

SEBÉSZET.

SEBÉSZETI ÉS NŐGYÓGYÁSZATI HETILAP.

MEGJELENIK MINDEN CSÜTÖRTÖKÖN.

KIADÓ-SZERKESZTŐ: DR. KERTÉSZ JÓZSEF MŰTŐORVOS.

BUDAPEST, ZÖLDFÁ-UTCZA 9. SZ.

Előfizetési ár: egész évre 10 frt, félévre 5 frt, negyedévre 2 frt 50 kr.

I. ÉVFOLYAM.

1894. MÁRCZIUS 22.

12. SZÁM.

TARTALOM I. Eredeti közlemények: Adat a hólyag és a húgycső sértésekhez. Dr. Kertész József. — II. Referatumok, könyvismertetések: Hildebrand, A sebészeti tájboncztan alapvonalai. Krannhals, A pyocyaneus-fertőzésekről. Mühsam és Schimmelbusch, A bacillus pyocyaneus szintermelése más mikroorganizmusokkal való együttlétekor. Tuffier, Kísérleti és klinikai kutatások az intermittáló hydronephrosis kóroktanáról, kórboncztanáról és kezeléséről. Bishop, A processus mastoideus felvételéről. Morian, A csigolyák heveny csontbéllobjáról. Müller, A heveny csontbéllobjáról. Felsenthal, Adatok az erysipelas és erysipeloid kóroktanához és therapiájához. — III. Orvosegyesületek ülései: A budapesti kir. orvosegyesület, A magyar fül- és gégeorvosok egyesülete.

Waltersdorfer Pál

droguista Budapest VII, kerepesi út 8.

ajánlja dúsan felszerelt raktárát mindennemű

gyógyárak, vegyszerek és
állatgyógyászati cikkekben.

Gyári raktár első minőségű

sterilizált kötőszerekből.

⇒ Tés, rum és cognak. ⇐

Illatszerek, háztartási és pipere-cikkek.

Nagy árjegyzék kívánatra ingyen és bérmentve.

Mindennemű Vegyszerek, gyógyanyagok és kötszerek



megbízható minőségben kaphatók

MOLNÁR ÉS MOSER

droguistáknál Budapest IV, Koronaherceg-utca 9. a Haris Bazár átellenében.

Dr. Pajor-féle vizgyógyintézet


Budapest VIII. Szentkirályi utca 14. sz.

Massage, villamosítás, izzasztó kúrák. Ugyanott berendezve szén-savas-
aczellüfűdők.  Nyitva egész éven át. 

Van szerencsénk a t. orvos urak becses figyelmébe ajánlani,
hogy mindennemű oltási műszerek és eszközökkel szolgálhatunk.

Dr. Bácskay-féle szabályozható oltó-tű

ára 1 frt 25 kr. Tömeges oltásnál igen ajánlatos.

 Nagy képes árjegyzék kívánatra portómentesen küldetik.

GARAY SAMU és TÁRSA

sebészeti-, mű-, kötszer- és villamgép-gyártók.

Budapest, Ferenczies bazára.

A „SEBÉSZET”

előfizetési ára:

Egy évre 10 frt.

Fél évre 5 frt.

Negyed évre 2 frt 50 kr.

A múlt év utolsó hónapjában megjelent
külföldi sebészeti és nőgyógyászati munkák
jegyzéke:

- Auvard A.*, Rosenau. 100 illustr. Fälle aus der Frauen-Praxis. 6 *mk.*
Bähr F., Ueber Kompressionsbrüche des Fersenbeines.
 (Samml. klin. Vortr. 84.) 75 *pf.*
Barlow, Casuistisches zur traumatischen Neurose. 1 *mk.*
Beiträge zur klinischen Medicin u. Chirurgie. 4. u. 5. Hft. 4 *mk.*
Bonnet et Petit, Traité pratique de gynécologie. 297 Fig. 15 *fr.*
Brandt T., Behandlung weiblicher Geschlechtskrankheiten.
 2. Aufl. 6 *mk.*
Breus C., Ueber wahre Epithel führende Cystenbildung in
 Uterusmyomen. 2 *mk.* 50 *pf.*
Charité-Annalen. Red. v. Schaper. 18. Jahrg. 20 *mk.*
Chipault A., Etude de chirurgie médullaire. Historique —
 chirurgie opérat. — traitemet. Av. 66 grav. et 2 pls. col. 15 *fr.*
Congrès, septième, de Chirurgie (1893.) Publ. par Picqué.
 Av. 38. Fig. 18 *fr.*
Fehling H., Lehrbuch der Frauenkrankheiten. M. 240 Abb. 13 *mk.*
Gandolphe, Maladies infectieuses et parasitaires des os.
 Av. 99 Fig. 16 *fr.*
Gray H., Anatomy, descriptive and surgical. 13 ed. 36 *sh.*
Harrison R., Lectures on the surgical disorders of the
 urinary organs. 4. ed. 6 *mk.*
Kirchenberger S., Aetiologie u. Histogenese der varicösen
 Venen-Erkrankungen 3 *mk.* 20 *pf.*
Kopp K., Atlas der Geschlechtskrankheiten. M. 53 col. u.
 4 schw. Abb. 7 *mk.*
Krehl L., Grundriss der allgem. klin. Pathologie. 6 *mk.*
Luther F., Ueber die Gonorrhoe beim Weibe. 75 *pf.*
Madden T. M., Clinical gynaecology. With 259 illustr. 12½ *sh.*
Massei F., Die Intubation des Kehlkopfes bei Kindern u.
 bei Erwachsenen. 2 *mk.*
Metchnikoff E., Lectures on the comparative pathology
 of inflammation. 12 *sh.*
Mittheilungen aus Kliniken u. medicinischen Instituten
 der Schweiz. I. Reihe.
 1. Ueber die Aetiologie der Peritonitis. Von Tavel u. Lanz. 6 *mk.*
Müller Kurt, Der Milzbrand der Ratten. 2 *mk.*
Nicaise E., Chirurgie de Maître Henri de Mondeville,
 chirurgien de Philippe le Bel, roi de France, comp. de
 1306—1320. 28 *fr.*
Pochmann E., Eine Theorie der Entzündung u. Eiterung
 auf physiologischer, nicht bacteriologischer Grundlage. 50 *p.*
Wagner Paul, Abriss der Nieren-Chirurgie. 5 *m.*

SEBÉSZET.

SEBÉSZETI ÉS NŐGYÓGYÁSZATI HETILAP.

MEGJELENIK MINDEN CSÜTÖRTÖKÖN.

KIADÓ-SZERKESZTŐ: DR. KERTÉSZ JÓZSEF MŰTŐORVOS.

BUDAPEST IV, ZÖLDFÁ-UTCZA 9. SZ.

Előfizetési ár: egész évre 10 frt, félévre 5 frt, negyedévre 2 frt 50 kr.

I. EVFOLYAM.

1894. MÁRCZIUS 22.

12. SZÁM.

I. Eredeti közlemények.

Adat a hólyag és a húgycső sértésekhez.

Casuistikus közlemény *Dr. Kertész József* műtőorvostól.

