

A MELLHÁRTYA BÁNTALMAINAK DIFFERENTIALIS  
KÓRISMÉSZETÉHEZ.

*Purjesz Zsigmond tanártól.*

A mellürbeli szervek, nevezetesen a tüdő- és mellhártya betegségeinek kórismészetete kétségtelenül a legjobban áttanulmányozott disciplinák közé tartozik; s mindamellett elég gyakran találkozhatunk oly esetekkel, melyekkel szemben az eddigi kutatások, a biztos kórismét illetőleg legalább, cserben hagynak és a kóresetnek előben való tisztázásáról lemondásra kényszerítenek. E felett csodálkozunk nem lehet, ha meggondoljuk azon sokféleséget, melyben coneret esetben, a különböző kóralakok tünetei szövődhetnek. Általánosán el vannak ezen nehézségek ismerve a mellürbeli — akár a mellhártyából kiinduló, akár a mellhártyára más helyről áttérjett — álképletek és a mellürbeli izzadmánynak egymástóli elkülönítésére nézve.

Lebert,<sup>1)</sup> ki terjedelmes munkájában alig szentel 2 oldalt a mellhártyaálképleteinek tárgyalására, azt mondja, hogy a mellhártyarák nem okoz sajátzerű tüneteket, habár említi, miszerint volt alkalma két, csupán a mellhártyára szorítókozó rákesetet észlelni. Hasonlókép nyilatkozik Fraentzl,<sup>2)</sup> midőn említi, hogy ezen kóralakok számára lehetetlen általános kórképet leírni és az idevágó tünetek vázolósa után, hozzáteszi, hogy nagyon tévedne az, ki a mondottak alapján biztossággal akarna mellhártyaálképletet kórismézni. Eichhorst<sup>3)</sup> hangsulyozza, miszerint a mellhártyarák kórisméje sok nehézségnek van alávetve és szinte alig lehet valószínűségi kórisménél tovább menni. Az idézeteket még folytathatnók, de feleslegesnek tartjuk azokat, miután azok is a fentebbiekhez hasonlóan hangzanának. Nem szorul az hosszabb okadatolásra, miszerint biztosabb kórjelzési tünetek iránti szükséglet annál érezhetőbb, minél inkább érvényesíti a modern gyógytan jogait, a mellhártyában-

<sup>1)</sup> Klinik d. Brastkrankheiten. II. B.

<sup>2)</sup> Ziemssen Hnbch. d. sp. Path. u. Ther. IV. B. II

<sup>3)</sup> Handb. d. spec. Pathen. Therap. 1883.

almakkal szemben is. Ma, midőn műtői beavatkozás segélyével, nem egy oly mellhártyai megbetegedés gyors gyógyulás elé vezettedik, mely még rövid idő előtt a felszívódás hosszú, de annál bizonytalanabb útjára volt utalva, csak természetes, hogy oly tünet nyomába igyekszünk jutni, melyek lehetővé teszik, hogy az orvos idejekorán rendelkezék oly útmutatóval, mely felvilágosítsa az iránt, hogy a műtői beavatkozás jogosult, állandó, tartós vagy csupán ideiglenes sikert ígérő-e? És valóban azt látjuk, hogy újabb időben mind számosabban szólalnak fel oly tünetek mellett, melyek segélyével lehetővé tétetnék annak eldöntése, vajjon rákos vagy lobos bántalommal van-e dolgunk; többnyire ennek eldöntése képezvén a kérdés tárgyát.

Unverricht<sup>1)</sup> a mellhártyarák két esetét közli, melyekben volt alkalma tüneteket észlelni, melyek a fentebbi követelményeknek megfelelének. Egy 62 éves nő 1880. január 1-én baloldali mellhártya-izzadmány minden tünetével lett a boroszlói kórházba felvéve. A légzési nehélyek oly rohamosan növekedtek, hogy január 2—5 és 8-án, mellkasesapolás lett végezve, mely alkalmakkal 1500—1300—1000 grm. véres folyadék lett kibocsátva. A 3-ik csapolás után a tünetek enyhültek ugyannyira, hogy január 24-én a beteg, mint gyógyult lett elbocsátva. U. joggal hangsulyozza, miszerint ily lefolyás mellett a kibocsátott folyadék véres volta daczára sem lehetett a bántalom rákos természetére gondolni. Azonban már martius elsején a beteg újra felvétette magát a kórházba, hol a baloldali izzadmányon kívül, mely előbbi alakjában volt jelen, még a következőket lehetett észlelni: a három szűrcsapolási helynek megfelelőleg, az 5 és 6-ik borda közben, a nélkül, hogy a bőr szinezete elváltozott volna, csomós kiemelkedések képződtek, melyek csucsán a beszúrási hely jól volt kivehető és melyek egy bizonyos fokig az alapon ide-oda voltak tothatók. Miután a beszúrási helyek egymáshoz közel estek, az egyes csomók, illetőleg azok nyulványai összefolytak, míg a környék vízenyösen volt beszűrődve. Ezen csomós kiemelkedések, valamint még számosak, melyek azon helyeken keletkeztek, hol később — a fenyegető asphyxia miatt — csapolás lett végezve, a halál után ép oly rákos dagoknak bizonyultak, mint a minők a bordai,- tüdői- és rekeszi mellhártyán, valamint a bal tüdőn találtattak. A kedvező

