorn* 100 perforatiós eset közül, melyek Münchenben a kir. bonczatani intézetben kerültek autopsziára, csak 3 olyat említ, melynél a tályog tartalma a hasfalón át kifelé ürült, míg *Bull* 57 spontán perforatio között feltünő nagy mennyiségben, 38-szor, *Paulier* pedig 49 esetből megint csak 4 ízben említi a hasfalón át történt perforatiót. Ilyen esetekben a Poupert-szálag fölött kemény, pastosus infiltratio képződik, majd az elődomborított és pirosan elszínesedett bőr a kötszöveti elgenyedés minden symptomájával vagy spontán áttör, vagy pedig egy rendesen kisebbszerű bemetszéssel lesz megnyitható. Ez alkalommal azután bűzös, gyakran bélsárral kevert nagymennyiségű geny szokott ürülni. Gyógyulás azonban nem áll be. Egyrészt a betegség kezdeti oka, a beteg feregnyúlvány nem lesz eltávolítva, másrészt a genyes sipolyjáratok nagyon tekervényesek, az izomzat és bönnyék között mindenfelé ürök és tasakok képződnek, a melyekben a necrotikusan elhalt szövetczafatok torlódnak és a geny lefolyását akadályozzák. Nem lévén pedig a genynek szabad útja, a retroperitonealis kötőszövetben hátrafelé süllyed, a műtőnek újabb ellennyílást kell ejtenie, a mely daczára annak, hogy a legmélyebb ponton van, mégsem vezethet a kórfolyamat gyógyulásához, mert a sipoly kifelé szájadzó nyílása nem fekszik mindig a legmélyebb ponton; mindezekhez pedig hozzájárul még az is, hogy az esetek legnagyobb részében a proc. vermiformis maga, ha kicsiny helyen is, nyitva lévén,

a tályogür és bélhuzam között állandó communicatio létesül, melynek folytán septikus anyagok mindig újból és újból infectuálják a genytaskokokat.

Rendkívül tanulságos e tekintetben a fenti esetünk, a mely, mielőtt kezelésünk alá került, két ízben lett operálva. A tályogür két hosszú sipolyjára útján communicált a praedilectiós helyeken: a Poupart-szalag fölött és a csipőtaraj felső szélén a külvilággal és meglehetősen sok genyrt produkált, a mely, eltekintve attól, hogy a beteget szaga és eczemára való hajlamosítása miatt rendkívül molesztálta, még azért is nagyon kellemetlen volt, mivel genyretentíóval járó rázóhidegekre és súlyos erysipelasra adott alkalmat.

A sipolymenetek radicalis feltárását, a megtört és át-fűrődött proc. vermiformis beteg részletének resecálását zavartalan gyógyulás követte, melynek a beteg most már több mint 5 év óta örvend.

30. *Epityphlitis recidivans perforativa a feregnyúlványnak a vékonybélbe való áttörésével.*

Br. Mór, 41 éves, kecskeméti szobafestő, atyja tüdőbajban, egy testvére gégesorvadásban halt el, anyja él és egészséges. Gyermekekoraiban diphtheritist, 19 éves korában tüdőgyuladást állott ki.

Négy év előtt székszorulás mellett a vakbél táján daganat fejlődött; magas láz és fájdalmai miatt kis megszakítással két hónapig feküdt. Ezután három éven át egészséges volt. 1895. áprilisban újra megbetegedett, székrekedése volt, hasának jobb oldalában fájdalmak léptek fel, lázai voltak és a vakbél tája újból megdagadt. Nyugodt fekvés és borogatásokra állapota mindig javult, de betegsége azóta folytonosan és többször ismétlődött, úgy hogy teljesen munkaképtelen lett, mire kezelő orvosa, Weisz Jakab dr. műtéves céljából osztályomra utasította.

Felvételekor 1895. szeptember elején a kissé lesoványodott férfi esontrendszere ép, látható nyákhártyái halványak. Nyelve bevonat, étvágya jó, állandó szél- és székrekedésben szenved. Mellkasi szervei épek.

A jobboldali hypogastriumban a Poupart-szalag külső fele fölött egy kis ökölnyi sima felületű, resistensebb tapintatú, tompult dobos kopogtatási hangot adó tumor, melynek felső határa a spina ant. sup. magasságában, alsó határa a Poupart-szalagon, belső határa két haránt-ujjal a linea alban belül mutatkozik. Maga a tumor alig mozgatható, fájdalmas. A has többi része puffadt.

A hasmetszést 1895. szeptember 6-dikán végeztem chloroform-narkosisban. A jobboldali spina ant. sup. felett kezdődő, ettől be- és lefelé a Poupart-szalag felett egy ujjnyira és ezzel párhuzamosan haladó metszéssel, 15 cm. hosszúságban átszelve a küztakarót és hasizmokat, a vakbél külső széle felett nyitottam meg a hasfűrt. Erre kitűnt, hogy a vakbél mellső része, az ileum vége és a feregnyúlvány vastag heges kötőszövetbe vannak ágyazva, melyet felülről az erősen odatapadt cseplesz esücske fed. Ennek óvatos átmetszése után megtaláltam a feregnyúlványt, mely a vakbél alsó részén félhordalakúlag annak külső szélétől az ileum végének mellső falaig fut, itt szabad végével az ileumhoz szorosan odanőtt és a bélfalzat áttörése folytán a bél-lumennel itt is communicál.

A féregnyúlvány kisujnyi vastag, 8 cm. hosszú. Hosszának közepén egy kölesnyi perforationalis nyílás van, mely körül granulációs szövet kis tályogot zár magába. Belső sarkán nem találtatott. A féregnyúlvány mindkét tapadásánál leválasztatott és a megnyitott bél-lumen külön-külön 4—5 seroserosus varrattal záratott el. A peritoneum hat finom selyemöltéssel varratott össze, a nyílás mellő sarkán a hasüreg jodoformgaze-zel draineztetett. Az izomzat silkwormmal, a bőr selyemmel lett varrva. Nyomó kötés.

A kimetszett féregnyúlvány vizsgálatánál kitiint, hogy falzata lobosan megduzzadt és közepén — a jelzett perforatio felett $\frac{1}{2}$ cm.-nyire — hosszú heges szűkülettel bír, melyen a sonda éppen hogy áthatol.

A lefolyás állandóan láztalan (legmagasabb hőfok 37.3°). Érvérés 64—96, légzés 20—26 percenkint. Csuklás, hányás nem jelentkezett, a has érzékeny nem volt, közérzet igen jó. A hatodik napon többszöri hasmenés után a székelet előbb kevés, majd több frissen alvadt vérral volt keverve. Jégborogatások és opiumra azonban megszünt a bélvérzés, mely direct oki összefüggésbe a műtéttel alig hozható, minthogy a bélfal vagy véredények akkor sértve nem lettek. A későbbi székeletekben vér nem volt kimutatható. A beteg a 18-dik napon gyógyulva hagyta el az ágyat.

