

KÖZLEMÉNY A KOLOZSVÁRI M. K. FERENCZ JÓZSEF TUD.-EGYETEM
SZÜLÉSZETI ÉS NŐGYÓGYÁSZATI KÓRODÁJÁBÓL.

Igazgató SZABÓ DÉNES dr. egyet. tanár, udvari tanácsos.

Gangraena phlegmonosa vulvae esete terhesnél.*

GÓTH LAJOS dr. I. tanársegédttől.

A külső nemi részeknek lobos, különösen pedig szövet-elhalással, üszkösödéssel járó megbetegedései: magukban is aránylag ritkák, bacterium florájukra nézve még ritkábban történt vizsgálat, épen ezért közelebbről észlelt esetünk körlefolyásának és górcsővi vizsgálatának közlésére érdemesnek látszott.

S. M.-né 18 éves napszámos asszony 1905 augusztus 14.-én (289—1905. f. sz.) azzal a panasszal keresi fel klinikánkat, hogy 2 hét előtt egy nehéz kosár emelése közben elesett, még pedig úgy, hogy mezitláb sarka szeméremtestéhez ütődött. Az ütés helyén akkor csak zsibbadást érzett, nem vérzett, sérülést nem vett észre. Az ütést követő harmadik napon fájni és dagadni kezdett szeméremtája, s azóta úgy a fájdalom, mint a duzzanat fokozatosan nőtt.

Az elég jól fejlett és táplált nő hőmérséke 36.8, érverése 88, mellkasi, hasüri szervei eltérést nem mutatnak.

Mindkét nagy ajk, különösen azonban a jobb élénken piros, duzzadt, vizenyős teriméje a rendesnek 2—3-szorosát eléri, a pirosodás és infiltratio a környezet felé elmosódottan vész el. A jobb nagyajk kb. felső harmada alsó határától a frenulumig, s a nélkül, hogy rajta sérülés volna látható, laza, szennyes, kékes-zöldes színű zacskót alkot, a mely egészen a végbél szintjéig lelóg. Előrefelé az infiltratio a mons Venerisig ér. A bal ajk belső felületén a fossa navicularis fölé kb. 2 cm.-nyire terjedő, szennyes vörös-barnás színű, felszínesen kifekélyesedett terület látható. Lágycéki mirigyek mindkét oldalt mogyorónyi, — szinte kisdiónyiak, fájdalmasak, de kemények.

* Előadatott az E. M. E. orvos-természettudományi szakosztályának 1905. évi november hó 18.-án tartott orvosi szakülésén.

Az ismertetett elváltozások tehát a külső genitale valamely gangraenás folyamatára vallottak, hátra volt azonban annak eldöntése, hogy milyen természetű volt az üszkösödés.

Megnehezítette a diagnosist az a körülmény, hogy még ott is, hol a folyamat a legelőrehaladottabbnak látszott, t. i. a jobb nagy ajkon, meg volt a zacskószerűleg levált bőr tartalva s kifekélyesedésről csak a bal nagy ajknak egy kis helyén beszélhettünk.

Az aránylag kevésbé megtámadott lágyéki mirigyek mellett, főleg ez a körülmény szólt elhanyagolt phagedaeniás fekély ellen, a mely FRITSCH¹ szerint főleg prostituáltknál észlelhető és egy- vagy mindkét oldali lágyéki mirigy elgenyvedése mellett, egy egész ajkat is hasonló módon elpusztíthat.

A nagy ajak kiterjedt roncsolásával járhat esetleg egy Bartholinitis is, mely a végbél felé sülyed, azonban ilyenkor feltétlenül a gennyedés jeleit is megtaláljuk, eltekintve attól, hogy a folyamatnak előre, a mons Veneris felé történő előnyomulása sem volna ebbe a kórképbe beleilleszthető. Egy elevesedett s az ajkak felé áttörő periproctalis abscessust a végbélvizsgálat könnyen kizárhatott.

A heveny fertőző bántalmakhoz esatlakozó üszkösödés ellen szólt az anamnesisen kívül, a beteg friss erőbeli állapota, rendszeres hőmérséke és érverésszáma.