<sup>1)</sup> Zeitschr. f. Klin. Med. 1882. B. IV.

lefolyása által tehát eleintén jó indulatu bántalmat szinlelő ömleny, rákos mellhártyalob által volt feltételezve. A csomó képződést illetőleg, U. érdekes érvelése után oda nyilatkozik, miszerint ezek voltak az egyedüli segédeszközök a kórisme biztos megállapítására és hogy a punctio, melynek az orvosi tudomány oly sokat köszönhet, ez esetben is eléggé nem becsülhető diagnostikai előnyöket nyújtott.

U. második esetében kifejezett rákos megbetegedés volt jelen, kétoldali csecsrák alakjában; e mellett itt is volt mellürbeli folyadék, mely miben sem különbözött a közönséges mellhártyaizzadmánytól; volt azonban egy tünet, mely U. szerint analog esetekben eléggé alkalmas a bántalom természetének elárulására. Az izzadmány nyál azonos oldalon t. i. hangszálaghüdés volt észlelhető, mely az által jött létre, hogy a nervus recurrens azon helyen, hol az a függérív körül kanyarodik, rákos mellhártyacsomók által lett összenyomva, mi elfajulását eredményezte.

Ehrlich<sup>1)</sup> „zur Diagnostik der carcinomatösen Pleuritis“ czimű értekezésében szintén hangsúlyozza, ösmereteink hiányosságát, ezen bántalom kórismészete körül és kifejezést ad annak, hogy mily kívánatos volna, ez irányban biztosabb támpontok birtokába jutni. E czélból az izzadmány morphologiai alkatrésztét vette vizsgálat alá, hogy azokból vajjon lehet-e keletkezési helyükre következtetni és valóban sikerült is neki a rákos mellhártyalob 7 esete közül 3 esetben saját szerű és i. h. általa részletesen leírt elemeket találni, és így a biztos kórismét közvetlen a csapolás után megejteni. Ezen sejthalmazokat oly biztos jelnek tartja, hogy szerinte valahányszor ilyeneket sikerül az izzadmányban kimutatni, a rák kórisméje kétségtelen. Ezen elemek nagyobb fajsúlylyal bírván, a folyadékban tökéletesen leülepednek, miért is szükséges, hogy ilyen diagnostikai czélból véghez vitt csapolásnál, utóbbi mindig a legalsóbb részleteken ejtessék meg, mert különben bizonyosan kikerülnők ezen specifus elemeket.

Unverricht és Ehrlich által leírt tünetek fontossága bizonyára senki által sem fog kétségbe vonatni, habár tagadhatatlan, hogy alig lesznek képesek a kérdéses bántalom minden esetében a kórismészeti nehézségeket elhárítani. Mert ha az Ehrlich által leírt

<sup>1)</sup> Charité Annas 1882. VII. 110g.

tünet alig hagy is biztosság tekintetében valami kívánni valót hátra, úgy még is meg kell engednünk azt, miszerint ily értékkel csak akkor bír, ha pozitív eredményt mutat, míg egy esetleges negatív lelet a rákos megbetegedést még nem engedi kizárni, miután lehet, hogy a mellbártya szövetében elhelyezett rákos csomók, annak szövetét még át nem törve ily hámezfatok a szabad mellbártyaürbe nem jutottak, vagy hogy a legjobb igyekezet mellett sem sikerült csapolásra a legmélyebb — és így azon helyet elérni, hová a sokkal súlyosabb czafatok lesüljedtek.

Unverricht által felemlített egyéb tünet, t. i. a hangszálaghűdés kétségtelen igen értékes utmutató, de hogy mily ritkán kerül az orvos oly szerencsés véletlenek közé, hogy azt felhasználhassa, legjobban kitűnik azon körülményből, hogy — mint U. megjegyzi — hasonló eset az irodalomban feljegyezve nincs; mindamelllett tünettanunk értékes szaporítása gyanánt veendő az, és nem lehetetlen, miszerint reá vezetettvén a figyelem, a megfelelő észleletek is szaporodni fognak. Kevésbé volnánk képesek Unverricht másik tünetével, t. i. az utólagos dagképződéssel megbarátkozni, legkevésbé akkor, ha az úgy volna értve, hogy a csapolás mint kórjelzési eljárás foganatosíttassék a czélból, hogy vajjon dagképződés fog-e bekövetkezni vagy sem. Félreértések kikerülése végett, mindjárt itt ki kell emelnünk, miszerint U. ez eljárást ily értelemben nem ajánlja, de miután egyrészt oly eljárásról van szó, mely az elkülönítési kórisme könnyítésére volna hivatva, másrészt a csapolás műtéte oly könnyen vihető ki, a diagnostikai nehézségek meg oly nagyok, ezen tünet ily szempontból való méltatása nem lesz felesleges. Ezen tünetnek értéke különben is igen problematicus, mert hiszen U. betegét még több heti észlelés után, mint gyógyultat bocsátotta el és csak később győződhetett meg a dagképződésről; vajjon, ha azon beteg más osztályra véteti fel magát, nem lett volna-e az U. által, az előbbi tünetek alapján, bizonyára teljes joggal izzadmányra állapított kórisme joggal tovább vezetve; avagy létezik záros határidő, melynek elteltével, a dagképződés elmaradása lobos folyamat értelmében volna értékesíthető?