31. *Epityphlitis recidivans* a féregnyúlvány szűkületével.

T. Sándor, 37 éves, honvédszázados Kolozsvárról. Egészséges családból származik. 24 éves korában typhusa, 34-dik évében influenzája volt. 1894. december 3-dikán két napi megerőltető gyakorlatról hazatérve, vacsorája után egy órával hirtelen rosszul lesz. Erős kólikák, folytonosan hány. (I-ső roham.) Opiumra az állapot nem változik. Orvosa másnap hashártyagyuladást constatal, borogatásokat, opiumot rendel. Magas lázak. Széke — ennekelőtte rendszeren csak 7—10 naponként — hashajtók és beöntésre megindul. Hat hét múlva felépül s orvosa tanácsára Görzbe megy. Vakbél-táji érzékenységi állandóan megmaradt, ülés közben s mikor kevesebb az ürülése, fokozódik, a gyors járásra pedig képtelenné teszi. A vakbél táján daganatot érez, az orvosok izzadmányt constatalnak. 1895. márczius 6-dikán hányás, a belekben korgás és kolika, a typhlon-táj erősebben megduzzad. (II. roham.) Láza — állítólag — nem volt. Priesnitz-borogatások, opium, időnként hashajtók és irrigatiók rendeltetnek. Három nap múlva javulás, két hó után az ágyat elhagyja, azonban a vakbél, de a bal alhastájon is, rendszeren étkezés után néhány órával feszülés, felfuottság érzése, korgás, mely nehézségei 1—2 óra múlva megszűnnek. A typhlon tájon kisdiónyi, érzékeny daganat marad vissza állandóan; hosszabb ideig járkálni nem képes. Május végén a fent leírt tünetek között ismételtén megbetegszik; két hónapig ágyban fekvő beteg (III. roham). Augusztusban Bécsben. Diéttel osztályán észlelik; műtétet nem ajánlanak. Október 4-dikén néhány napig rosszullet, 11-dikén hányás, kolika; tünetek azonban nem oly hevesek, a vakbél-táj megduzzadt, de nem fájdalmas (IV. roham). Ágyban marad, mert hevesebb mozgás, bő székürülés által kiváltható újabb rohamtól tart. Betegségének egész folyama alatt váltakozva soványodott és megerősödött. Étvágja jó; diétát tart. Műtét végett Purjesz tanár ajánlatára december 15-dikén a sanatoriumba véteti fel magát.

Felvételkor a kevésbbé jól táplált férfi mellkasi szervei épek; vizelet normalis, indicánt nem tartalmaz. Has mérsékeltén behúzódtott, kopogtatási hangja a legnagyobb területén hangos dobos; a jobb

Poupart-szálag feletti tájon két ujnyi területen a dobos kopogtatási hang rövidebb. Tapintásra a jobboldali alhas táj resistensebb, mint a baloldali. A vékony hasfalán át tapintó ujj a vakbélnek megfelelő helyen a mélyben is érez tömöttebb resistenciát. E helyen egy hüvelyk-ujnyi nagyságú kötegszerű tömött képlet is tapintható, mely kevésbé mozgatható és az éles hatást nélkülözi. Korgás, peristaltika a hasban sehol nem érezhető. Lágyékmirigyek nem tapinthatók.

Műtét 1895. december 23-dikán, 11 cm., *hosszmetszéssel* a jobb rectus külső szélén behatolva, az izomzat átszelve, megnyitattik a hasúr. A bemetszés e helyen azért volt ajánlatos, mert constatálva volt, hogy a cecum fölötti daganat tojásnagyságú, elég jól mozgatható transversalis irányban egyrészt, másrészt a tumor majdnem a köldök magasságában fekszik, úgy hogy felni lehetett, hogy a normalis. Poupart-szálaggal párhuzamos metszéssel a cecum alsó sarkán levő erősebb összenövészekre találunk. Megnyitván a hasúr, rögtön constatálható lett, hogy az omentum majus jobb alsó szélé fűdi a vakbelet s vele elválaszthatlanul össze van növe. E miatt a nagy cseplesz nyolcz kettős selyemligatura között átszeletvén, a cecum sileum e része hozzáférhető lett. A cecumnak mellő felén körülbelül kis tyúktojásnyi kérges szövet középette, mely a bélfalánál elválaszthatlan össze volt tapadva, találtuk beágyazva a kisujnyi vastagságú összecsapott proc. vermiformist, mely gyöke felé hirtelen erősen megszűkül, úgy hogy vájt sondára nézve alig átjárható. A proc. vermiformis mesenteriolumának átmetszése s alakítása után a 8 cm. hosszú szákszerűen tágult processus resceáltatik. Mivel a cecum mellő falán ezután ezüstforintnyi terjedelemben heges beszűremkedés mutatkozik, nehogy a bélfalvarrat által a bél-lumene szűkítették a varratok harántirányban tétetnek (4 selyemvarrat).

Az omentum majus szabad alsó sarka a bélvarrat fölé helyeztetik és rögzítették, ugyanc helyen steril jodoform-gaze biztosításul új perforatio ellen. Az extirpált proc. vermiformis fala megvastagodott, túltengett, éppúgy nyálkahártyája is, szederszerű alakkal, számtalan ehy-mosissal. Izomzat, csigák öt, bőr kilencz elhelyezett selyemvarrattal záratik. Nyomkötés.

Lefolyás zavartalan. Láztól állandóan teljesen ment. Beteg a sanatoriumot négy hét lefolyása után gyógyultán hagyja el. Azóta majd négy év telt el, teljesen jól érzi magát, nehézségei nincsenek. Most is activ katona.

32. *Epityphlitis chron. a feregnyúlcsányba vezető sipolylyal. Másodlagos resectio.*

K. Hanna, 27 éves hajadon Galicziából. 1895. szeptember 6-dikán a szent István-kórházi osztályon abscessus epityphlitikus miatt operáltatott, mely alkalmommal a beteg decrepid állapotára való tekintettel a processus vermiformis nem resceáltatott. 1895. december közepén gyógyultán távozott.

Szolgálatba is lépett, de nemsokára rá ismét kolikaszerű fájdalmak lepték meg, a régi heg egy helyen kifakadt, úgy hogy e miatt 1896. július közepén ismét felvételte magát az osztályra.