Ha az említett tünetek és a csekély érzékenység, valamint a gyors terjedés egy körülírt megbetegedés, a noma felvételére utaltak is volna; ennek a képébe sem egészen illett bele az, hogy fekélyesedést a legbetegebb területen nem láttunk, a megjelenés körülményei (ép erőben levő, egészséges, fennjáró felnőtt) szintén nem feleltek meg azoknak a feltételeknek, melyek között noma kifejlődni szokott.

A hámfosztott hely felületéről, valamint a levált zacskó bőre alól vett kaparék fedőlemez készítményen számtalan, mindenféle alakú és nagyságú bacteriumot, bacillusokat, coccusokat mutatott. Fusiformis bacillusok, spirillumok a kaparékokból vett készítményekben nem láthatók.

¹ Die Krankheiten der Frauen. 11 Auflage, 1905. P. 55.

Tekintettel a beteg kedvező erőbeli állapotára s a hőemelkedés hiányára, nem mutatkozott az azonnali beavatkozás szükségesnek s ezért főnököm, Szabó tanár távollétében egyelőre antisepsises borogatások elrendelésére szorítkozva, várakozásra határoztam el magamat. Délutáni hőmérsék 36·4°.

Másnap reggel (felvétel után 18 órával) az elhalás a bal kisajk alsó harmadán túlterjedt és majdnem annak közepéig halad, jobboldalt pedig előre a mons Venerisre is ráterjedt, a jobb kisajkot egészen elfoglalja és az urethra nyílásáig húzódik s ennél fogva tovább várakoznom nem volt szabad. A környezet megfelelő előkészítése után, mély, morhium-chloroform-narcosisban először a levált zacskót távolítottam el, majd a látszólag ép határ felé szövettani vizsgálatra több darabkát kimetszve, egy mélyen a bőralatti kötőszövetben ülő, közel a mons Veneris felső határáig érő, még el nem halt bőrtől fedett menetet felhasítottam a nélkül, hogy bárhol egy csepp geny is ürült volna. Ilyen módon egy közel férfitenyérnyi, szennyes-üszkös felszint adó felület tárult könyvmódjára fel, melyet hatalmas electromos égővel mindenütt mélyen elpörkösítettem, mindaddig, míg mindenütt száraz, majdnem kopogó pörköt nyertem, a mi annál nehezebb volt, mivel az erős zsírszövet alkotta rétegből az izzó porcellánmag hatása alatt kezdetben valóságos zsírpatakokcák olvadtak ki.

Egy kisebb, a fossa navicularis közelében lüktető ütőeret catguttal aláöltöttem, egy másik, az urethra közelében fecskenő arteria elkötése nem sikerül, mivel a málékony szövetet a fonal átmetszi és most már a szúrás helyei is lüktetnek, mire egy, a szöveteket egész vastagságukban átfogó tömeges aláöltéssel szüntettem a vérzést.

Mint hogy a sebfelület egészen az urethra külső nyílásának széléig eljutott s így előrelátható volt, hogy beteg vagy nem fog tudni önként vizeletet üríteni, vagy ha igen, úgy az az egész sebfelületen végig fog csurogni, viszont a sebfelület mellett történő esetleges gyakori katheterezés veszedelmét sem téveszthetem szemelől, állandó kathetert alkalmaztam, az elpörkösített felületet jodoformgaze-zal vékonyan borítottam s feléje könnyű jégtömlőt alkalmaztam.

A mi a további lefolyást illeti, első helyen említem, hogy a műtét utáni 6. nap délutánján mutatkozott 37·7°-tól eltekintve, a hőmérsék állandóan 36—37° között maradt. Érverés 76—88 között ingadozott. A kathetert másodnaponként megcsereéltem, ilyenkor természetesen hólyagöblítést is végezve. A hólyag részéről reactio nem mutatkozott. A műtét utáni 10. napon öblítésnél erősebb spasmus mutatkozáván, a kathetert elhagytam.