Sőt azt hiszem, hogy ha mindazon esetekben, melyekben mellhátýarák van jelen, a csapolás ily dagképződéstől volna követve, gyanús esetekben a csapolással még nagyobb óvatosságot kellene

kifejtenünk, mint azt különben is tesszük, és az orvos kénytelen volna a csapolást azon időre halasztani, midőn azon alternativa előtt áll, hogy egy embert megfuladni engedjen-e, vagy végezzen oly műtétet, mely ha egyéb kellemetlenséget vonhat is maga után, melyek között az utólagos dagképződés a sorozatban bizonyára nem az utolsó, úgy mégis meg van azon előnye, hogy a momentan életveszélyt elhárítani képes volt; ha ezután dagképződés fog mutatkozni, úgy a kórismét kétségtelen, kellő megvilágításba fogja helyezni, de egyszerűs mind érthetővé teszi és kimentí tartózkodó és várakozó eljárásunkat. Ha az utólagos dagképződés mindig azon jelentőséggel bírna, mint a minőt *U* tulajdonit annak, úgy a csapolást nagyon is kétélű fegyvernek kellene tekintenünk, mely a betegre nézve ezen tulajdonságát csak akkor veszítené el, ha az a szó szoros értelmében *indicatio vitalis* követelte eljárás volt; de alig volna megengedhető azon esetekben, melyekben esetleg utólagos dagképződés várható volna, a csapolásnak csupán diagnostikai tekintetből végezése, mert akkor elesik a csapolás jogosultságának *U*. által méltán hangsúlyozott egyik praemissája, az t. i. hogy kellő óvatossággal végezve ezen műtét, minden káros következmény nélkülinek tekinthető; ez által pedig elkülönítési kórismészeti jelentősége is csökken.

E mellett azonban nem hagyhatjuk említetlen, miszerint nem minden dagképződés bír azon ominosus jelentőséggel, miut azt még csak a közelmúltban is volt alkalmunk észlelni. *N.* kartárs által, tanácskozmány czéljából *C.* tanártársam *K.* nevű 3 éves kis leánykájához lettem híva, ki 1882. deczember második felében baloldali mellhártya-izzadmány tüneteivel lett beteg. Folytonos nagyfokú láz kíséretében, az izzadmány csakhamar oly nagyfokú lett, hogy a szív át lett a jobb oldalra tolva, a szívcsúss a jobb honalyvonásban volt található; a gyermek folyton a kóros oldalon feküdt, melyen a mellkas- és az arcz bőre vizenyösen be volt szűrődve; a légzés igen felületes és szapora, érverés szapora és igen kicsiny volt, a környi részek, emelkedett általános hőmérsék mellett, igen hűvösek voltak, úgy hogy már a betegség második hetében a csapolást kellett végeznünk, midőn Dioulafoy-féle készülék segélyével mintegy 900 Kcmtr. sűrű, zöldes genyet távolítottunk el. Légzés és érverés ugyan javult rövid időre, de a láz tovább tartott, az izzadmány gyorsan növekedett, úgy hogy a legközelebbi 14 nap alatt a csapolást még