A sebészek a hólyag és húgycső sértések kezelésénél a mai napig sem jutottak egyöntetű megállapodásra és így minden pontosan észlelt esetnek meg van azon jogosultsága, hogy az annak lefolyása alatt észlelteket felhasználtassanak az álláspontok tisztázásához.

Ily adattal hozzájárulni két, alább bővebben ismertetendő eset kapcsán a kérdés megvitatásához célja ezen soroknak, részben az e két esetből, részben a múltban, boldogult Antal tanár osztályán és Lumniczer tanár klinikáján látott esetekből merített kórodai megfigyelések alapján.

Két esetemet, melyek e casuistikus közlemény tárgyát képezendik, Haberern barátom szives engedelmével közlöm a dologházi kórház sebészeti fiókosztályáról.

A két eset elseje a következő:

P. J. 36 éves napszámos 15795. felvételi szám alatt múlt év szeptember hónapja 25-én vétetett fel a dologházi kórház sebészeti fiókosztályára. Előadja, hogy súlyos gerenda esett alhasára és jobb czombhajlatára. A medencze csontjai épek, a gerincz oszlop és a végtagok sérülést nem szenvedtek. A jobb inguinalis tájon a Poupart-szalag belső harmada felett, azzal párhuzamosan futó 5—6 cm hosszú, zúzott széli folytonosság megszakítás látható, melyet a felvételes orvos csomós selyem-varratokkal egyesített. A beteg vizelni nem képes, s bár heves vizelési inger által gyötörtetik, csak nagy erőlködésre képes néhány csepp véres vizeletet kisajtolni. A symphysis felett 3 haránt ujjnyi terjedelemben tompulat van jelen, mely jobb oldalt a közép vonaltól még mintegy másfél tenyérnyire terjed. Csapolásnál a húgycsőben semmi akadályt sem találtunk, a

hólyagból ürülő, körülbelül 500 *ccm*-nyi vizelet véres. A csapolás után a középvonalban lévő tompulat nem tűnt el teljesen, a középvonaltól jobb felé volt tompulat megmaradt. A hólyagba fecskendezett csekély mennyiségű bór oldat véresen folyik vissza. A beteg közérzete különben elég türethető, láztalan, pulsusa elég jó, kissé lassúdott.

A sebet kötéssel fedtük és abszolút nyugalom mellett kizárólag aseptikus csapolásokra szoritkoztunk. A lefolyás teljesen láztalan volt, soha cystitis nem lépett fel, a vizelet az azonnal leirandó további complicatiók alatt is mindig teljesen kristály tiszta maradt.

A sérülés utáni 4-ik napon az inguinális táj sebe fájdalommal vált és a beteg a seb tájékán érzett feszülésről panaszkodott. A kötést eltávolítva, a sebet feszültnek, előre domborodónak találtuk, a varratokat, melyek a kissé piros sebszélekbe bevágtak, eltávolítottuk. A seb szétvált és rajta kissé véres, de különben tiszta vizelet ürült. A vizelet a seben ezen időtől kezdve mintegy két héten keresztül folytonosan csökkenő mennyiségben ürült állandóan, — de mindig vitztiszta volt. A seb környékét bórkenőccsel óvtuk a vizelet káros hatásától, a sebet jodoform gaze al tamponáltuk. A beteg a sérülés utáni 6-ik napon már spontán volt képes vizelni és így a póscsapolást is teljesen elhagytuk. A spontán vizelés közben az inguinális seb helyén a vizelet vékony sugár alakjában ömlött ki. A sérülés utáni 7-ik napon a hasfal sebe nagyrészt már behegedt és a hasfal mögött összegyűlt vizelet nem lévén képes kiürülni, fájdalmas feszülést okozott. A hasfal sebéért október 2-án tágitottuk és drainsövet vezetünk bele. A tágitott hasfelseben bevezetett ujjal a hólyag felé lehetett jutni, a hólyagot magát azonban nem értük el. A kiürülő, majd később már csak kiszivárgó vizelet mennyisége folytonosan kevesbedvén, a drainsövet rövidítettük, később vékonyabbal váltottuk fel. Midőn pedig a kiszivárgás naponta már csak alig tett ki néhány cseppet, a drainsövet teljesen el is hagytuk.

A vizelet kiömlése ezen abnormális uton a 12. vagy 13. napon szünt meg. Néhány napra rá a seb teljesen behegedt és beteg teljesen akadálytalanul volt képes vizelni; fájdalmai egyáltalában nem voltak.

A beteget még néhány napig észlelet alatt tartottuk és cystostopikus vizsgálatnak akartuk alávetni, ebbe azonban semmi áron sem volt hajlandó beleegyezni.

Gyógyultan távozott október hó 25-én.

Meghagytuk neki, hogy időnként ellenőrzés céljából jelentkezék, azonban mind e mai napig nem jelent meg.

A második eset kórtörténetét főbb vonásaiban a következőkben ismertetem:

T. K. 49 éves gödöllői születésű cipész f. év januárius hó 22-én vétetett fel a dologkórházba 2267 felv. sz. alatt azon panasszal, hogy vizelni nem képes. Előzményképen előadja, hogy előző

napon ittas állapotában vizelés közben egy hátulról jövő kocszi lovai elütötték és miközben ő baloldalára esett, a kocszi egyik kereke hasának jobb oldalán ferdén lefelé, a gát felé áthaladt. A baleset után eszméletét rövid időre elvesztette, de csakhamar felkelt és egy rendőr támogatásával lakásába ment. Másnap nagy fájdalmai alhasában nem szünnévén és miután húgycsövéből vérzés mutatkozott, a dologkórház X. orvosi osztályára vétetett fel, honnan 23-án a sebészeti osztályra tétetett át.

Felvételkor a beteg láztalan volt, vizelni nem volt képes. Hólyag mérsékelten telt, a scrotum és gát, valamint a penis kissé duzzadt, a bőr e helyeken kékesen elszinesedett. A húgycsőből néhány csepp vér nyomható ki. Az elváltozott részek spontán is fájdalmasak, nyomásra a fájdalmasság fokozódik. A medencze csontjai, csigolyák épek. Végbélben át megejtett vizsgálatnál a bulbus mögött kis foku duzzanaton kívül semmi eltérés sem mutatható ki. A bal szarkapocs csont fejcsénél krajezárnyi, sárgás barna varral fedett, hámtól fosztott hely, melyet tenyérszerű terjedelemben kékesen elszinesedett bőrrészlet övez. A jobb boka ízület körül a bőr, különösen a külső oldalon szintén kékes pirososan elszinesedett, helyenkint felhámtól fosztott.

A felvételkor bevezetett Nélaton-féle katheteren át, melyről azonban kétes, hogy valjon a hólyagba jutott-e, körülbelül 50 gr véres, vérezafatokkal kevert vizelet ürült. A beteg a felvételi nap délutánján többször spontán vizelt, azonban mindannyiszor csak nagy erőlködés közben volt képes néhány csepp véres vizeletet üríteni. Este beteg láztalan volt.