A katheteresere alkalmával végzett kötészváltogatásnál meg-

győződhattünk arról, hogy a necrosis sehhol sem terjedt. Hat nap múlva már a legtöbb helyen szembetűnő demarcációs határ látható. A 8. napon az égési pörk nagyrészt levált, oedema feltűnően csökkent, mindenütt élénk sarjadzás tűnik elő. A 17. napon a pörk leválása teljes, a még mindig sarjadzó felület annyira tátong, hogy egyfelől a gyógyulási idő megrövidítése, másfelől a megfelelő plasticus eredmény biztosítására egy plasticus műtet helyezünk kilátásba, újabb hat nap múltán azonban a cauterisált felület keskeny csíkká szűkült, a bőrsebszél felől mindenütt a hámmal való bevonódás jelei láthatók, egyúttal bizonyosnak látszik az is, hogy heges összenövések, stricturák nem fognak fejlődni, épen ezért mindeu további műtéti beavatkozást mellőzünk.

A teljes gyógyulás 43 nap alatt következett be, minden a szülészeti prognosis szempontjából számbavehető eltorzítás nélkül, bár igaz, hogy a jobb kis ajk teljesen, a nagy ajk nagyobb részében, a bal nagy ajk pedig hátsó harmadában az üszkösödés áldozataú esett, s e miatt a szeméremrés hátsó részében olyan formán tátong, mint rosszúl gyógyúlt gátrepedések után.

Felvételekor a beteg említette, hogy az utolsó menstruátioja 5 hét előtt volt, s így felmerült az esetleges graviditas gondolata is, azonban ennek megállapítása a kezelésem amúgy sem változtathatót volna, viszont veszedelmessé válhatott volna a gangraenás felületen át vezetett újjal törtéző vizsgálat s ezért meggyőződév arról, hogy az üszkösödés a hüvelybe nem terjedt, a belső vizsgálatról egyelőre szándékosan lemondottam.

A gyógyulás után, elbocsátáskor végzett vizsgálatnál egy a IV. és V. hónapok között álló, gravid uterust találtam.

A mi az eset szövettani vizsgálatát illeti, úgy a különböző helyekből vett haematoxylin-eosinával festett metszetek egy némelyikén a fedő epidermis még eléggé megtartott, a legtöbb helyen azonban necrotisált, magfestést nem mutat. A bőr alatti kötőszövet vérbő, savósan átívódott, sok helyen fibrinától átjárt, benne számos, szintén fibrina által kitöltött, tágult véredény is látható. Maga a szövet elhalt, sehhol magfestést nem mutat, több helyütt azonban hatalmas genysejtesoportok, jól festődő polynuclearis magokkal vonóznak rajta végig. Ha a górcsövi képet MATZENAUER-nek a később ismételten említendő közleményében vázolt gangraenás folyamatok szövettani leírásával összehasonlítjuk, úgy megegyezőnek találtam azt, hogy esetemben én is a szövetek gyors coagulációs necrosisához¹ vezető lóbfolyamat

¹ Zur Kenntniss und Aetiologie des Hospitalfiebers. Archiv f. Dermatologie. 1901. Bd. LV. P. 294.

képét ismertem fel. Épen úgy szembetűnt nekem is a beteg terület erős vérbősége, míg a kórházi üszög rendes leletét képező¹ számos pontszerű vérzést sehol sem találtam. Hasonlóképen hiányzik a kórházi üszöghöz járuló diphtheritises lepedék is.