Has ekkor erősen puffadt, nyomásra fájdalmas és jobboldalt a régi heg helyén a hasfal egy 15 cm.-nyi rést mutat, melyen keresztűl hastartalom tolakodik elő (hassérv). Magában a hegben egy lenesényi anyaghíány látható, mely egy 6 cm. hosszú járatba vezet, honnan igen kevés nyákos geny ürül. Mély bimanualis tapintásnál a sipolyjárat mint kis ujnyi vastag sima felületű köteg tapintható ki. Betegnek étvágya igen rossz, széke csak beöntésekre van és napjában 4—5-ször olyan

kolikaszerű fájdalmak lepik meg, hogy a földön hompereg. Tekintve azon türehtlen fájdalmakat, nemkülönben azon feltevést, hogy az említett sipolyjárat nem egyéb mint maga az átfürödött proc. vermiformis, mely a hegbe benőtt, betegnek műtétet hoztunk javaslatba, melyet július 15-dikén végre is hajtottam.

A régi hegvonallban ojtett metszéssel megnyitattik a hasür és kiderül, hogy a feltévést teljesen jogosult volt, a mennyiben a sipolyjárat tényleg maga a perforált 8 cm. hosszú feregnyúlvány. Miután utóbbi, közel a coecumhoz le lett metszve és a lik két etageban 5—5 sero-serosus varrattal elzárva, következett a hassérv radicalis műtévése. Itt először, véres és tompa úton felszabadítottam a számos összenövést, mely bél, omentum és hasfalak között időközben létesült. Erre következett a hernialis zsák kiirtása és a 15 cm. hosszú résnek rétegenként való elzárása, úgy hogy a peritoneum 9, felette az obliquus intern. 8 selyem-, az obliquus extern. 10 catgut és a bőr 14 selyemvarrattal lett elzárva.

Lefolyás teljesen láztalan. Másodnap megindultak a szelek és ötödnapp beöntésre bő széke volt. A kitünő közérzet mellett a bőrvarratok 8-ad napon eltávolítottak, az elsúlyesztett varratok reactio nélkül gyógyultak; seb teljes primát mutat. Betegnél műtét óta fent említett fájdalmak teljesen megszűntek, emésztés lefolyása igen rendes, úgy hogy súlyban jelentékenyen gyarapodott.

33. *Epityphlitis chronica a feregnyúlvány átfürödésével.*

Dr. Sz. Lajos, 49 éves ügyvéd Budapestről. Egészséges családból származik. 20 éves korában typhusa volt, 27 éves korában verhasban szenvedett. 29 éves korában ismét hagymáza volt. Ez idő óta nagyfokú obstipatio, úgy hogy mindig hashajtókkal él. 40 éves korában a vakbél tájékán heves, fájdalmas attaque, mely néhány napig tartott. (I. roham.) 1895. október havában erős vakbélgyulladás, nagy lázakkal, fájdalmak és székrekedéssel 3 hétig feküdt. (II. roham.) Két hónappal reá recidiva még súlyosabb alakban, mely miatt 4 hétig feküdt. (III. roham.) Jelen recidivája (IV. roham) 1898. márczius végével kezdődött, mely nagy fájdalmak és lázak közepette ismét ágyba döntötte. Azóta nem volt képes magát összeszedni: lesóványodik, állandóan fájdalmakat érez a typhlon táján. Súlyos bajától megszabadulandó, orvosa, Lieberman kartárs a műtétől várja a sanatoriumban gyógyulását.

Felcéltekor a rendkívül lesóványodott férfi erős soorban szenved. Hasa puffadt, a vakbél és hólyag tájékán gyenge ütésre is erős peristaltikus mozgások, testrázásra loecsanás a jobboldali hypogastriumban. A coecum tája nyomásra érzékeny, töle mellfelé egy ujjnyi vastag, kemény, kissé gübös felületű, hurkaszerű képletet lehet kitapintani, mely érintésre rendkívül érzékeny. Végbélvizsgálat negatív; abnormis tompulat nincs; erős székrekedés, mely több napi laxálást igényel.

Műtét chloroform-aether-narkosisban 1898. május 9-dikén; tipikus rézsutos metszéssel megnyitván a hasürt, a coecumhoz erősen odanőve találjuk a visszacsapódott cseplest. Ennek felemelése és a széles alszalagok leválasztása után felkeressük a proc. vermiformist, melynek kiemelésekor a vakbél mellső oldalán egy intraperitonealis diónyi nagyságú genygyülem ürül ki. A feregnyúlvány adhaesiókba úgyazva, középen megtörve fekszik a genygyülem szélén; középen teljesen perforálva van. A perforatio a fentemlített tályogűrbe vezet. A proc. vermiformis gyökén ressecáltatiks a csont 2 etageban selyemvarratokkal elzáratik. Mikulicz-tamponade; részleges varrat; kötés.

A resécált főregnyúlvány 7 cm. hosszú; felmetszetvén, a perforation kívül 2 bélsárkövet is tartalmaz és dyphteritikus lepedékkel bevont nyákhártyával bir.

Lefolyás teljesen normalis. Beteg állandóan láztalan. Gaze 3-ad és 5-öd nap részlegesen, 7-ed nap teljesen eltávolítottatik; varratok 9-ed nap lesznek kivéve. 32-ed nap teljesen gyógyulva hagyja el az ágyat. Azóta kitünően érzi magát, súlyban vagy 10 kilogrammal gyarapodott, bélzavarai, hassérve nines (utolsó hír 1899. augusztus 5-dikén).

34. *Epityphlitis recidivans* bélsárkövel a főregnyúlványban.

K. Péter, 25 éves flütő. Gyermekkorában gyakran szenvedett hideglelésben, két év előtt 1896-ban néhány hétig tartó erős gyomorfájással (epityphlitis?) feküdt. 1898. október 29-dikén jobb lágyékahajlásában erős kínzó fájdalmak léptek fel, lázakkal, melyek ágyba döntötték. Három nappal később, a has jobb alsó részében daganatot vett észre, mely nyomásra fájdalmas volt. Szék- és szélrekedés, hányás és csuklás nélkül, de nagy gyengeség. Hatodik nap felkel, de már hetedik nap ismét lázzal ágyba fekszik, úgy hogy betegségének tizedik napján a szt. István-kórház belosztályára vétette fel magát, hol a typhlon tájékán akkoriban nyomásra érzékeny resistentia volt tapintható, mely azonban borogatás és nyugalomra néhány nap alatt eltűnt. A reconvalescentia azonban igen lassan halad előre: valahányszor a beteg felkel, mindig húzó fájdalmakat érzett és kissé borzongott. A félelem, hogy nem lesz teljesen munkaképes, arra készítette, hogy bajának radicalis gyógyítása végett *Hochhalt* tanár által a sebészeti osztályra tétette át magát. 1898. december 10-dikén *mitt* Schleich-féle anaesthesia mellett. 10 cm. hosszú tipikus metszés. A peritoneum megnyitása és két selyemfonállal kifelé rögzítése után a hasüregebe behatolva kitünik, hogy az appendix mélyen sokszoros álszalagokba beágyazva hátra- és lefelé fekszik. Mivel a beteg nagyon feszít, a főregnyúlvány kiszabadítása és kiirtása előre láthatólag nehezen ment volna és ezért chloroform-narcosist alkalmazunk, mire a tájékozódás sokkal könnyebben történik. A főregnyúlványt vékonybelek fedik, vele lazán összetapadva; ezek könnyen le voltak választhatók. Az appendix maga a kis medenczébe nyúlik le, nehezen hozzáférhető, belek közé van ékelve, teljesen fedve. 1 cm.-re a vakbélhez való tapadási helyétől, két pince között átvágjuk a főregnyúlványt, miután a mesenteriolum véredényeit körülöltéssel lekötöttük. Ezután a főregnyúlványt a pincekkel kihúzva, az álhártyától tompa leválasztás útján megszabadítjuk, mire a distalis vég könnyen kiesszik. A csont tipikus átvarrása. Az appendix fészke jodoform-esikokkal lesz tamponálva, a hasseb felül és alul silkworm-varratokkal elzárva, csupán 1½ cm. széles nyílás marad nyitva a csikok kivezetésére. A kiirtott proc. vermiformis 6 cm. hosszú ¾ cm. vastag, fala 2½ mm. átmérőjű, benne egy citrommagalakú és nagyságú bélsárkő.