Másnap, vagyis január 23-án a beteg állapota rosszabbodott, fájdalmai fokozódtak, vizelésével a hólyagot kiüríteni nem képes, hőmérséklete este 38°. A gáttáj és scrotum duzzanata fokozódott. Ismételt csapolásnál mindig csak igen kevés véres vizelet ürült. Áttétel a sebészeti fiókosztályra.

Január hó 24-én reggeli hőmérséklet: 38.5°. Nagy fájdalmak a gát és hólyagtájon. Hólyag teteje a köldök és symphysis között van. Tegnap este óta nem képes vizelni. Scrotum gyermekfőnyi, kékesfekete, feszült, fényes bőrrel fedett. Gát feszülten előre domborodó, fluctuál. A gát szomszédos részei az ülőgumóig mindkét oldalt hurkaszzerűen, feszülten előre duzzadnak és kékespiros bőrrel fedvők. A húgycsőből néhány csepp vér szivárgott ki. Rectális vizsgálatnál a prostata alatt kis almamekkoraságu fluctuáló duzzanat tapintható. A húgycsőbe vezetett fémkatheter a bulbus helyén megakad.

Műtét kőmetszési helyzetben narkosis nélkül előzetes desinfectio után. A húgycsőbe vezetett itinerárium a bulbus végén szintén megakad; 6 cm hosszú bőrmetszés a gát középvonalában a scrotum mögött. A bőrmetszés után a gát bőre alatt összegyűlt, mintegy 100 kcm-nyi mennyiségű kissé véres vizelet folyt el. A sebet széthúzva kiderült, hogy az izomzat, bőnyék és húgycső, részben

a bulbus vége is 2—3 *cm* hosszú és körülbelül 3—4 *cm* széles területen teljesen törmelékké voltak roncsolva.

A szövetczafatok és roncsok eltávolítása után a részben elroncsolt bulbusból származó meglehetősen fokú parenchymás vérzés által megnehezített a teljesen szétszakadt húgycső centralis végének felkeresése. A központi vég feltalálása az összezúzott, morzsolt képletek között mintegy $\frac{3}{4}$ órát vett igénybe. Végre, miután a beteg többször vizelt és így legalább azon helyről tájékozódunk, hogy honnan ürül a vizelet, sikerült a teljesen atszakadt húgycső központi végét feltalálni és egy pince-el rögzíteni.

A beteg vizeltetése azért nem adott biztos útba igazítást, mert a vizelet a túlfeszített hólyagból oly erős áramban és oly mennyiségben tört elő, hogy a sebürt betöltve, a mélyen fekvő nyílást teljesen eltakarta. A hólyagból ürült vizelet teljesen vitziszta, vértelen volt.

A központi és peripherikus húgycsőrészeket egymáshoz közelíteni, összehozni, egyesíteni nem volt lehetséges, miután egy, mintegy 2 *cm* hosszú részlet teljesen meg volt semmisítve. A seb és a peripherikus húgycsőrészet desinfectiója után a centrális részletbe 12-es számú angol kathetert vezetünk be, melyen át a hólyagnak mintegy liternyi tartalma kiürült. A katéter pavillonját levágva, a környi húgycsővön át a sebbe vezetett 6-os számú angol katéter orrmányára ráhúztuk és a húgycső peripherikus végén keresztül a külső húgycsőnyíláson kiveztük. A vezetőt használt vékonyabb katéter eltávolítása után a gát sebe több (5) mély és néhány (3—4) felületes selyem varrattal lett egyesítve és jodoformgaze-al fődve. A katéter fonál és ragasztó tapasz csikkal a szokott módon lett rögzítve. Beteg a műtét után igen megkönnyebbülten érezte magát. Hő este még 38²⁰ volt, közérzete jó. A tiszta vizelet a pöcsapon át jól ürült. Kötés száraz. Hólyagmosás bóroldattal.

A lefolyás csaknem teljesen reactio nélküli volt. Az első pöcsap egy hétig hagyatott a húgycsőben állandóan. Egy hét múlva lett megújítva, két nap múlva újból megújítva, 3 nap múlva teljesen elhagyva. A varratok a 9-ik napon távolítottak el. A seb teljesen összetapadt. Csak a 3. és 4. napon ürült a seben át néhány csepp vizelet, miután ez időben néhány (5) napig tartó enyhe fokú cystitis lépett fel, mely a hólyagot gyakoribb, erőteljes összehúzóadásokra ingerelte. A cystitis mellett különben a vizelet alig volt zavaros. A pöcsapon át a hólyag naponként egyszer lett bóroldattal ki-mosva, csak a cystitis tartama alatt végeztettek a hólyagmosások többször naponként.

A 14-ik naptól kezdve a húgycsőbe 12-számú (angol) fémsondát vezetünk be naponként egy-egy órára. A fémsonda bevezetésénél az első napokban kis fokú vérzés jelentkezett. Az állandó katéter eltávolítása után az első pár nap alatt a beteg naponként 4-szer lett megcsapolva. A 17-ik naptól kezdve spontán vizelt, erőteljes sugárban. Róna, egyetemi magántanár volt szives február hó 12-én, tehát a műtét utáni 19-ik napon a húgycsővet endoskopikus úton

megvizsgálni és az endoskopikus képeket demonstrálni. Lelete ekkor a következő volt: A húgycső a Charrière 22-es számú egyenes endoskoppal könnyen átjárható. A pars membranacea közepétől kezdve az ép nyálkahártya helyét kezdetben, néhány milliméternyi darabon csak az alsó jobboldali falon, de később egészen körkörösön sarjadzó felület foglalja el, mely még a bulbusra is átterjed és körülbelül $\frac{1}{2}$ cm-nyire a bulbus és pars membranacea találkozási helye előtt szintén az alsó jobboldali falon végződik. A pars pendula nyálkahártyája ép, csak a sajka árok mögött körülbelül 1 cm-nyire látható néhány sáv alakú, a húgycső irányával párhuzamosan futó repedés, melyek azáltal származtak, hogy az itt levő néhány mm-nyi széles, régi körkörös szűkület a tágításnál beszakadt.

A beteg távozása napjáig, vagyis márczius hó 16-áig naponkint sondázva lett a 12-es majd a 14-es számú (angol) fémsondával egy — négy órára. Teljesen jól vizel, sőt saját állítása szerint soha sem vizelt ily jól. Távozásakor a fémsonda minden akadály nélkül, könnyen siklik a hólyagba. Vizelet teljesen tiszta. Az endoskopikus lelet távozásakor, vagyis 8 héttel a műtét után a következő volt: A pars pendula végén 22-es sz. Charrière endoskop nehezen hatol át. E helyen a nyálkahártya megvastagodott, vastagabb redőkben tolul be. Hegszövet e helyütt (bulbus kezdete) nem látható. A pars membranacea kezdetén az endoskop csakis erőteljes nyomással szorítható keresztül. A pars prostatica mellső feléig jutva, itt a nyálkahártya teljesen épnek bizonyult, rendes színezetű és allományú. Onnan kifelé jöve a hártás húgycsőnek hátsó részében leginkább az alsó, de az oldalsó falakon is a nyálkahártya helyét hegszövet foglalja el, a hártás rész közepéig. Innen kezdve a heg gyűrű alakúvá válik, mely elváltozás a bulbus kezdetéig tart. E helyütt a tükör benyomulásakor keletkezett friss repedés látható vérzéssel, a heg itt frissebb jellegű, fiatalabb, helyenkint, egyes pontokon sarjszerű. Ez az elváltozott rész legszűkebb helye. A pars bulbosába jöve a húgycső alsó fala helyén szintén hegszövetet találunk, felső falán a nyálkahártya ép. A hegszövet az alsó falon körülbelül a bulbus közepéig vonul, itt ismét 3—4 mm-nyi részleten gyűrű alakúvá válik és mint ilyen megszűnik. A nyálkahártya ezen részlet előtt teljesen ép, csak a fossa navicularis mögött 1 cm nyire láthatók a felső és jobb falán mintegy 4 mm-nyi területen részben friss hegszövet, részben sárgásan belepelt hámtól fosztott területek. Betegnek meghagytuk, hogy egyelőre hetenkint többször jelentkezék a sonda bevezetésére.