A számos készítményem között csak egyetlen blockból készült metszet mutatott olyan területet, hol a még el nem halt epidermis hirtelen szűnik meg s helyesebben, a hol a necrosis még aránylag ép helylyel találkozik. Igen természetes, hogy bacteriologiai szempontból éppen ennek a helynek, mint a tova-terjedés helyének vizsgálata bírt különösebb értékkel, annál is inkább, mivel újabban a vizsgálók éppen ezen helyek bacteriologiai leletére fektetik a fősúlyt. Így GUIZZETTI említi,² hogy noma esetében az ép és necroticus terület határán GRAM szerint festődő micrococci és vastag, fonalszerű bacillusok, WEIGERT szerint festve még más bacillusok is találhatóak s ő utóbbiakat tartja a noma okának; azonban BAUMGARTEN tagadja³ azt, hogy GUIZZETTI ezen nézete beigazolódott volna. PERTHES⁴ ugyancsak az ép szövet határán egy streptothrix fajt ír le, melynek legfinomabb végződése spirillum-szerűek. PERTHES közleménye óta több vizsgáló is foglalkozott a nománál található bakteriumokkal s főleg az előforduló bacillusok és spirillumok szerepével, azok azonos, vagy különböző származásának kérdésével (SEIFERT, SILBERSCHMIDT, KRAHN, HOFMANN, KÜSTER) az eredmények nem teljesen megegyezők ugyan, de abban egyetértenek, hogy a necrosisnak mélyebb, tehát az ép szövet felé húzódó részeiben cocci nincsenek, csakis bacillusok és fonalszerű bacteriumok találhatóak. BUDAY (kinek munkája az utóbb említett 6 dolgozat igen kimerítő ismertetését is tartalmazza⁵) saját 5 esetének vizsgálata alapján arra az eredményre jut,⁶ hogy a necrosis legmélyebb részeiben

¹ L. c. P. 396.

² Nuove ricerche batteriologiche el noma. (Policlinico, marzo 1.) Ref. LUSTIG, BAUMGARTEN Jahresbericht 1897. P. 653.

³ Ibidem. Jegyzet.

⁴ Ueber Noma etc. Arch. f. klin. Chirurgie Bd. 59. P. 111. Ref. ABEL, BAUMGARTEN Jahresbericht. 1898. P. 539.

⁵ ZIEGLER-S Beiträge zur patholog. Anat. u. zur allg. Patholog. Bd. 38. P. 261—262.

⁶ L. c. P. 285.

meglehetősen szabályossággal csak két bacteriumfaj volt található, t. i. a spirillum és a bacillus fusiformis s ennél fogva ezeket a bacteriumokat a noma fajlagos előidézőjének tartja.

Könnyen elképzelhető, hogy a vizsgálat elé háruló nagy nehézségek s a nomák gazdag bacteriumtartalma mellett nem egy, a felsoroltaknak ellentmondó nézettel is találkozunk. BAUMGARTEN mereven tagadó álláspontra helyezkedik, midőn NICOLAYSEN-nek AXEL HOLST által referált „On Noma“ dolgozatához fűzött megjegyzésében azt mondja, hogy a noma egy belső befolyásra kifejlődő sajátos necrosis, a benne található bacteriumok csak másodlagosan jutottak oda,¹ a mely nézetet BUDAY vizsgálatai alapján, határozottan kétségbe vonja.² TRAMBUSTI³ szerint a szóbanforgó betegség kórokozója nem egységes, hanem az különböző csirákra vezethető vissza, melyek necrosist képesek előidézni. LONGO⁴ egy bacteriumot izolált, a mely bacillus alakú, de coccus vagy fonálalakban is megjelenhetik, s agaron a proteus vulgarishoz hasonló fejlődést mutat. DURANTE⁵ azt találta, hogy esetében a nomát egyenesen a staphylococcus pyogenes aureussal társult proteus vulgaris okozta s arra a következtetésre jut, hogy a nomának nincsen fajlagos kórokozója, hanem létrejöhet a szájbán rendszeren előforduló csiráknak behatására olyankor, midőn ezek különös fejlődési viszonyok közé jutnak.

Be kell vallanom, hogy ezen bacteriologiai kitérés kissé elterelt tárgyamtól, azonban a későbbi következtetések miatt előre kellett őket bocsátanom, mielőtt az esetemben talált bacteriologiai képek ismertetéséhez kezdhettem.

Már a szövettani vizsgálat céljaira festett metszeteim leírásánál említettem, hogy azok egyike éppen arra a helyre esik, a hol az üszkösödés ép szövethez ér s hogy ezért a bacteriologiai vizsgálatra eme részletet kellett fölhasználni.

A carbolfuchsinnal s illetőleg WEIGERT szerint festett metszetek megfelelő helyein sem spirillumok, sem bacillusok sehol

¹ Jahresbericht. 1896. P. 496.

² L. c. P. 285.