Lefolyás teljesen láztalan és zavartalan, beteg sohasem hányt vagy csuklott, széklet, széklétet rendesek. Műtét után harmadnap a csikok rövidítve lesznek, hatodnap eltávolítottatnak. Négy hét múlva teljesen gyógyulva hassérvt nélkül favozik.

35. *Epityphlitis recidivans*.¹

H. Imre, 18 éves tanuló. 5 év előtt 8 hónapon át gyomorhurutban szenvedett, 3 hónapon át gyakran hányt. 1894. október 4-dikén

¹ Bemutatott a budapesti kir. orvosegyesület 1899. október 21-én tartott ülésén.

hirtelen hasa jobb felében nagy fájdalmak léptek fel lázakkal, nem hányt, nem esuklott. A lázak 3 nap után elmúltak, de a fájdalmak csak lassanként engedtek. Ekkor 8 hétig feküdt. 1899. júniusban jól érezte magát. Ekkor ugyanazon helyen újból heves, szűrójellegű fájdalmak jelentkeztek napjában többször, de fenjárt. Egy év óta állandóan székrekedés, felváltva hashajtókat és beöntéseket használ, ugyanczen idő alatt étvágya is rosszabb, lesóványodik, állandóan fájdalmas nyomást érez a vakbél táján.

Felvételkor has feszes, Mac-Burney-pont nyomásra érzékeny, a m. psoas fölött jobboldalt kisűjj vastag resistens képlet tapintható.

Műtét 1899. július 29-dikén chloroform-narcosisban. 10 cm. hosszú tipikus metszés. Cecum a peritoneummal összenőtt, fél cm. hosszban be lesz metszve; a nyílás 3 első- és 4 másodosoros varrattal azonnal elvarratik. A vakbél kihúzásakor a feregnyúlvány is előtűnik, mely igen hosszú és a környezettel álszálagosan erősen van összetapadva; a mesenteriolum lekötése után töben rescáltatik. A metszés azután szűkítve lesz és csak egy finom jodoformcsik számára marad nyitva. A kiírtott feregnyúlvány $7\frac{1}{2}$ cm. hosszú, serosája inijciált, vastagodott; alsó és középső harmadában kissé dudoros, csúcsa bunkószerűleg fel-fűjt, visszafelé kunkorodott. Tartalma kissé véresen tingált nyákos bélsár; tövében lencsényi, keményebb bélsárrög. A csúcsan 2—3 kis gombostűfejnyi exulceratio; a középső és alsó harmad határán a törés helyén fél cm. területen körkörös cehymosisok.

Lefolyás teljesen láztalan és zavartalan. A has csekély érzékenysége csakhamar enged, hányás teljesen elmarad. Harmadnap éjjel kolikák lépnek fel, a melyek azonban széltűkór bevezetése után elmúlnak. Ötödik nap a csik kihúzása után kevés secretio. Hetedik nap a csik végleg eltávolíttatik. Negyedik héten gyógyultán távozik.

36. *Epityphlitis recidivans*. Hasmetcsés Mac-Burney szerint.¹

H. Ferencz, 15 éves budogosinas. Négy hónap óta eleinte lázzal társult kolikákban és a jobb hasfélben székelő esikaró fájdalmakban szenved, melyek rendszerint néhány órai tartam után önként elmúltak. 5 hét előtt köldöke táján oly heves fájdalmak léptek fel, hogy le kellett feküdnie, de ekkor nem hányt, nem esuklott; ezért a kórházban Hochhalt tanár osztályára került, hol tipikus exsudatum epityphliticumot constataáltak, a mely azonban 10 nap alatt felszívódott. Ennek daczára gyakran vannak nagyon fájdalmas göresrohamai, melyek miatt állandóan ágyban fekvő beteg. Bajának gyökeres orvoslása végett tétetett át hozzám 1899. augusztus végén.

Felvételkor hasfalak feszesek. A jobb psoason ennek irányát keresztező görgeteg, keményes képlet tapintható közel a Poupart-szálaghoz, mely nyomásra igen fájdalmas.

Műtét chloroform-narcosisban 1899. szeptember 1-én. A bőr bemetszése után az obliquus externus, internus és a transversus rostjai tompán lesznek szétválasztva, a peritoneum és a fascia transversa pedig a bõrmetszés irányára merőlegesen 6 cm. hosszban bemetszve, mire a hassebben azonnal előbukkan a vakbél a proc. vermiformissal. Utóbbi megvastagodott és laza, nyúlós álhártyákkal a cecumhoz, csúcsa felé

¹ Bemutattattott a budapesti kir. orvosegyesület 1899. október 21-dikén tartott ülésén.

pedig egy vékonybélkaeshez van rögzítve. Az álhártyák könnyen szakadnak, nem vérzékenyek. A mesenteriolum lekötése után manchetteás amputatio. A reseált főregnyútvány 7 cm. hosszú, fala 3—4 mm. vastag, ürében kevés barnás, bűzös nyák. Közepén — a megtörés helyén — erős echymosisok és felületes erosiók. A csont 3 első és 6 másodosoros varrattal elzáratik, azután egy dohányzaeszkósszerű varrat alkalmaztatik körülötte, melynek meghúzása után az egész betüremkedik. Ezután a peritoneum és a fascia transversa 8 catgut-varrattal egyesítettik, az izmok nem varratnak, a bőrvarratok pedig csak az obliquus externus fasciáját ölelik fel.