Ezek után áttérhetünk e két esetnek taglalására, kifejtendő nézeteinket az ily sérülésekről általában és különösen — therapeutikus szempontból.

(Vége következik.)

II. Referatumok, könyvismertetések.

Hildebrand. A sebészeti tájboncztan alapvonalai.

Szerző e művében a topographiai viszonyokat nem egyöntetűen boncztoni szempontból akarta tárgyalni, hanem a mennyiben azok a sebészetben szerepelnek. Ez okból a testet régiókra osztja fel s azokban rétegenként szemléli az egyes részek egymáshoz való viszonyát. Különösen nagy súlyt fektet a topographiai viszonyoknak élőkön való vizsgálatára s ennek minden rész végén külön fejezetet szentel. A mű hat részre oszlik: I. a fej; II. a nyak; III. a mell; IV. a felső végtagok; V. a has; VI. az alsó végtagok.

Hogy szerzőnek mennyire sikerült feladatát megoldani, bizonyítja azon megleghangu előszó, melyet művéhez König irt.

Hildebrand könyve, melynek kiállítása az abrakkal együtt kifogástalan, különösen mint a sebészeti művek és mütéttanok kiegészítő része, kitünő szolgálatokat fog tenni a specziálisan sebészettel foglalkozóknak is.

(Grundriss der chirurgisch-topographischen Anatomie. Wiesbaden 1894.
Mayer.

Krannhals. A pyocyaneus-fertőzésekről.

Szerző Schimmelbusch ismert cikkére utalva azt állítja, hogy a pyocyaneus fertőzés mint önálló kórfaj kevéssé méltattatott eddigelé s daczára ritka előfordulásának, mégis elég érdekesnek találja behatóbb tanulmányozásra. Az irodalomból összeállított hét esetet (Ehlers, Neumann H., Oettinger, Karlinsky,) s ezekhez mint nyolczadikat saját esetét csatolja.

20 éves munkasnal 1889 deczember hó 8-án bordacsonkolás eszközöltetett jobboldali genyes mellhártya izzadmány miatt. A lefolyás január 4-ikéig igen kedvező volt, midőn hirtelen estéli 39·5^o-nyi hőemelkedés, másnap febris. cont. (40·5^o-ig) kólíka, hasmenés, majd sopor, szapora légzés allott be. A légző szervekben nem észleltetett változás, a hasmenés opium daczára tovább tart, a sopor fokozódik s a beteg mindinkább elerőtlenedve január 15-én meghalt. Bonczoláskor feltűnt, hogy a műtévesi seb jó kinézése mellett a jobb oldali mellhártya zsigeri és mellkasfali lemeze sötét barnás zöldes, sajátságosan szappanos tapintatu és tapadós bűzös anyaggal be van vonva. A mediastinalis kötszövet, epi- és pericard barnás zöldes genynyel beivódott; tüdőkben, szivben friss lob vagy genyedés nem talaltatott. lép megnagyobbodott, burkan barnás pettyek, gyomor és belek nyálkahartyaja helyenként palaszürke, az ileumban erős injectio, a plaque-ok duzzadtak, mint ileotyphusnal, de fekélyképződés nél-

kül, mesenterialis mirigyek megnagyobbodtak. A mediastinum beivódott részletéből, a szivburokból s a lépből nyert vizsgalati anyagból készített agar lemezekén 5 különböző kinézésű colonia fejlődött, mely újabb feldolgozásnál mind ugyanazon bacterium tiszta tenyészetének bizonyult és pedig a Gessard-féle bacillus pyocyaneusnak vagy az Ernst-féle bacillus pyocyaneus α -nak. A Peyer-féle plaque-ok szövettani vizsgálatánál kitűnt, hogy a vérbőség, elterőleg a typhustól, mindenütt felülmulta a sejtes infiltrációt. Sikert a bacillus pyocyaneus kimutatása a szövetmetszetekben is.

Krannhals megkísérli az ismertetett esetek egységes jelenségeit összegezni. A fertőzés módjára nézve Ehlers két esetében kryptogenetikus septicämia veendő fel, míg a többiben az invasio kapuja felderithető. Klinikailag feltűnik minden esetben a megbetegedés hevessege, a közérzet változása, a typhosus kép, a folytonos láz, (kivéven Neumann 2. és 3. esetét,) a heveny béllob, nagyfoku hasmenés. Eltekintve Neumann empyema esetétől és szerző saját esetétől, a többiben mindig ekthyma-szerű pustulák léptek fel a bőrön, melyek bennékében mindig a bacillus pyocyaneus tiszta tenyészete találtatott; végül tünetként említettik heveny lépdag és csekély foku albuminuria. Lényeges bonczület a lépdag és az enteritis, mely többnyire haemorrhagikus jellegű.

A septicämicus kórok keretén belül fajlagos jelleget kölcsönöz e megbetegedésnek (maladie pyocyanique) az egységes bacteriologiai lelet.

Schimmelbusch-sal szemben a pyocyaneust okozza e fertőzés fellépteért.

Tampontot nyújt erre Charrin állatkísérlete, melyben a pyocyaneus tiszta tenyészetének infectiojára lépdag és hämorrhagikus enteritis fejlődött. Sőt az állatkísérletben észlelt, hosszabb idő múltán (15 nap egészen 2 hónap) fellépő mozgási hüdések az alsó végtagokban is analogiára találnak Jadkevitsch érdekes észleletében, hol idült pyocyaneus infectio esetében 10 év lefolyása alatt idült lábszár eccemához 3 izben szövődött kék genyedés; utolsó izben a többi tünetek mellett az alsó végtagok paresise mutatkozott; a beteg különben meggyógyult.

Szerző azután arra utal, hogy a bacillus pyocyaneus valószínűleg toxicus anyagok képzése által hat a vér útján, melybe azonban csak ritka disponált esetekben jut a microbium. Végül a bacillus pyocyaneus α -t (pyofluorescent) mint inkább sárgás-zöldes festeny termelőt, valamint a többi szerző is, megkülönbözteti a bacillus pyocyaneus β -tól, (mely kék festenyt termel), főleg tenyésztési viszonyai által. De kórnműző tekintetben alig van különbség a kettő között; a felsorolt esetekben hol az egyik, hol a másik találtatott a bacteriologiai vizsgálatnál.