³ Il. Policlin. Settembre. Ref. POLVERINI. BAUMGARTEN Jahresbericht. P. 582.

⁴ Ref. POLVERINI ibidem P. 583.

⁵ Ref. POLVERINI ibidem.

nem láthatók, az ép szövet felé az előnyomulás útját kizárólag erős coccus-csoportok jelzik, a melyekben számos helyen rövid, legfeljebb 6—8 szemből álló lánczok is fölismerhetők. A górcsövi kép némileg egy erysipelas rajzára emlékeztetne, azonban ez ellen szól (a klinikai viselkedésen kívül) az, hogy orbánczhoz nem elég éles a megbetegedés határa, hogy a mélyben olyan irányban is terjedt a folyamat, a hol a felette levő bőr nincs megtámadva s hogy igen sok az exsudatio és a genysejtes beszűrődés. A terjedés módja leginkább egy phlegmone képének felelne meg s az, hogy a bacteriumok mentén az ép szövet felé elhalást látunk ott, hol genysejtes beszűremkedés még egyáltalában nincs, nem szólna ellene,¹ a később elgenyedő szövetek gyakran halnak el a bacteriumok fajlagos hatása következtében, még mielőtt az illető szövetrészletet a genysejtek ellepték volna. Azonban egyszerű phlegmone ellen szól első sorban az a körülmény, hogy genynek még nyomát sem láttuk s különösen az, hogy a folyamat klinice nem később üszkösödésbe átmenő lobtűnetekkel, hanem maga az üszkösödés haladt tova a phlegmone terjedéséhez hasonló módon s ezért a szóban forgó kóreset diagnosisát a górcsövi lelet alapján egy *gangraena phlegmonosa*-ra kellett tenni.

Ha már most arra a kérdésre kell válaszolnom, hogy ez az üszkösödés nevezhető-e noma vulvaenak vagy nem, első sorban kiemelendő az, hogy a noma vulvae egyáltalában határozatlan fogalom s nem egy körülhatárolt kórisme.

A „noma“ szó tudvalevőleg a „νέμω“ (= elpusztítani) igéből származik és HIPPOKRATES νεμῆ-nak nevez minden rohadó, pusztító folyamatot. Később ezt az elnevezést a pofákon és vulván, főleg súlyos fertőző betegségben szenvedőknél, betegség vagy reconvalescentia alatt föllépő üszkös szétesésekre alkalmazták, de mind maig ez csak egy tüneti elnevezés volt s a különbség más fajta üszkösödéstől csak a különös localisatióban állott.² Így MATZENAUER a német orvosok és természetvizsgálók hamburgi

¹ ZIEGLER. Lehrbuch der allgem. Pathologie und patholog. Anatomie 1895. I. P. 352.

² Ein Fall v. Vulvitis gangraenosa (Noma genitalium). Deutsche med. Wochenschrift, 1898. P. 233.

gyűlésén (1901) úgy nyilatkozik, hogy a noma csak a gangraena nosocomiálisnak egy határozott localisatiója. Hasonlóképpen FREYMUTH szerint az eddigi közlemények alapján a noma nem egységes folyamat, hanem majd egyik, majd másik microorganismus hatásának credménye.

Ha erre az álláspontra helyezkedünk, úgy esetünket a vulvára s helyesebben a külső genitáléra szorítókos üszkösödésével nevezhetnők nomá-nak is. A mióta azonban a legújabb vizsgálatok alapján az arez nomáinál tért kell hódítania annak a fölfogásnak, hogy az idevágó üszkösödések legmélyebb részeiben a bacillus fusiformisnak és spirillumnak kell megtalálhatónak lennie, noma vulvaeről, mint *analogiás* megbetegedésről csakis olyan esetben szólhatunk, melyben a bacteriologias lelet is megegyező.

Iljen eset eddig nincs kimutatva. A „noma vulvaeről“ szóló közlemények általában igen kis számmal jelentek meg, ha szabad ebből következtetni, úgy az említett elváltozás a legritkább bántalmak közé tartozik.