Lefolyás teljesen láztalan és zavartalan. 8-ad napra a varratok eltávolíthatnak. Prima intentio. 15-dik napon köhöggetéskor a heg nem dudorodik elő.

37. *Epityphlitis recidivans*. Hasmetzés Mac-Burney szerint.¹

P. Antal, 46 éves, mészáros. 1897. február havában jobb lágyékában hirtelen fájdalmak léptek fel, másnap hányt, láza volt, vakbél-táj megdagadt és annyira fájdalmassá lett, hogy hozzáérni sem lehetett. A láz egy hónapig tartott, 6 hónapig ágyban feküdt. Korányi és Müller tanárok kezelték, és beteg állítása szerint megállapították, hogy az izzadmány a bélbe botört. Bajából akkor teljesen felépült, egy évig munkája után járhatott, semmiféle nehézségei nem voltak. 1898. aug. havában újból fájdalmak léptek fel a coecum táján láz kíséretében. Újabb izzadmány fejlődött. Ez alkalommal egy hónapig feküdt, de ismét teljesen helyreállt. Azóta 2—3 hónaponként láz, duzzanat és nagy fájdalmak mellett a rohamok kiújulnak, úgy hogy beteg teljesen munkaképtelenné lett. Utolsó attacke 1 héttel a felvétel előtt.

Felvételkor 1899. szept. 1-sején has puha, jobb oldalt a köldök és spina közötti táj nyomásra kissé érzékeny, a Mac Burney-féle pont felé hosszúkas, 2 hüvelyknyi széles, elmosódott határu resistentia, mely az újjak alatt elesúszik, nyomásra igen érzékeny. Innen kifelé a csipő lapát irányában egy másik fixált, elmosódott határu resistentia, mely a spina fölött 1—2 ujjnyira kezdődik és a Poupart-szálag közepéig ér.

Műtét 1899. szept. 15-dikén, chloroform-narcosisban. Börmetszés a Poupart-szálaggal párhuzamosan. A fascia externát a rostok irányában, tehát a börmetszést némileg keresztvezve szeljük át, az izmok tompán fejtetnek szét, a hashártya pedig a börmetszés irányában nyitattik meg, mert a műtét előreláthatólag complicált. A peritoneum megvastagodott, a vakbél feltűnő magasan fekszik, és elől a hasfalhoz, hátul oldalt pedig a medencezéhez teljesen fixálva van. A spinától a Poupart-szálagig vastag, laposan a hasüregbe bedomborodó extraperitonealis tömött infiltratio húzódik, a melybe bometszve szürkés-fehér, vérző, szervült fibrinszerű kérges szövetbe jutunk. A coecum lassú, fokozatos kiproeparálása után végre fent és hátul megtaláljuk a főregnyúlványt, mely a vakbél hátsó falából indul ki, a hátsó és oldalsó falhoz odatapadva, belső szélét megkerüli és minden oldalon álhártyákba ágyazva a psoas fedő peritoneumhoz volt rögzítve. Az álhártyákat tompán lefejtjük, nagyobbrészt két lekötés között átvágjuk és ekkor igen magasan, mélyen a coecum alatt s csak ez utóbbinak felemelése után lesz hozzáférhetővé a mesenteriolum. A képletek nehéz megközelíthetése folytán a főregnyúlvány egyszerű

¹ Bemutatott a budapesti kir. orvosegyesület 1899. október 21-ikén tartott ülésén.

lekötésére és levágására szorítkoztam. Az amputált csont 4 cm. hosszú, igen vastag falú, csúcsán porhanyós és itt perforált is. Mikulicz-tamponade után a sebzés réteges varratokkal szűkítették.

Lefolyás. Beteg az első napokban teljesen láztalan; 7-dik napon váladékpangás folytán némi hőemelkedés mutatkozik, mely a Mikulicz-tampon eltávolítására ismét eltűnik. A seb ezután kevés secretio mellett gyorsan szűkül. A feregnyúlvány vastag falú csontján a selyemfonál csak a műtét után 20-adnapra vágott át, a melynek eliminálásával a sebszatorna gyorsan telődött.

38. *Epityphlitis chronica.* Hasmetszés Mac-Burney szerint.

W. Ilona, 21 éves elárúsítónő. Egy év előtt hasa jobb felében heves fájdalmak léptek fel, melyek ágyba ugyan nem döntötték, de egész napon át tartva munkájában akadályozták, amál is inkább, mert e mellett állandóan rosszul érezte magát. Orvosa petefészekgyulladásnak tartotta baját, majd Dirner tanárhoz fordult, ki epityphlitis-t constatált. A fájdalmak azóta meglehetősen állandóak, éjjel gyakran felébresztik és jobb czombja behajlítására ösztönzik. Soha sem hányt, láza nem volt; de nagy állandó nehézségei miatt munkaképtelen.

Felvételkor has feszes, Mac Burney-pont nyomásra igen érzékeny, vastagodott feregnyúlvány tapintható, baloldalt az érzékenység csekélyebb. Parametriumok szabadok.

Műtét. 1899. szeptember 7-dikén. 13 cm. hosszú metszés, mely 1 ujjnyira a spina ant. sup. fölött kezdődve innen mellfelé a köldök és symphysis közti vonal közepe felé irányul. A fascia superficialis élesen az izomzat rétegek közel a spinához tompán szétfejtetnek. A peritoneum a bõrmetszés irányára függőlegesen 3–4 cm. hosszban lesz megnyitva. A vakbél előhúzásakor előtűnik, az annak külső felszínéhez odatapadt, megtört appendix, mely manchettképzés mellett tipikusan amputálódik. A resecált feregnyúlvány 9 cm. hosszú, fala megvastagodott, a megtörés helyén kölesnyi vérömleny, ürében bélsár. A csont 3 első és 5 másodsoros selyemvarrattal elzáratik, mely utóbbiak közül kettő a mesenteriolumot ráhúzza a csontokra. A betüremlés czéljából feltett dohányzacskó-varrat elszakadt. Peritoneum catgut-szűcsvarrattal egyesítetik. Drain nem alkalmazatik. A bõrvarratok az izomzatot is felölelik. Az erősen széjjelvárt fascia superficialis 4 catgutvarrattal összehúzzatik.

Lefolyás teljesen láztalan reactionélküli. Varratok 8-adnapra eltávolíttatnak. Prima intentio.