kétszer kellett eszközölni, mely alkalmakkal a mellhártyaür 3<sup>o</sup>/<sub>o</sub> bor-savval lett kimosva, illetőleg a visszamaradt izzadmány higítva. Azon helyen, hol a második esapolás végeztetett, egy kis dudor képződött, mely a csontból látszott kiindulni: a fölötte levő bőr nem változtatta színét; épen ezen dudor okozta, hogy a legközelebbi esapolás 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> Ctmtrrel beljebb lett eszközölve, de már néhány nap múlva ezen hely is bele volt vonva a dudor keretébe, mely most nagyobb dió-nagyságú, és csaknem csontkeménységű dag gyanánt volt a rendes magatartású bőrön át keresztül érezhető. A mennyire a nyugtalan kis betegnél meg volt állapítható ezen dudor a 8-9-dik bordára terjedt, a bordaközti tért is magába foglalva; ez utóbbi helynek megfelelőleg az ellentállás valamivel csekélyebb volt; az egyenetlenség a bordák hosszirányában is ki volt tapintható. Miután a láz a 3-dik esapolás után is továbbtartott, az izzadmány növekedett annyira, hogy a szívésűcs ismét a jobb honalyvonásban volt érezhető, február közepén a mellürt metszés által nyitottuk meg, olyformán, hogy a metszés a dudornak fenntebb említett engedékenyebb helyén lett vezetve. E részlet 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub>—2 Ctmtr. vastagságúnak bizonyult, mely a késnek csak nehezen engedett. — A megnyitás, a beteg nagyfokú erőtlen-sége miatt, bódítás nélkül lett végezve, a megnyitás helyéül szándékosan a különben is kórosan elváltozott rész választva, hogy később esetleg szükséges bordacsonkolásnál éppen ezen kóros részek legye-nek felhasználhatók. — A mellür megnyitása és genynek bő kiáram-lása után, közel kis újjnyi vastag draineső lett bevezetve, a mellür eleintén 2<sup>o</sup>/<sub>o</sub> Carbol- majd 5<sup>o</sup>/<sub>o</sub> bórodattal kimosva és antisepticus-kötés alkalmazva. — Ezen napon túl betegnél csupán egyszer lett 38° C-ig menő hő észlelve; a szívésűcselökés a bal emlővonalba tért vissza, a kötés eleintén naponta, majd nagyobb időközökben lett változtatva; a bordák dudora lassankint elmúlt, 5 hét múlva a Drain el volt távolítható, a sebnyílás bezáródott; a bal mellkason a met-szésnek megfelelő vonalszerű hegen kívül egyéb eltérés nem észlel-hető; mindenütt sejtés légzés hallható; a szívésűcs valami kövéssel a bal bimbó vonalon belül tapintható ki.

Ezen röviden vázolt esetből eléggé kitűnik, hogy nem minden dagképződés értelmezhető az *U.* által mondott értelemben; az pedig, hogy nem minden rákos mellhártyacsapolása után fejlődik dag, bő-vebb indokolásra nem szorul.

Az eddigiekből annyi kétségtelenül kiderül, hogy az Ehrlich, mint Unverricht által leirt tünetek a szóban levő bántalmak tünettanát értékes adatokkal gazdagították, de az is bizonyos, hogy azt ki nem merítették, úgy hogy még mindig tanácsos oly tünetek után való puhatolás, melyek a szóban levő kóralakokkal szemben eligazodásunkat könnyítenék, illetőleg lehetővé tennék. Ily tünetek annál kívánatosabbak, ha a betekintést, minden sebészi beavatkozás nélkül — még a különben semmi esetre sem veszélyes próbacsapolás nélkül is — lehetővé teszik. Hogy ilyen tünetek léteznek, ez a következőkből úgy hiszem eléggé ki fog tűnni:

Az eset, melyben a később felemlítendőek észlelhetők voltak, 40 éves (H. B.) nőt illet, ki 1882. szeptember 9-én vétette magát fel a vezetésemre bízott kórodára, nagyfokú légszomj miatt. Bajának keletkezéséről csupán annyit mondhat, hogy felvételét megelőzőleg 6 hóval bal oldalán, kimutható ok nélkül szúrófájdalmak léptek fel, melyekhez később mindinkább nehezedő légszomj és köhögés, valamint gyengeségi érzet csatlakozott. A kórelőzményben egyéb oly mozzanat, mely bántalmával összefüggésbe volna hozható, nincs felemlítve, s így azt rövidség kedvéért mellőzzük, valamint a jelen állapot leírásánál is csak annak felemlítésére szorítkozunk, mi a tárgyalandó bántalommal összefügg.

A középtermű, elsoványodott beteg csak bal oldalt képes fekvődni, míg hanyatt vagy jobboldali fekvésnél azonnal nagy mérvben fullad; a bokák táján, a baloldali arcznak, de különösen a bal mellkasnak megfelelőleg a bőr alatti kötőszövet vízenyősen be van szűrődve. Az ajkak kékeseek, s a nyak bal oldalán tágult, dúzzadt vizerek láthatók; kulcsesont alatti és feletti táj jobb oldalt besüpedt, bal oldalt télt. A bal mellkas légzésnél elmarad, s annak kerülete 44 cm., a jobb pedig 39 cm.; a bordaközök jobb oldalt jól kivehetők, baloldalon ellenben, a bőrvizenyőn keresztül tapintva, szűkeknek bizonyulnak; a bal kilencedik borda belső harmadának külső határán kissé megvastagodott, a nélkül azonban, hogy ezen hely összeállásra valamely eltérést mutatna és a nélkül, hogy arra gyakorolt nyomás fájdalmasabb volna, mintsem a bal mellkas egyéb helyei.