HERFF 43 éves, addig egészséges nőnél említ egy gangraenás fekélyt (Ein Fall v. Hospitalbrand an der Vulva).¹ GRENSER a drezdai gynaekologus társaságban² referált egy 20 nappal a defloratio után fellépett gangraenás fekélyről. A posteriori azt hiszi, hogy herpesből fejlődött, a hozzászólók (LEOPOLD, MEINERT) lueses, illetőleg lágy fekélynek tartják. Bacteriologias vizsgálat egyik esetben sem történt.

HENOCH 2 éves leánynál látott traumás eredetű vulva gangraenát.³ RÓNA 3 esetet észlelt⁴ azonban éppen ezeknél külső okokból a bacteriologias vizsgálat elmaradt.

FREYMUTH említi még RANKE és WOROVICHIN 1—1 esetét, utóbbiakban vizsgálat nem történt.

FREYMUTH és PETRUSCHKY közleménye⁵ a kérdés tisztázása

¹ Deutsche med. Wochenschr. 1890. P. 949.

² C. Bl. f. Gynaekolog. 1891. P. 24.

³ Vorlesungen über Kinderkrankheiten. 5 Auflage. Cit. FREYMUTH és PETRUSCHKY. I. c. P. 233.

⁴ Orvosi Hetilap. 1903. 36. sz.

⁵ Ein Fall von Vulvitis gangraenosa (Noma genitalium) etc. Deutsche Med. Wochenschr. 1898. No. 15. P. 233, 234.

szempontjából csak korlátozott értékkel bír, bacteriologiai vizsgálatot csak a kaparékkal végeztek, melyben spirillumokat is láttak ugyan, mivel azonban LOEFFLER bacillusokat sikerült kitenyészteni és BEHRING-féle serummal végzett oltások¹ (valamint helyi kezelés) után gyógyulás állott be, utóbbiakat tartják esetükben a noma előidézőjének. (Infectio LOEFFLERI saprophytis complicata.)

Épen ezért azt gondolom, hogy mindaddig helytelen a genitale nomájáról szólani, míg a pofák megbetegedésével analogias *fajlagos* üszkösödést nem sikerül kimutatni.

Ha tekintetbe vesszük azt, hogy a bacillus fusiformis és a spirillum szájbacteriumok, felmerülhet az a kérdés, hogy ilyen alapon fejlődött gangraena vulvae egyáltalában előfordulhat-e?

Meglehet, hogy nem. Ezt azonban a priori állítani még sem lehet, különösen ha számbavesszük azt, hogy a LOEFFLER-bacillus is a torok fajlagos bakteriuma s a valódi genitális diphtheria, bár ritkán, mégis előfordul.

A felvetett kérdés szempontjából főleg két dolgozatról kell megemlékeznünk, t. i. MATZENAUER és RÓNA vizsgálatairól.

MATZENAUER minden esetében egy WEIGERT szerint festődő anaërobus bacillust talált a lobos és necroticus szövetnek, más helyeken az ép szövetnek a határán.² MATZENAUER eme bacillusokat a VINCENT által először MadagascARBAN kórházi üszögben szenvedő arabusoknál talált, microorganismusokkal látszik azonosítani, azonban a leírás nem meggyőző azért, mivel tudvalevőleg VINCENT s utána mások is a bacillusokat kihagyozetteknek, orsóalakúaknak mondják, MATZENAUER bacillusainak végződése „többnyire nem szegletesek, hanem kissé legömbölyítettek“, spirillumokat pedig nem talált.

RÓNA dolgozatában,³ fájdalom, épen három vulva-gangraena esetének bacteriologiai vizsgálata maradt el, külső okok miatt. Leletei egyébiránt az előző közlemény adataival megegyezők. Spirillumokat RÓNA a szövetben nem látott, ellenben gyakran

¹ L. c. p. 233—234.

² l. c. P. 405.