(*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie* 37. kötet, 1. és 2. füzet.)

Kunze.

Mühsam és Schimmelbusch. A bacillus pyocyaneus szintermelése más mikroorganizmusokkal való együttlétekor.

A zöld genyedést okozó mikrobiumról már régebben ismeretes, hogy szintermelése különböző viszonyoktól van feltételezve, nevezetesen a levegő jelenlététől s a táptalaj milyenségétől, a cultura korától. Így különböző viszonyok közt vagy nem termeltetik festeny, vagy rozsdavörös szenyynes zöldes-barna fluorescáló színárnyalatok fejlődnek. De ugyanazon culturánál az egyes individuumok is egyenlőtlenül viselkednek festenytermelés tekintetében. Szerzők kísérletei azon érdekes tényt derítették ki, hogy a bac. pyocyaneus szintermelése más mikroorganizmusok együttes jelenléte által is befolyásoltatik. A mikrooccus tetragenussal, oidium lactis és egy, a savanyu tejből tenyésztett bacillussal kevert culturák egyáltalán nem producáltak festenyt, a staphylococcus aureussal kevert pyocyaneus az első hétben fellépett világos zöld festenyt ismét elveszti. A kevert tenyészetekben a pyocyaneus jelenléte mindenkör górcsövileg és isolatio útján ki volt mutatható. Ha élénk zöld pyocyaneus cultura staphylococcus, anthrax és m. tetragenus bouillon-tenyészetébe oltatott, a zöld festeny igen csekély volt, később teljesen elveszett. Ezen befolyás nem a talaj vegyhatása megváltoztatásának, sem a pyocyaneus tönkrehajlásának tulajdonítható, úgy látszik sokkal complicáltabb tengéleti viszonyokon alapul a symbiosisnak hatása a festenytermelésre, melynek magyarázatát szerzők nem adhatják.

(Archiv für klinische Chirurgie. 46. kötet, 4. füzet.)

Kunze.

Tuffier. Kísérleti és klinikai kutatások az intermittáló hydronephrosis kóroktanáról, kórboncztanáról és kezeléséről.

Az intermittáló hydronephrosis és a vándorvese közt okozati összefüggés van. Ezt számos tény tanúsítja: főleg a baj gyakorisága a nőknél, s a majdnem állandó jobboldali föllépése.

A tünetek mechanizmusát illetőleg teljesen osztja Landau nézetét és számos kísérleti és klinikai ténynyel támogatja.

1890 óta van alkalma észlelni az ureter megtöretésének egy esetét, előidézve a vese művi mozgékonyasága által. Kísérleteiben 8 esetben majd az ureter fixatiója, majd a vese rendellenes helyzetben fixálása, majd egyszerű mozgékonyaságának tevése által csak 4 esetben támadt hydronephrosis, a mi megegyezik a klinikai észlelésekkel, mivel szerencsére nem minden vándorvese egyuttal hydronephrotikus is. A vese mozgékonyaságának valása egymagában elegendő a hydronephrosis előidézésére; a retentio az ureter megtöretésének a következménye.

A tünetek intermittáló jellege két különböző mechanizmus

által lehet előidézve; bizonyos esetekben a megtöretés redressálódik a vese mozgékonyága folytán, más esetekben redressálódik a vesetömlőben megnövekedett tensio folytán.

12 műtett betegénél 2-szer incisiót, 1-szer nephrectomiát, 9-szer nephropexiát végezett, 9-szer eredménynyel.

Azt hiszi, hogy az esetek nagy többségében a vese művi fixálása a legjobb eljárás.

(*Semaine médicale 1893. 70. szám.*)

Bishop. A processus mastoideus felvéséséről.

Szerző a műtétet a következő feltételek között tartja javaltnak: 1. ha acut csontlob van jelen, mely a palliatív kezelésnek ellentáll; 2. ha ismételten lobos duzzanat és talyog keletkezik. 3. ha a meatus hátsó és felső falán lobos duzzanat tamad genyeddéssel a közép fülbe; 4. ha fistula van jelen; 5. ha rendkívüli fejfájások vannak jelen a beteg fülnek megfelelő oldalon és minden egyéb gyógyeljárás célhoz nem vezet; 6. ha az otorrhoea más kezelésre nem javul.

Szerző a műtévesnek kétféle módját ajánlja különösen: esteinek legnagyobb részében a Schwartzé-féle eljárást alkalmazta, s kevés esetben végezte a Stake által ajánlott módot; a resultatum mindkét módszernél kielégítő volt. A műtévesi tér megvilágítására ajánlja a homlokra helyezett tükör által vetített fényt. A sebet legjobb sarjadzani hagyni. A sebet dithymollal hinti be és jodoformgázzal köti.

(*Medical News 1893. november.*)

Sántha.

Morian. A csigolyák heveny csontbéllobjáról.

A mily gyakori a csigolyák gümős megbetegedése, ép oly ritka azoknál a heveny csontvelőlob. — Witzel 1887-ben csak 4 esetet talált az irodalomban. Morian 2 esetet észlelt, melyeken kívül többet az irodalomban leírva nem talált. Mindkét esetnél (az egyik 18, a másik 11 éves) a staphylococcus aureus volt jelen. A Witzelnél közölt 4 eset mindegyikében a csigolyatesten ült a lobos folyamat, 2-szer hátságolya, 1-szer kereszt, 1-szer agyék csigolyán, Morian eseteiben az ív volt a megbetegedett részlet.

A lobos folyamat hamar eléri a csont felszínét és a keletkezett geny oly uton sülyed, mint a gümős, csak hogy sokkal gyorsabban és több vést okozólag. Az epiphysis leválás a csigolyáknál is előjöhethet, átterjedhet a folyamat az ízületekre is, de a fő bajt a folyamat átterjedése a gerinczagy felé képezi. A gerinczagy felé a csigolya testről épugy átterjedhet, mint az ívről, utóbbiról könnyebben. Nem annyira a nyomási tünetekben rejlik a veszély, mint inkább a gerinczagy direct meglobosodásában. Igen veszélyes az is, midőn a geny attörése a csigolya ív alapja és a harántnyujtványok között történik, különösen a háti csigolyáknál, mert itt a geny az

intercostalis tér azon helyére jut, mely már az intercostalis izmok tapadása mögött van, szóval a pleura felé.

Lágyék és kereszt csigolyáknál a geny vagy a hashártya felé, vagy a rectum mellett az anus felé sülyed.

A pleura részéről inkább kell complicatiókról tartani, mert az kevesebb ellenállást fejt ki, miután a pleura mozog, erősen ki van feszítve és a mellkasban levő negativ nyomás folytán aspirálhat is, míg a peritoneum alatt laza kötőszövet van jelen, geny sülyedéseknél leemeltetik és megvastagszik, esetleg a peritoneum visceralevel összenől.