A kopogtatási hangok annyiban mutatnak eltérést, hogy jobb oldalt a szokott határokon belül teljes éles, nem dobos, kivéve a bimbóvonalban, hol már a 3-dik bordán a hang tompa, s az marad

az 5-ig; a jobb szegymelletti vonalban a tompulat szintén a 3-dik bordán kezdődik, s ilyen marad a bordaívig; a szegycsonton mindenütt tompa. Bal oldalt az egész mellkas kiterjedésében tompa, üres a kopogtatási hang mindenütt, csupán a bimbóvonaltól a 6-dik, ezentúl a 7-dik és a hónaljvonaltól a 9-dik borda felső szélénél nyer dobos árnyalatot. Kopogtatásnál, a tompa hangot adó helyeknek megfelelőleg mindenütt szembetűnő nagy az ellentállás érzete. Légzési szám percenkint 52. Jobb oldalt az éles hangot adó helyeknek megfelelőleg érdes sejtés légzés, a bal oldalon mi sem hallható. Beteg sokat köhög görcsösen, s kevés habos nyákot ürít ki. Szívlökés a jobb bimbóvonaltól tapintható; szívhangok tiszták; az érverés mindkét oldalt egyenlően kicsiny, könnyen elnyomható, percenkint 112—120. Hőmérsék 38.2 és 36° C. közt ingadozott. A vizelet napi mennyisége alig 2—500 kem., zavaros, 1.025 fajsúlyú, fehérszínű, nem tartalmaz. Egyéb szervek eltérést nem mutatnak.

Ha azokat akarjuk összefoglalni, melyek ezen esetben, mint a kórismét befolyásoló körülmények voltak tekintetbe veendőek, úgy természetesen leginkább jött számításba a beteg abnormis elhelyezkedési módja, a mennyiben folytonosan bal oldalán feküdt; az ugyanazon oldali bőrvizenyő, a mennyiben az helybeli vérkeringési zavarra mutatott: a bal mellkas egész kiterjedésében talált tompa kopogtatási hang, mi a mellett szóllott, hogy ott a mellfal mellett légtartalmú tüdő nem volt; a szívnek eltolása jobb felé; valamint a kopogtatásnál különösen gyenge kopogtatásnál talált nagy ellentállási érzet; a bal mellkasfélnek — bár a bőrvizenyő miatt csak óvatosan értékesíthető — megnagyobbodása; továbbá a légzési zörej hiánya, melyek azt mutatták: hogy a mellürben légtelen anyag foglal helyet; de nem úgy, hogy a tüdő légtelensége által volna az feltételezve, hanem, hogy a tüdő és mellkasfal között van az elhelyezve. Nem kell hosszasan fejtegetnem, miszerint — ritka egyéb eshetőségektől eltekintve — ezen viszony leginkább mellürbéli folyadékgyülem és a mellhártyával összefüggő daganatok által szokott feltételeztetni; ösmeretes az is, hogy az előbbi elég gyakran kerül észlelés alá, míg utóbbiról ugyanaz nem mondható.

Ezen két lehetőséggel szemben a választás nem látszott nehéznek. Azon tünetek nagy része jól ki volt fejlődve, melyeket mellürbéli izzadmányra nézve jellemzetesnek tartanak, mint a tompulat, a



légzéshiány, a szív eltolatása; a mellkasfélnek megnagyobbodását ugyan a már említett bőrvizenyő nem engedte teljes mérvben értékesíteni, de a szívnek kimutatott eltolatása ledalább valószínűvé tette annak jelenlétét; ezekhez kell még említenem a betegnél időnkint mutatkozó hőemelkedést, melynek más magyarázatát nem találtuk, s mely tehát csak megerősítésül szolgálhatott volna annak felvételére, hogy az említett változások oka: mellürbeli izzadmányban keresendő; bár volt néhány tünet, mely nem engedte elhallgatni az iránti gyanúnkát, ha nem lesz-e az izzadmány mellett szóló látszat daczára is, álképlet jelen. Ezen tünetek egyikét a bal mellkasfélre szorítóköző vizenyő, másikat azon körülmény képezte, hogy a kóros oldalon a bordaközök igen szűkek, alig kivehetők voltak, míg az ellenkező ép oldalon azok jól ki voltak fejlődve, s végre a Traube-féle félholdképű térnek fennállása. A vizenyő létrejöttét ugyan érthetővé tette volna a betegnek folytonos baloldali helyezkedése, noha egyszerű mellürbeli izzadmány mellett még ily körülmények között is, ritkán szokott az ily nagyfokú lenni; de éppen nem voltunk képesek elfogadható magyarázatot adni a bordaközök szűk voltára és félholdképű tér fennmaradására, miután joggal lehetett volna várni, miszerint azon izzadmány, mely egyik irányban oly nyomást volt képes gyakorolni, hogy a szívet eltolja, érvényesülni fog a bordaközi légnyomás és a rekesz irányában is.