39. *Epityphlitis chron. recidiv. subphrenikus túlyoggal. Infectio aktinomycessel.*

L. Dénes, 8 éves tanuló. Gyermekkorában számarhurutot, kanyarót állott ki. 1897. január 2-dikán éjjel hirtelen háynyi kezdett, hasgörcsei voltak és különösen hasa jobb felében fenálló fájdalmakról panaszkodott. Ez mintegy 8 napig tartott, miközben legmagasabb hőmérséke 39° volt. Martini főorvos és Androvics dr. vakbélkörüli lobot constatáltak. 8-adnap pióczákra jobban lett és azontúl a javulás lassan előrehaladt, úgy hogy körülbelül 4 hét múlva felkelt. Ettől az időtől fogva, ha egy napig nem volt széke, hasfájalmak léptek fel, minnek következtében azóta székletétét figyelemmel kísérték. Egyébként jól érezte magát 1898 júliusig, a midőn újabb hasfájalmakkal ágyba feküdt. Láza ekkor nem voltak. Hashajtókra 8 nap múlva állapota annyira javult, hogy ismét fel-

kelhetett. 1898. november hóban a gyermek fokozatosan soványodni kezdett, étvágytalan lett és a hó végén rázóhideg által megelőzött esti hőemelkedések mutatkoztak 39^o-ig. Ekkor Bókay tanár narcosisban megvizsgálta, de semmi objectív betegségi jelet nem talált. Kisebb-nagyobb enyhüléssel ez az állapot elhúzódott folyó év január közepéig, midőn a igen magas lázak és a jobb mellkasban szűrő fájdalmak léptek fel, melyek alapján tüdőgyulladás lett constata. Néhány nappal később ismét heves hasfájalmak jelentkeztek, a gyermek hasa felpuffadt, széke csak hashajtókra volt. Nyolcz nap mulva az állapot hirtelen spontan javult. Február hóban ugyanis a jobb ágyéktájon fájdalmas pont keletkezett, mely lassanként tyúktójasnyi tályoggá fejlődött és kifakadt; a nyílás később tágitva lett és azóta a sipoly állandósult. 1899. augusztus közepén heves, 7 napig tartó hányás és nagyfokú hasfájalmak, magas, 40^o-ot meghaladó lázak mellett diffus peritonitis folyt le, melyet Engel kartárs figyelt meg. Széke akkor csak glycerin-klismákra volt. Utóbbi napokban azonban spontan székel, fájdalmai három nap óta enyhültek, láztalan, a vizezés igen fájdalmas.

Felcéltek (a Fásor-sanatoriumban) 1899. szeptember 9-dikén tüdők fölött kopogtatási hang baloldalt normalis, jobboldalt hátul a scapula csücsától lefelé tompult. Has feszes, resistentia alig tapintható. Jobboldalt a hátsó hónaljvonásban a 11. és 12. borda között ezüstforint-nagyságú, pörkkel fedett terület; a pörk eltávolítása után hig, savós genyet ürítő sipolynyílásra akadunk, melybe a sonda 8 cm. mélységig hátra és felfelé hatol. Székletét rendetlen, csak hashajtókra indul meg, vizelésnél néha fájdalmak a hasban, hőmérsék subfebrilis, pulsus 80.

Műtét 1899. szeptember 11-dikén chloroform-narkosisban. A fölfelé, a rekesz alá vezető sonda mentén 5 cm.-re tágitjuk a sipolynyílast; újjal behatolva, kitűnik, hogy a vese, máj és rekesz között pyogen membránával kibélelt praeformált üreg foglal helyet, melyből kis mennyiségű, párolt káposztaszagú geny ürül. Tamponade után a metszés szűkítették. Kötés.

A narkosisban megejtett vizsgálat most már a jobb ileocecalis tájon hosszúkkás, gömbölyű resistentiát mutat, miért is tervbe vették a proc. vermiformis kiirtása.

A műtett sipoly gyógyulása akadálytalanul haladt előre, beteg kitünően táplálkozott és szemlátomást gyarapodott, úgy hogy 1899. szeptember 28-dikán második műtetre határoztam el magam, melyet a következőkben vázolhatok:

Chloroform-narkosis. Typikus börmetszés 8 cm. hosszban a Poupart-szalaggal párhuzamosan. Az obliquus externus, internus és a transversus rostjaik irányában tompán szétfejtetnek, a peritoneum pedig a börmetszéshez derékszögben lesz megnyitva. Az előtóduló vastagbél alszálagos adhaesiókkal össze van tapadva a csepleszszel és két szomszédos vékonybélkaecsal. Az összenövésöknek két-két fonal között történt szétválasztása után nagy óvatosság mellett végre megtaláljuk a hosszúra nyúlt proc. vermiformist, mely bunkószerűleg megvastagodott végével a medenczébe ér le és mindenfelől álbártyákba van beágyazva. Ezeknek tompa leválasztása alkalmával a mesenteriolum egy helyen beszakad, de ezután a főregnyúlvány kifejtése nehézség nélkül sikerül. Amputatio typikus módon manchette-készítéssel. A centralis csak 3 elsőleges és 5 másodosoros varrattal záratik és invertáltatik. Az amputált főregnyúlvány 7 cm. hosszú, bunkós végén 1½ cm. széles, fala 3 mm. vastag. A képlet alsó harmadában derékszög alakban megtört, úgy hogy az egész esizmaalakot utánoz, 2½ cm.-re a bunkószerűen

megvastagodott, belsejében ampulla-módra tágult csüestől a lumen körkörös, szürkészínű, kemény tapintatú heg által teljesen obliterált, úgy hogy a legfinomabb sonda sem hatol át ezen a helyen. Mikulicz-tamponade. A seb szűkítésére a peritoneumot, transversust és obl. internust egybefogó 4, e fölé az obl. externust egyösítő másik 4 catgut-varrat és végre felül és alul a bőrt és a fasciát átfogó 6 selyemvarrat alkalmaztatik.

Lefolyás a műtét napján, valamint másnap zavartalan; a következő 3 napon át kiscsök esti hőemelkedések 38.5-ig, 140 pulsus, fájdalmak a sebben, melyek az izmok közötti váladék-retentio által vannak feltételezve. A fascia és elsüllyesztett izomvarratok lazítására és nyílt tamponadera a tünetek csakhamar visszafejlődnek, október 11-dikén a Mikulicz-tampon eltávolíttatik, a sebűr normalis módon telődik és október 21-dikén teljesen be van gyógyulva.