A szívacos csontokban fellépett osteomyelitis veszélyesebbnek tartja a csöves csontokban fellépetteknél, mert a nyomás, mely alatt a geny áll nagyobb, továbbá, mert a felvésés által a kóros rész nem tartható fel oly teljesen. Ennek következménye az, hogy előbbieknél nagyobb foku a felszivódás és a metastasisok képződése lehetségesebb.

A diagnosis rendesen nem okoz nehézségeket, hacsak a gerinczagi tünetek nem prevaleálnak. Prognosis komoly. Therápia hasonló az egyebütt előforduló heveny osteomyelitis therapiájához. 2 esetet közöl.

(*Deutsche Medizinische Wochenschrift. 1893. 48.*)

Müller. A heveny csontbéllobról.

A heveny osteomyelitis felismerése és megkülönböztetése a chronikus alakoktól nem nehéz. Csak az osteomyelitisnek subacut alakja, mely az atlanto-occipitális ízületben előjövő gümős lobhoz igen hasonló, okozhat nehézségeket.

De vannak az osteomyelitis acutának nem tipikus alakjai is, melyeket Garré irt le először s melyekre bővebben kiterjeszkedik. Ilyenek a subacut alak, mely acut mellett is jöhet elő, s mely a diaphysiseken ép úgy fejlődhetik, mint az epiphysiseken, utóbbi helyen különösen a lapos csontokon. Ily alak továbbá a recidiváló csontbéllob is, melyre nézve eddig a kérdés nyilt volt. Kérdés ugyanis, hogy valjon a csontgóczban a staphylococcus, vagy más genyedést okozó mikrobium huzamusabb időn át megmaradhat-e lobos tünetek nélkül. Garré csak az egy Frick-féle esetet ismerte, melynél a 6 hetes csonttalyogban a staph. ki volt mutatható. Szerző a kérdést igenlőleg dönti el egy esetével, melyben egy 4 év óta fennálló fedett csonttalyogban a staph. aur.-t virulens állapotban képes volt kimutatni. Tehát felvehetjük a latens állapotot, melyből heveny kitörés keletkezik localis, vagy általános okokból.

Ezenkívül még 3 ily atypikus alakja van az osteomyelitis acutának: 1. periostitis albuminosa, melynél serosus inhibitiót okoz a staphylococcus, 2. a sklerotizáló osteomyelitis, mely mintegy parenchymás osteomyelitisnek tekintendő. 3. haemorrhagikus septikus osteomyelitis, a melyről eddig 3 eset volt ismeretes. Ezekhez járul az ő esetük, mint 4-ik, mely halálhoz vezetett. Heveny fertőző betegségeknel is előfordul az osteomyelitis acuta

infectiosa, mely azonban eddig csak 3 bakterium fajra állapított meg teljes biztonsággal: a pneumococcusra, a typhus bacillusra és a streptococcusra.

A pneumococcusra nézve 6 eset ismeretes: Jordán gyűjtött az irodalomból 3-at, 2-őt észleltek Fischer és Lewy, 1-et ők Bramann klinikáján. A typhusra nézve Jordán 6 eset ismertetését állította össze. A streptococcusra nézve Jordán 4-et, Fischer és Lewy 2-őt említ, ehhez jön 7-iknek az ő esetük.

A streptococcusok okozta eseteket leírja és ebből kitűnik az, hogy a bántalom alakja a staphylococcus által okozottól eltér, csak a periostra, vagy a corticalisra terjed ki. Hasonló típusuak a pneumococcusok és a typhus által létre jött lobosodások is.

Ullmann sem volt képes a csontbélben, csak a periost alatt genyedést előidézni az ő állatkísérleteinél a pneumococussal; typhus bacillussal és streptococussal is csak nehezen. Lannelongue és Achard kísérletei negatívek voltak, Ullmannhoz hasonló eredményt kaptak, Courmont és Jaboulay, valamint az ő kísérletei negatívek voltak.

Typikus osteomyelitist embernél nézete szerint és Bramann szerint is csak a staphylococcus okoz. A mikrobák a vérárammal jutnak a csontbélbe, a véráramba pedig a légzés útján, az ép bőrön át, kis sebekben keresztül, vagy a bélből juthatnak. Ily metasztatikus volta mellett bizonyít a multiplex fellépés. Más szervekbe, mint a májba, lépbe is jutnak, de itt az életképebb szövet elemek által rendszeren megsemmisíttetnek, míg a csontvelő kevesebb ellenállással bír, különösen fiatal egyeneknél és ott, hol az epiphysis vonal melletti fiatal sejtekhez jutnak a mikrobák. Érdekes erre nézve az egyes szerveknek csira tartalmának összehasonlítása különböző ily fertőző betegségeknél, így az anthraxnál legtöbb bacillus van a lépben, kevesebb a májban és legkevesebb a vesékben.

Szerinte a heveny osteomyelitis a fejlődési kor specifikus pyaemiája.

(Münchener medizinische Wochenschrift. 1893. 47. 48.)

Felsenthal. Adatok az erysipelas és erysipeloid kóroktanához és terapiájához.

A Gluck által 2 év előtt leirt módosított Kraske-féle eljárást ujabban az ichthyolkezeléssel kötötték össze, mely abból áll, hogy a kóros és az ép bőrön végzett scarificálás és az oedemas folyadék kisajtolása után 60%-os ichthyol kenőcsöt dörzsölnek, illetve masszálnak el. Kötés gaze, watta és polyával. Suspendio. --- Az eljárás naponként 1-szer, lehetőleg azonban 2-szer végeztetik. Összesen 30 esetben végezték igen jó eredménnyel, csak egy esetben nem lett a lefolyás rövidebb, az eredmény azonban ez esetben is jó volt. Nézete szerint az ichthyol igen jó desiniciens és e mellett nem izgat.

15 bacteriologic megvizsgált eset közül 14-szer volt jelen a

streptococcus, részben tiszta kulturában, részben (4 esetben) staph. pyog. aureussal egyetemben, 1 esetben, melynél az erysipelas osteomyelitis acutához csatlakozott, csak a staphylococcus aureus volt jelen. Felületesen nyulfulbe oltva erysipelast kapott. Nem valószínű, hogy a streptococcus okozta volna az erysipelast és később tönkre menvén, nem lett volna található a kimetszett bőrdarabban, mert a folyamat a scarificálás után még tovább terjedt. Nem valószínű azért sem, mert a streptococcus nem kevésbé ellentálló, mint a staphylococcus.

Különben már Bonomes, Bordoni és Uffreduzzi és ujabban Jordán is találtak erysipelasnál staphylococcust. Sőt Rheiner 1 esetben typhus bacillust is talált erysipelasnál.

Nézete szerint az erysipelasnak 2 alakja van és pedig a genuin alak, mely a streptococcus által okozatik, és a secundár, mely már fennálló más betegséghez társul.

Erysipeloid 4 esetében végzett vizsgálatokat, és 3 esetben talált eredményei következtében megerősíti Rosenbach állítását, a mennyiben ezekben ő is talált cladothrixhez hasonló alakokat. 4-ik esete külső okokból negatív volt.

(Archiv für Kinderheilkunde XVI. kötet, 3. füzet.)