Vannak ugyan mellürbeli izzadmányok, melyeknél az illető mellkasfél szűkebb, s így a bordaközök is szűkebbek, valamint — ha az izzadmány baloldali — a Traube-féle félholdképű tér nem csak hogy fennáll, hanem még a szokottnál is nagyobb. Ez, mint ösmeretes, akkor szokott előfordulni, ha az izzadmány, részben, vagy egészen felszívódik oly időben, az izzadmánynak oly hosszú fennállása után, hogy a tartósan összenyomott tüdőben szöveti változások jöttek létre és az többé kitágíttatni nem képes. Ilyesmire esetünkben nem gondolhattunk, nemesak azért, mert a bal mellkasfél nagyobbak mutatkozott a jobbnál, mert hiszen ezen adatra, már csak a jelenvolt vizenyő miatt sem fektethettünk nagyobb súlyt; de nem lehetett ezt felvenni, miután egyrészt a gerincoszlop annak megfelelő elferdülést nem mutatott és mivel a szív jobb oldalon volt található; jelentékeny nyomásnak kell annak lenni, mely a szívet a jobb bimbó vonalig képes áttolni, mely ellenkezik az izzadmánynak,

tehát a toló erőnek, kisebbedésével vagy megszűntével. Nem lehetett volna erre gondolni, még akkor sem, ha azt akartuk volna felvenni, hogy a helyéből hosszasan kinyomott szív, kóros folyamat útján odanőtt és az izzadmány felszívódása után nem térhetett vissza, mert a dolgok ilyen állása mellett a gerincoszlopnak még nagyobb elferdülést kellett volna mutatni, a mellkásfalnak még inkább be kellett volna süppedni. Ugyanezek voltak felhozhatók a Traube-féle félholdképű tér fennállására nézve. Traube figyelmeztetett arra, hogy a bal oldalon, a mellkasfél alsó részletének megfelelőleg van egy terület, mely dobos hangot ad; ezen terület félhold alakú, azaz aláfele a bordaív által és felülről, homorulatával lefelé tekintő ív által határoltatik. Ezen ív mellül az ötödik, illetőleg hatodik borda alsó szélénél kezdődik és hátrafelé a 9. és 10-ik borda mellső széléig terjed, úgy, hogy legnagyobb szélessége 9–11 cm-t tesz ki. Rendes viszonyok közt ezen tér felett a kopogtatási hang dobos és minden belégzésnél ezen dobos hangot adó terület kisebbedik. Bal oldali mellhánya-izzadmánynál, ha az izzadmány nagyobb mennyiségű, a rekesz letolatik és azon arányban kisebbedik a dobos hangot adó terület, sőt igen nagy mennyiségű izzadmánynál egészen eltűnik. esetünkben, ha a kóros elváltozás izzadmány által volt feltételezve, annak nagy mennyiségűnek kellett lenni; erre mutatott a szívnek oly nagymérvű eltolatása, valamint az, hogy még a mellkas legfelső részén sem kaptunk léghangot. Miért nem nyomtatott le a rekesz? Miért nem tűnt el a félholdképű tér?

Ezen három tünet, de különösen a két utóbbi a mellhártyalob kórisméjével nem volt megegyeztethető és az esetben fennforgott kóros tünetekből nem is volt kimagyarítható. Ovatoságra intett különösen egy, néhány év előtt tett tapasztalatnak emléke, mely minden tekintetben hasonlított jelen esetünkhöz. Egy 38 éves nőnél bal oldali mellhártya-izzadmánynak tünetei voltak jelen, a szív jobb irányban eltolatásával, a bal mellkas tágabb volt, (vízenyő nem volt jelen), de a bordaközök szűkebbek voltak az ellenkező oldalánál; (a Traube-féle térről jegyzeteimben említés téve nincs) a szomszédságban sehol nem voltak megnagyobbodott mirigyek. Midőn nagyfokú légszomj miatt a mellkás-csapolást akartam végezni, az aspiratio daczára, egy csepp folyadékot sem voltam képes kiüríteni; egy szomszédhelyen megejtett beszúrás ép oly eredménytelen volt; mindkét

helyen a beszúrásra alkalmazott tű kevésbé volt mozgékony, s oly benyomást tett, mintha valamely tömöttebb képletbe volna elhelyezve. Másnapra a nő meghalt és bonczolatánál kitűnt, hogy tüdő- és mellhártyarák volt jelen, a mellhártyának nagymérvű rákos megvastagodásával. Oly esetekről, melyekben a mellhártyán dús rákképződés volt jelen a nélkül, hogy a savós ürben ömleny jött volna létre, Wunderlich is tesz említést.