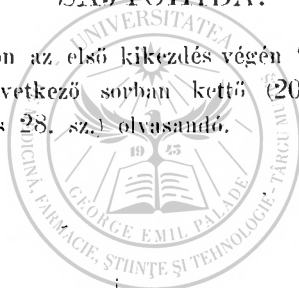
A subphrenikus sipoly ezalatt csak igen lassan gyógyult, e mellett a környéken itt-ott pustulosus infiltratumok képződtek, melyek alig mutattak hajlamot a szétesésre. November 1-én a jobb mellkastőlen hátul alul, 4 ujjnyira a gerincevonaltól, a X. borda fölött kisebb hőemelkedések kíséretében tallérnagyságú, fluctuáló terimenagyobbodás mutatkozik; bemetszéskor fungosus, mállékony szövet közepette le- és befelé bűzódó 3 sipolymentre akadunk. A kiömlő hig genyben, valamint a kikapart sarjszövetben *aktinomycesre* gyanús szemcsék találtak, mely gyanut Pertik tanár göröcsői lelete csakhamar igazolta is. Minthogy úgy a jobboldali mellhártyaűrben, mint a tüdőben lobra valló elváltozásnak még csak nyoma sincs, bizvást feltehető, hogy a fertőzés a hosszú ideig fenállott és hiányosan kötözött eredeti subphrenikus sipolyon át másodlagosan történt. E mellett szól a vakbélkörüli elváltozás tisztán lobos jellege mellett az a körülmény is, hogy a gyermek a műtétet megelőzőleg vidéken, úrpafódek környékén tartózkodott.

Irodalomjegyzék. *Achard*: La France médicale, 1897. Nr. 3. — *Albarán*: Presse médicale, 1898. Nr. 61. — *Allis*: Annals of surgery, 1896. Nr. 5. — *Armstrong*: The british medical Journal, 1897. Nr. 7. — *Assny*: Beiträge z. klin. Chirurgie, Bd. XXIII. H. 1. — *Battle*: British medical Journal, 1897. — *Benedikt*: Klinikai füzetek, 1899. — *Beck*: Volkmann's Samml. klin. Vorlesungen, 1898. — *Bernays*: Centralblatt für Chirurgie, 1898. — *Bockhardt*: Mittheil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chirurg., 1897. — *Beger*: Berl. klin. Wochenschrift, 1882. — *Barling*: British medical Journal, 1898. — *Briddon*: Centralblatt für Chirurgie, 1898. — *Brun*: Presse médicale, 1898. — *Brown*: The Lancet, 1896. — *Broca*: La France médicale, 1897. — *Caussade*: Presse médicale, 1898. Nr. 61. — *Carlston*: Centralbl. f. Chirurgie, 1898. — *Czermy* u. *Heddlus*: Beiträge z. klin. Chirurgie, 1898. — *Cousins*: Brit. méd. Journal, 1897. — *Dahlgren*: Jahresberichte der klin. Chirurgie, 1897. — *Doyen*: Médecine moderne, 1897. — *Diculafoy*: Bulletins de l'Acad. de méd., 1898. — *Duret*: La semaine médicale, 1897. — *v. Eiselsberg*: Langenbeck's Archiv, Bd. LVI., H. 2. — *Fowler*: Ueber Appendicitis (Lennander ford.), Karger, Berlin. — *Finkelstein*: Centralbl. f. Chirurgie, 1899. — *Fergusson*: British méd. Journal, 1897. — *Gubrichen*: Jahresberichte der klin. Chirurgie, 1895. — *Gerhardt*: Mittheil. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir., Bd. I. — *Haliday*: Brit. méd. Journal, 1898. — *Hastings Gilford*: The Lancet, 1893. — *Herzog*: Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, 1897. — *Isemer*: Zwei Fälle von Blinddarmenztzündung, hervorgerufen durch Aktinomyces. Inaug.-Dissert. Greifswald, 1898. — *Jalaguiet*: Presse médicale, 1897. — *Kammerer*: Annales of surgery,

1895. — *Karewsky*: Deutsche med. Wochenschrift, 1897. — *Körte*: Mittheil. aus den Grenzgeb. der Med. u. Chir., 1897. — *Kümmel*: Berl. klin. Wochenschrift, 1898. — *Küster*: Centralbl. f. Chirurgie, 1898. — *Krogius*: Centralbl. f. Chirurgie, 1898. — *Lauenstein*: Mittheil. aus den Grenzgeb. der Med. u. Chir., Bd. I. — *Legueu*: De l'appendicite. Masson et Comp., Paris, 1897. — *Letulle*: La France Médicale, 1897. — *Lenander*: Wiener klin. Wochenschrift, 1895. — *Lucas-Championnière*: Bulletins et Mémoires de la Société de chir. de Paris. Nr. 11—12. — *Marwedel*: Jahresbericht der Heidelberger chir. Klinik f. 1897. — *Mayo-Robson*: Brit. méd. Journal, 1896. — *Mc. Cosh and Hawker*: Centralbl. f. Chirurgie, 1898. — *Moizard*: Journal de médecine, chir. etc. pratiques, 1897. Nr. 8. — *Morisson Rutherford*: Centralbl. f. Chir. 1897. — *Morris*: Jahresberichte der klin. Chirurgie, 1895. — *Monod et Vanverts*: Appendicite. Masson et Comp., Paris. — *Müller*: A belgyógyászat kézikönyve. Pallas, Budapest. — *Mühsam*: Mittheil. aus den Grenzgeb. der Med. u. Chir., 1899. — *Meusser*: Mittheil. aus den Grenzgeb. der Med. u. Chir., 1897. — *Mühlhausen*: Berliner klin. Wochenschrift, 1899. — *Moynihan*: The Lancet, 1896. — *Piard*: Des suppurations à distance dans l'appendicite. Thèses de Paris, 1896. — *Rotter*: Ueber Perityphlitis. Karger, Berlin. — *Renvers*: Deutsche med. Wochenschrift, 1891. — *Richelot*: Journal de Médecine de Paris, 1897. — *Sahli*: Korrespondenzblatt für Schweizer Aerzte, 1895. — *Siredey et Le Roy*: La Semaine médicale, 1897. — *Sommer*: Ueber Indicationen für Operation der Perityphlitis. Inaug.-Diss. Greifswald, 1899. — *Sonnenburg*: Pathologie u. Therapie der Appendicitis. Karger, Berlin. — *Stimson*: Annals of surgery, 1897. — *Strattmann*: Die Radical-Operation der recidivirenden Perityphlitis. Inaug.-Dissert., Greifswald, 1898. — *Talamon*: Appendicite et Perityphlite. Masson. Paris, 1892. — *Ullmann*: Wiener klin. Wochenschrift, 1896. — *Vollert*: Deutsche med. Wochenschrift, 1891. — *Wolkovitch*: v. Langenbeck's Archiv, Bd. LVII., H. 4.

SAJTÓHIBA.

A 38. oldalon az első kikezdés végén 9 diffus . . . helyett 10 diffus . . ., következő sorban kettő (20. és 26. sz.) helyett három (20., 26. és 28. sz.) olvasandó.