III. Orvos egyesületek ülései.

A budapesti királyi orvosegyesület

f. hó 17-én tartott ülésén

Meisels atresia vulvae totalis műtett esetét mutatott be.

Dirner sarcoma ovarii miatt végzett laparotomia és kiirtás után nyert készítményt mutatott be, mely tumor diagnosisát a műtét előtt sikerült megállapítania.

Dollinger »A gümős nyak- és állalatti nyirok-mirigyek sebészi eltávolítása látható heg visszamaradása nélkül« című előadást tartott. Jelenleg a gümős nyakmirigyek kiirtása a nyak oldalán, a m. cleido-mastoideus irányában futó metszéseken át történik. A visszamaradó hegek igen feltűnőek, a mely körülmény igen sokakat elriaszt a műtétől és azért a betegek reménykedve, hogy a mirigydaganatok elmúlnak s ők a heget elkerülik, elmulasztják a kiirtásra alkalmas időt. D. 1892. április havában először műtött azon módszer szerint, a melyet ma megismertet. A beteg egy fiatal hölgy volt, a kinek nyaka mindkét oldalán és az állszögletek alatt mogyoró-egész

diómeckoráságu mirigyekből összetett mirigypaketjei voltak. A műtét előtt Korányi professor és Janny és Hirschler magántanár urak láttak a beteget és ez utóbbi két kartárs a műtétnél is jelen volt. A kiirtás teljesen sikerült, a gyógyulás p. p. történt és a beteg azóta mindenhol megjelenik, a nélkül, hogy valaki gyanítaná, hogy ily műtéten esett keresztül. Csupán egy ízben mutatkozott a nyak oldalán egy apró duzzadt mirigy, a mely azóta ismét eltűnt. Ezután Dollingernek nem volt alkalma a műtétet megismételni, míg nem a f. év elején sebészeti osztályán az Irgalmasrend budai kórházában egyszerre az esetek egész sorozata jelentkezett, a melyekkel tapasztalatai kibővültek, azokat most előadja.

A műtét a következőképen történik: Mindenekelőtt a beteg fejét és haját a leggondosabban fertőtleníti és a műtét helyéről a haját leborotvalja. A 3-ik műtétnél a nőbeteg haja véletlenül beleszúszott a műtét alatt a sebbe s ennek genyedés lett a következménye. Az 5-ik műtétnél a chloroformkosár széle ért véletlenül a sebhez, a mi szintén genyedést okozott. Mindkét esetben a kulcscsont felett ellennyilasokat kellett készítenie. A leggondosabb asepsissel az ilyen kellemetlenségeknek elejét lehet venni. A bőrmetszés a tarkón, a külső hallójárat felett, a haj alatt, annak szélétől mintegy 1 cm-nyire kezdődik és innen a hajas rész szélétől mindenhol egyenlő távolságban maradva, mintegy 5—6 cm. hosszúságban le és hátrafelé vonul. Ha szükséges, a metszés a tarkó középvonaláig terjedhet. A seb mellső-alsó részét egy darabon késsel választja fel, alantabb azután részint ujjal, részint elevatoriummal tompán választja fel a bőrt, míg nem mellfelé a gümös mirigyekig jut, melyeket többágu fogóval előhuz, a szomszéd kötőszövetről levalaszt és eltávolít. Ily módon egészen az állcsúc alól és másrészt a kulcscsont szomszédságából húzott mirigyeket a sebbe és távolított el. A mirigyek leválasztása a szomszéd kötőszövetről akkor történik, a mikor a mirigy a seb széléig van húzva. Így több esetében közvetlenül a vena jugularis adventitiájáról választott le mirigyeket a nélkül, hogy az edényt megsértette volna. Olyan nem szétesett mirigy, a mely az állcsúc közelében van az alsó ajak és az állkapocs mellső felülete között, a szájjal ejtett seben át is el lehetne távolítani, ezt azonban még nem volt alkalma megtenni. A mirigyek eltávolítása után a sebet bevarrja. A legközelebbi 4—6 hét alatt a nyak megfelelő oldala rendszeren megduzzad, azonban ez később elmulik s a nyak bőre ismét szabadon mozgatható lesz. Mindenki tudja mily hosszadalmas és fárasztó műtét a gümös nyakmirigyek eltávolítása még akkor is, ha a nyakon végig húzódó nagy metszésen át dolgozhatunk. Így végezve a műtét még fárasztóbb, de az eredmény bőven jutalmaz a műtétre fordított időért. Dollinger e terve értelmében 7-szer hajtotta végre a műtétet. Ezek közül 2 esetben a fentebb leírt okokból genyedés lépett fel, 1 esetben pedig a seb vonal gümös lett, úgyhogy ezért a gyógyulás kissé késlekedett. 4 eset per pri-

mam gyógyult. Ezek közül bemutatott kettőt. A genyedést a jövőben elkerülni reméli. Ezen eljárás szerint a nyakon levő dermoid- és monocularis cystáknál is lehetne műteni.

Dollinger az általa szerkesztett fősztéssel ambuláns gyógykezelt és meggyógyult két czombtörés esetét mutatja be.

Az első beteg egy 18 éves napszámos, a ki mult év október 30 kán törte el czombját a felső harmadban. A beteg a czombtöréssel fősztéssel folyton fenjárt. A törés rövidülés nélkül gyógyult.

A második betegnek a czombtörés előtt is esztendőszédizületi zsugorja volt és lólába. Czombját közvetlenül a térd felett törte el. *Dollinger* a kötés feltevése előtt az Achilles-ínt átmetsette, a lólábat redressálta és a térdizületi 150° zsugort a czombtörés helyén corrigálta. A callusképződés ezen esetben kissé lassan történt, de most a beteg meggyógyult és a térd felett, a czombcsont szögletállása a lágy részeken át nem vehető észre. A volt lólábat active szabadon mozgathatja. Mindkét beteg m. év november hó 11-kén az egyesületben fősztéssel már be volt mutatva.

Dollinger ezután leírja, hogyan alkalmazza újabban a czombkötésnél a jarókötetést. Azelőtt a nyújtást és az ellennyújtást segédei végezték, de ő folyton aggódott, hogyha az egyik segéd elfárad, a tört végek egymásra csúsznak és a czomb rövidüléssel gyógyul. Ezt most azzal gátolja meg, hogy a nyújtást nem kézerővel végezteti. Az ambulans fősztéssel czombtörésnél most 2 szakaszban alkalmazza. Először a kötetést a már más alkalommal leirt módon a labra, az alszárira és a czomb alsó harmadára alkalmazza és a kötetést a térd- és a bokák felett jól a czombhoz simítja. Azután a beteget kifelé a rudakra, egy kissé megbélelt erős vaszonpelottát tesz a törés oldalára a medence köré és ennek végét a beteg feje mögött egy szilárd ponthoz köti. A kötés alsó fele köré szintén egy köteléket erősít, a melyet csigacsinnal hoz összekötésbe. A nyújtás a csigacsinnal történik. Ha mérésel meggyőződött, hogy a törött czomb oly hosszú mint az egészséges, akkor a leirt módon alkalmazza a fősztéssel felső felét.