Fentebbi esetünkben, az említett kérdéses tünetek értelmezésére kellő magyarázatot nem találván, felvilágosítást az eset további lefolyásától kellett várnunk. A beteg állapota mind türhetlenebb, légszomja mind kinzóbb, cynosisa mind nagyobbfokú lett, úgy, hogy september 19-én Dieulafoy készülékével csapolást végeztem, ezt követő aspiratióval. A beszúrást a lapcsont csúcsa irányától befelé, mintegy 5 cm-nyire a 8. és 9-ik borda közt eszközöltem, s 1300 kem., eleinte kissé vörhenyes, később világos sárga, de ekkor is kissé zavaros, fehérynét bőven tartalmazó folyadék lett eltávolítva. A kibocsátott folyadék kevés veres és fehér vérszejten kívül, egyéb alkat-  
elemeket nem tartalmaz. A csapolást a beteg jól türte, állítólag könnyebbülést is érzett; hátul a scapula és gerincoszlop között, valamint mellül a kulescsontalatti tájon gyenge hörgi légzés volt hallható. Csapolás után a szívlökés valami kevéssel beljebb volt található, a mellfali bőrvizenyő valami keveset apadott, s a bal mellkasfél átmérője 39 cm-re apadt, míg a jobb 40-re növekedett, mi annál feltűnőbb volt, hogy a légszomj, a cyanosis, a pulsus satnyasága és a vizeletkiürítés elégtelensége semmiben sem változott, a beteg ép oly kevésbé volt képes baloldali helyezkedését tartósan felecserelni, mint előbb. A mellfal bőrvizenyője csakhamar előbbi fokát érte el. A javulásnak nagyobb fokban kimaradása akkor, midőn a mellür 1300 kem-nyi folyadék nyomása alól lett felszabadítva, még inkább meg-ingatta a mellüri izzadmány mellett szóló látszatot. A beteg folytonos roszabbulása után september 30-án kimúlt. A másnap Genersich tanár úr által megejtett bonczolat kimutatta, miszerint a fentemlített tünetek alapján támadt kételyeink alaposak voltak, a mennyiben tényleg nem mellhártya-izzadmány, hanem a mellhártya húsdagja volt jelen, mely a bal 10-dik bordától vette kiindulási pontját, s az egész mellhártyát mintegy merev pánczéllá alakította át, mely

részben maga, részben a hozzászegődött ömleny, a szívet eltolta és a tüdőt légtelenné tette.

A bonczjegyzőkönyv a bal mellhártyát illetőleg a következőleg szól. A bal mellürben körülbelül 600 gramm vörhenyes savó és nagy mennyiségben laza, kocsonyás lerakodmányok, melyek a mellhártyán tapadnak, s a mellürt laza sövények módjára hatolják át; mélyebb rétegei kissé edényeltek, hol sárgás fakószínűk és törékenyek, s lebontásuknál a mellhártyából elődomborodó göcsöknek megfelelő kiemelkedéseket és bemélyedéseket mutatnak; a mellhártya 1—2, sőt 3 cm. vastag tömeggé alakult át, mely egymással összeolvadt, nagyobbbrészt fehéres, néhol vereses vagy szürkés, s hol puha, majdnem agyvelőszerű, hol pedig tömött rostdagszerű csomókkal át van hatva úgy, hogy a mellhártya egyes helyeken, a mellkas felső részén a bordáktól leválasztható, de aláfelé szorosan odanőtt. A rekesz odarögzítése helyén (10-ik bordatáj), hol a göcsös beszűrődés a mellkas felső faláig ér a csomók lefejtése után, a tetemesen megvastagodott, mintegy 3·5 cm. széles, 3 cm. vastag bordacsontra jutunk, mely ama csomóknak közepét képezi, s fehéres szürkés, edényszegény, számtalan fehéres csomócskával beszórt rostos szövetté alakult át, melyben a csontállomány csak vékony burok alakjában található a bordafelületen. A bordának ezen megvastagodása 10 cm. hosszú darabot illet, mely a hátsó hónaljvonaltól mellfelé fekszik és a borda legmellső részletét nem éri el. A baltüdő a mellkas felső szegletébe a középvonalhoz lapúlt, mellhártyája megvastagodott, s lencsényi, babnyi csomókkal fedett; a tüdő állománya légtelen, börtapintatú vérszegény.

A bonczlelet az élőben felmerült kérdéses pontokat minden tekintetben megvilágította. Azon nagymérvű megvastagodott tömeg mellett, melylyé ez esetben úgy a bordai, mint a rekeszi mellhártya átalakult, érthető, hogy elég akadály gördíttethetett a vérkeringés elé, hogy ezen mellkasfélen vizenyő fejlődjék; érthető, miszerint a folyadék nem gyakorolhatott oly nyomást, hogy akár a bordaközöket kitérítse, akár a rekeszt letolva, a Traube-féle félholdképű tért eltüntesse; nem tehette volna ezt, az elfajult és nagy mérvben megvastagodott mellhártya mellett még akkor sem, ha mennyisége a talátnál nagyobb lett volna is, miután a folyadék által kifejtendő nyomás csak akkor nyilváníthatott volna hatást, ha lágy

részeket talál, minők a bordaközök és rekesz rendes viszonyok között ; nem pedig akkor, midőn ezek merev, tömött több cm. vastag tömeggé lettek átalakítva.