³ Orvosi Hetilap 1903. év 36—37. sz.

megtalálta azokat a felületről vett kaparékban ' s ebből kiindulva azt mondja, hogy mivel MATZENAUER a kaparékban spirillumokat nem keresett, valószínűleg az ő eseteiben is feltalálhatók lehettek volna azok. Azonban egy gangraena felületese részeiben található bacteriumnak, mely a mélyben, a terjedés irányában ki nem mutatható, azt hiszem jelentőséget nem tulajdoníthatunk, hiszen maga MATZENAUER is azt mondja, hogy gangraenás fekélyek felületéről nyert kaparékkészítményeknek érték nem tulajdonítható.²

Esetünkben az elmondottak alapján mindenesetre megmaradunk „a gangraena phlegmonosa vulvae“ mellett.

A mi az ismertett kóreset klinikai érdekességét illeti, úgy első helyen említem azt, hogy a külső nemi részek üszkösödése terhesnél a ritkaságok közé tartozik; HÜTER-nek 1852-ben megjelent „Brand der äusseren Geschlechtstheile bei Schwangeren“ című dolgozata³ óta idevágó feljegyzést az irodalomban nem találok. Azt, ha már *előzetesen beteg területet érő sebzés* miatt, mint MÜLLER esetében⁴ vízenyő csökkentésére végzett scarificatio után fejlődik üszkösödés, nem sorolhatjuk ide.

Másodsorban érdekes az, hogy egy ilyen, aránylag kiterjedt, s mint gyors terjedése mutatta, meglehetősen virulens fertőzés mellett, rendes hőmérséklet, érverésszámot stb. szóval láztalan lefolyást észleltünk.

Harmadszor, hogy a külső nemi részek, valamint a gát tájékának úgy a betegség, mint a műtéti beavatkozás okozta izgalma ellenére sem fejlődött ki abortus, pedig terhesség, általános tapasztalat szerint, gyakran szakad meg a külső nemi részek, különösen a gát tájékán végzett műtéteknél, bár SCHAEFFER⁵ szerint ez a félelem is túlzott. Éppen ezért csak mellesleg hivatkozom saját, nem rég tett tapasztalatunkra, mely szerint majdnem egyidejűleg minden reactió nélkül folytatódott

¹ l. c. P. 583.

² l. c. P. 407.

³ Deutsche Klinik. XLVIII. Idézve MÜLLER Handb. d. Geburtsh. Bd. II. P. 888.

⁴ Die Krankh. d. weibl. Körpers etc. 1888. P. 395.

⁵ V. WINCKEL. Hdb. d. Geburtsh. Zweiter Bd. II. Teil. 1904. P. 1410.

egy ikerterhesség a graviditas alatt ovariumcysta miatt végzett hasmetszés után, míg ugyanakkor egy kiterjedt vulvaris condyloma accuminatum tömeg narcosisban történt eltávolítása után 24 órán belül bekövetkezett a koraszülés.

A leírt üszkösödés létrejövetelének módjára biztosat nem mondhatunk.

A mi a létrejövetelnek a beteg által előadott módját illeti, úgy az állandóan mezítláb való járás következtében hatalmas elszarusodást mutató sarokról elképzelhető volna, hogy az esetre, ha egyáltalában a nemi részekhez jut, ott súlyosabb sérülést is okozhasson, azonban sebzést nem láttunk.

Ha azonban a beteg bemondásának hitelt adunk, úgy azt az eshetőséget is fel kell hogy vessük, hogy esetleg a tompa ütés eredetileg a bőr alatti szövet zúzódásához és elhalásához vezetett. Annak fölvetését, hogy a tompa ütés esetleg egy nagy ajak haematomát hozhatott létre s ez ment volna át üszkösödésbe, a klinikai és szövettani lelet zárja ki. Azt azonban, hogy miképen jutottak bármely eshetőség mellett is a bacteriumok az elhalt területbe, kimutatni nem tudtuk.

A mi a kezelést illeti, a megbetegedett részeknek késsel való eltávolítása a bántalom kiterjedt voltán kívül már azért sem látszott ajánlatosnak, mivel nem állott módomban a még biztosan ép, nem fertőzött határnak megállapítása s így óriási anyaghiányt kellett volna okozni. Ezért folyamodtam a cauterisációhoz s feltevésem helyességét úgy a sima, minden további terjedés útját álló gyógyulás, mint annak elég kedvező bonczati eredménye is igazolta.