Dollinger még megemlíti, hogy eddig 6 czombtörést és 11 lábszártörést gyógykezelt a saját módszere szerint ambulans fősztésekkel az irgalmasrend budai kórházában. A nagyobb számú eseteken tett észleleteiről adandó alkalommal még be fog számolni az egyesületnek.

A magyar fül- és gége-orvosok egyesülete

III-ik rendes ülését 1894. február hó 22-én tartotta.

Navratil: Perichondritikus gégeszűkületnek tracheotomia után spontán gyógyult esete. (Az eset a február 8-án tartott ülésen lett bemutatva, midőn a discussio ezen ülésre halasztatott el.

K. J. 40 éves korcsmáros neje, anyja állítólag tüdőbajban halt el, testvérei egészségesek; ő maga 23 éves korában typhust állott ki, luesnek semmi nyoma.

1891. őszén vette észre, hogy hangja fátyolozott és nyelése fájdalmas, ezért orvoshoz fordult, de baja nem javult. 1892. szept. 3-án gégeorvoshoz ment, ki állítólag a gégebe bemetszéseket és abból kimetszéseket tett. Nála először 1892. augusztusban jelentkezett mint járó beteg a kannaporczokból kiinduló perichondritissel, midőn a fennálló gégeszűkület miatt műtét szükségére helyezettett kilátásba. A tüdők vizsgálata érdes kilégzésen kívül semmi eltérést nem mutatván, a kórisme tuberkulózisra csak valószínűséggel téteztett. Localis kezelés eredményre nem vezetvén a beteg október 22-én a Rókus kórház gégebeteg osztályára vétette fel magát a következő status praesenssel:

A halvány, inkább cyanotikus beteg rendkívül nehezen, zörejeseen lélegzik. A szajpadívek és garat nyalkahártyaja feltűnően halvány, valamint a kissé hatrahajló gégefedő is. A kannaporczok feletti nyalkahártya kivált baloldalt igen duzzadt, belövelt, — a hangrés szűk; a hangszalagok — a kannaporczok és alhangszalagok duzzanata következtében fedve lévén — nem láthatók. Betegen október 22-én, felvétele napján tracheotomia végeztetett. A következő napokban megejtett mellkasvizsgálat, valamint köpetvizsgálat tuberkulózisra semmi adatot nem szolgáltatott a kilégzés érdeségén kívül.

Beteg 1892. november 28-án hagyta el a kórházat, canüljét 1893. május 5-én vették ki és azóta mindig jól érzi magát. Jelenleg a jobb gyűrű-kanna ízület némi merevségén és a baloldalinak csekély atoniaján kívül a gégeben semmi rendellenes nem található. A hang tiszta, erőteljes; a légzés teljesen szabad.

Az eset két tekintetben érdekes: először diagnotikus szempontból, mert a luest ugyan biztosan ki lehetett zarni, de hogy a perichondritis gümős jellegű-e, ezt nemcsak a beteg felvételekor, hanem még a bajnak lefolyása alatt és után sem lehetett a klinikus észleletek és vizsgálatok alapján meghatározni. A betegnél ugyanis sem a tüdők felett a rendestől eltérést, sem a köpetben többszöri vizsgálatok daczára gümöbacillust találni nem lehetett; láz — kivéve a műtét után pár napig — nem volt, ma sincs, egyéb szervei teljesen épek és egészségi állapota ma semmi kívánni valót nem hagy hatra. Azon rendkívül ritka esettel áll tehát szemközt, hogy a betegnél öröklött hajlam mellett és a tüdők ép-sége vagy legalább ki nem mutatható kóros állapota mellett gümős megbetegedés fejlődött a gégeben; vagy pedig, hogy a bantalmat egyszerű elhanyagolt hurutból keletkezett perichondritisnek keliene tartania. Másodszor érdekes az eset therapeutikus szempontból is, mert a gége absolut nyugalmán kívül, melyet a mély tracheotomia által biztosított számára, semmi belső szerelés sem alkalmaztatott. Ez esetben elvitázhatlanul bebizonyítottnak találja

azt, hogy hasonló porczkörüli lob gyógykezelésében a légcső-metszésnek, mint hathatós lobellenes szernek, kiváló a befolyása.

Polyák. A beteg 1892. szept. 3-tól október 8-ig kezelése alatt állott. Neki a beteg 1892. szeptember 3-án úgy adta elő a baját, hogy fél év előtt már volt rekedt, de baja lassanként javult, nyolcz nap óta azonban nyelési fájdalmai vannak, alig köhög, erősen soványodik, légzése nehéz. Vért nem köpött, láz és éjjeli izzadásról nem tud.

A betegnél kifejezett stenotikus légzést talált, minek okát a kannaporczok és az aryepiglottikus szalagok nagyfoku infiltrációja képezte. A kannaporczok nagy mogorónyira voltak duzzadva, nyalkahártyájuk halvány, egyenetlen felületű volt, mindkét ligam. aryepiglotticum kisujjnyira volt megvastagodva, a valódi hangszalagokon pedig a tipikus chorditis desquammativa volt látható. Fekély a gégében nem volt. A tüdőcsúcsok felett, főleg jobboldalt tompult volt a kop. hang, hallgatózáskor a stenotikus légzés zavart ugyan kissé, de a légzés indeterminált jellege tisztán volt kivehető.

A betegnél masnap a nagyfoku stenosis és fájdalmak miatt Moritz Schmidt nyomán scarificálta a kannaporczokat, de ez csak muló könnyebülést szerzett, azért szept. 8-án a Krausz-féle kettős curettel jókora darabokat metszett ki mindkét kannaporcz beszűrődött nyalkahártyájából, mire a beteg kissé könnyebült. A kimetszett részt histologice megvizsgálva, abban óriás sejteket, Koch-féle bacillusokat, szóval tipikus tuberculosist talált.

A curettement után keletkezett sebek 8–10 nap alatt elhegedtek, de a beteg nem javult eléggé, mire főleg foglalkozása volt káros befolyással. Foglalkozásával felhagyni nem akart és rosszabbodó állapottal rendeléséről elmaradt.

Érdekes az eset a diagnosis szempontjából, melyet — a kór-képből megállapítani nem lehetett, de érdekes az ideális gyógyulás folytán is, mely a tracheotomiát követte. A tracheotomia gyógyító befolyását a larynx-tuberkulosisra többen kétségbe vontak, partolói közt csak Beverley, Robinson és Moritz Schmidt szerepelnek. Utóbbi, ki a szorosabb indikációkat is felállította, 15 közül 5 esetben két éven túl tartó gyógyulást is észlelt. A fenyegető stenosis eseteitől — melyek vitalis indicatiót képeznek a tracheotomiára — eltekintve, csak olyankor végezné azt, ha egy nagyon kis foku, — vagy még inkább stationär tüdőfolyamat mellett oly súlyos elváltozások vannak a gégében, amelyek local therapeutikus beavatkozásokra gyógyhajlamot egyáltalán nem mutattak.

Onodi bemutatta »Az orr melléküregeinek topographiáját metszeteken.«

Polyák. A bal kannaporczon uló cystát mutatott be.