~~1109 46/57~~

I. Heveny feregnyúlványlob tályogképződéssel.

Folyó szám	Név	Kor és nem	Anamnesis	A megkezdés hányadik napján operáltatott	Műtét	Műteti eredmény	M e g j e g y z é s e k
1.	K. Hanna	26 é. nő	I. roham 3 hó előtt	10	Incisio	Gyógyult	Feregnyúlvány nem találtatott. Sokszoros tályogok.
2.	G. Géza	21 é. f.	III. roham	14	Resectio	"	Feregnyúlvány perforált.
3.	H. Ilona	16 é. nő	I. r. 1 év előtt II. r. 7 hó " III. r. 5 hó "	12	"	"	Feregnyúlvány perforált. Egy nagyobb tüskés és egy kisebb tetraéder alakú bélsárkő.
4.	B. Anna	24 é. nő	I. roham	16	"	"	Feregnyúlvány perforált.
5.	F. Sándor	20 é. f.	I. roham	13	Incisio	Meghalt	Bonczolás: subphrenikus tályog, 3 májtályog, perforatio a gyomorba, peritonitis saccata perforatióval a flex. sygmoid. Epityphlitis gangraenosa. Agytályogok.
6.	T. Tibor	3 é. f.	I. roham	11	"	Gyógyult	Feregnyúlvány nem resecáltatott. Retrocoecalis és intraperitonealis tályogok.
7.	T. Antal	11 é. f.	I. roham	12	"	"	Feregnyúlvány nem találtatott. Medenczetályog.
8.	A. Salamon	46 é. f.	I. r. 6 hó előtt	28	"	"	Feregnyúlvány nem találtatott. Sokszoros intraperitonealis tályogok.
9.	F. Mari	20 é. nő	I. roham	38	Resectio. Drain a vaginán át	Meghalt	Medenczetályog. A rendkívül elhanyagolt eset sepsisben halt el.
10.	Sch. Pál	13 é. f.	I. roham	27	Incisio	Gyógyult	Feregnyúlvány nem találtatott.
11.	Cs. Sándor	25 é. f.	I. roham	25	Resectio	"	Feregnyúlvány perforált. Medenczetályog. Bélsárkő.
12.	M. Sándor	36 é. f.	I. r. 7 év előtt II. r. 6 hó " III. r. 6 hét "	12	Incisio	"	Medenczetályog. Bélsársipoly, mely önként gyógyult.
13.	W. Sarolta	16 é. nő	I. r. 1 1/2 év előtt II. r. 3 hó előtt	?	Incisio. Ellennyílás a hátsó hüvelyboltozatban	"	Feregnyúlvány perforált. Medenczetályog.
14.	K. Lajos	18 é. f.	I. roham	6	Incisio	"	Feregnyúlvány nem resecáltatott.
15.	W. Jakab	38 é. f.	I. r. 4 hó előtt	23	Resectio	"	Feregnyúlvány két helyen majdnem teljesen stricturnált.
16.	K. Róza	27 é. nő	I. r. 6 év előtt, azóta számos kisebb roham	24	"	"	Feregnyúlvány perforált. Lumbalis tályog. Bélsárkő.
17.	L. Tibor	8 é. f.	I. r. 1 év előtt II. r. 7 hó "	5	"	"	Feregnyúlvány 8 cm. hosszú. Bélsárkövek.
18.	Th. Berta	20 é. nő	I. roham	17	Incisio. Ellennyílás a lumbalis tájon	"	Feregnyúlvány-gangraena. Lumbalis tályog.

II. Heveny féregnyúlványlob általános hashártyagyuladással.

Folyó szám	Név	Kor és nem	Anamnesis	A megbetegedés hányadik napján operáltatott	Műtét	Műteti eredmény	M e g j e g y z é s e k
19.	B. Henrik	30. é. f.	I. roham	6	Incisio	Meghalt	Féregnyúlvány perforált. Az átfürödéstől centraliter átjárhatlan szűkület.
20.	K. János	30. é. f.	I. roham	3	"	Gyógyult	Féregnyúlvány-gangraena. Sokszoros tályogok.
21.	S. János	30. é. f.	I. roham	8	Resectio	Meghalt	Féregnyúlvány perforált. Bélsárkő.
22.	K. Ferencz	51. é. f.	I. roham	6	"	"	Féregnyúlvány perforált.
23.	B. Kálmán	20. é. f.	I. roham	21	Incisio	"	Féregnyúlvány perforált.
24.	K. Vilma	14. é. nő	I. r. 5 év előtt, azóta számos recidiva	9	"	"	Féregnyúlvány perforált. Bélsárkő.
25.	G. Róza	20. é. nő	I. r. 1/2 év előtt	10	Resectio. Drain a vaginán át	"	Féregnyúlvány perforált. Medenczetályog.
26.	B. Kamill	10. é. f.	I. roham	11	Resectio	Gyógyult	Féregnyúlvány-gangraena. Bélsárkő.
27.	Sch. Lajos	24. é. f.	I. roham	8	Incisio	Meghalt	Féregnyúlvány-gangraena.
28.	A. Ármin dr.	26. é. f.	I. r. 6 hó előtt	4	Resectio	Gyógyult	Féregnyúlvány perforált. Bélsárkő.

III. Idült száraz féregnyúlványlob.

Folyó szám	Név	Kor és nem	Anamnesis	A megbetegedés hányadik napján operáltatott	Műtét	Műteti eredmény	M e g j e g y z é s e k
29.	R. Laura	30. é. nő	III. roham	8	Resectio	Gyógyult	Hat év óta sipoly, mely többszörösen operáltatott. Féregnyúlvány perforált.
30.	B. Mór	41. é. f.	I. r. 4 év előtt, II. r. 5 hó előtt, azóta több recidiva	3	"	"	Féregnyúlvány perforált.
31.	T. Sándor	37. é. f.	V. roham	—	"	"	Féregnyúlvány 8 cm. h. Ecchymosisok.
32.	K. Hanna	27. é. nő	1 év előtt tályog miatt operáltatott, azóta II. roham	5	"	"	Féregnyúlvány perforált.
33.	Sz. Lajos dr.	49. é. f.	IV. roham	35	"	"	Féregnyúlvány perforált. Két bélsárkő.
34.	K. Péter	25. é. f.	II. roham	42	"	"	Féregnyúlványban bélsárkő.
35.	H. Imre	18. é. f.	II. roham	30	"	"	Féregnyúlvány csúcsán kifeléyesedett. Bélsárkő.
36.	H. Ferencz	15. é. f.	III. roham	8	"	"	Féregnyúlványban erosiók, ecchymosisok.
37.	P. Antal	16. é. f.	I. r. 2 1/2 év előtt, azóta számos reci- diva	16	"	"	Féregnyúlvány perforált.
38.	W. Ilona	21. é. nő	I. r. 1 év előtt, azóta számos recidiva	12	"	"	Féregnyúlvány megtört, benne ecchymosisok.
39.	L. Dénes	8. é. f.	I. r. 2 év előtt, azóta számos recidiva	45	"	"	Féregnyúlványban átjárhatlan szűkület.