Önkényt következik, miszerint ily viszonyok között, ha a folyadék nagy mennyiségben találna is jelen Jenni a mellürben, akkor az illető mellkasfél tágíttatatik ugyan, de csak úgy, hogy a mellfal egészben emeltetik, miután annak minden része egyenlően fog ellenállást gyakorolni ; nem úgy, mint ez közönségesen mellhártya-izzadmánynál történik, hol a bordák részéről a mellkas balfelületére gyakorolt nyomás sokkal nagyobb ellenállásra talál, mint a bordaközök és rekesz lrészéről. Ily körülmények között azonban nem fog meglepni, ha a mellkas tágabbsága és a szív eltolatása mellett, a rekesz nem esz letolva, illetőleg a Traube-féle dobos hangot adó tér fennmarad, s a bordaközök nemcsak hogy nem tágúlnak, hanem, ha még némileg megtartották engedékenységüket, a mennyiben a mellkasfalnak, mint egésznek emelése által egymáshoz közelítettnek, szűkebbek lesznek. Hogy a bordaközök hasonló esetekben a mellhártya-izzadmánynál szokottól eltérőleg viselkednek, az mások észletetéből is kitűnik ; mint ide tartozót Wunderlich egy észleletét akarom felhozni, melyet ő a diagnostikai nehézségek illustratioja miatt említ. Egy 55 éves férfinál, mellül a 3-ik, hátul a 4-ik bordától kezdve tompa kopogtatási hang volt jelen ; ezen helyeknek megfelelőleg a légzési zörej hiányzott ; a szív jobbra volt áttolva ; a bal mellesfél nem domborodott erősebben ki, a bordaközök nem simultak el. A bonczolat azt mutatta, hogy a tüdői mellhártya borsó, lenese nagyságu szemecékkel és foltokkal volt ellátva, a bordai és rekeszi mellhártya mindenütt 3—4 cm-nyire megvastagodott, igen szivós, fehéres-sárga és igen számos borsó, mogyorónyi csomókkal fedett. Ha az említett három tünetet, a mellüri álképletek és mellüri izzadmány, illetőleg folyadékgyülem közti differentialis kórismei beesét illetőleg méltányolni akarjuk, úgy nem mondhatjuk ugyan, hogy az említett tünetek egyike vagy másika az álképletekre nézve pathog-nomonikus jelentőséggel bírna, de másrészt kétséget nem szenved, hogy azon arányban, a melyben jelen vannak, oly esetben, melyben légtelen anyagot kell a mellürben feltételeznünk, az álképlet iránti kórisme erős támaszt nyer.

Csekélyebb kórismészeti jelentőséggel fog birni az említett tünetek elseje, t. i. a mellkasfali bőrvizenyő, s pedig annál csekélyebbel, minél inkább tételezhetünk fel az illető esetben vizenyős véralkatot. Legnagyobb súlylyal fog birni a bordaközök szűk volta, mely utóbbi tényleg sem a mi két esetünkben, sem Wunderlichében nem hiányzott. Természetesen ezen tünetek becse csupán azon esetben fog érvényre juthatni, midőn a mellhártya nagy részben, vagy egész kiterjedésben, úgy van ily szivós pánczella átalakítva, mint ezt a felhozott esetekben láttuk, s a szóbanlevő két kóralak tünetei egyrészt összevágznak, s másrészt az álképlet biztosabb kórismészetére ösmerőbbek hiányoznak. Könnyen lehetne érvünk ellen azon ellenvetést támasztani, hogy a tények sokkal csekélyebb számúak, semhogy annyira menő inductióra feljogosítanak, mi ellen kénytelenek volnánk azt hangsúlyozni, miszerint a felhozottak annyira physikalis jelleműek és a tünetek egymásutánja annyira magán hordja az okbeli és okozatos viszony jellegét, hogy azok egyszeri jelenléte is indokolja az azokból vont következtetések általánosítását. Nem lehet azonban tagadni, miszerint a felhozottak értéke szűkebb korlátok közé szorúl azon körülmény következtében, hogy a tünetek nem mindig fognak a mondott alakban kifejlődni; mindenestre érvényes pathognomonikus jeleket nem kerestünk, s keresésük előreláthatólag czéltalan volna. Ellenben joggal hisszük, miszerint ezen tünetek az Ehrlich és Unverricht által leirtakhoz fognak sorakozni, melyek fölött még azon előnnyel birnak, hogy jelenlétük esetében minden műtői beavatkozás nélkül nyújtanak betekintést a különben oly nehezen áttekinthető viszonyokba.

---