

KÖZLEMÉNYEK DR. PUBJESZ ZSIGMOND NY. R. TANÁR BEL-
GYÓGYÁSZATI KÓRODÁJÁBÓL.

1. Az empyema kezelése és a Bülau-féle eljárás.

Dr. Genersich Gusztáv kórodai tanárságától. 1)

Mig a pleuritis sicca kivétel nélkül lobellenes kezelés mellett gyógyul és a pleuritis exsudativa addig, mig az izzadmány nem nagy mennyiségű, többnyire magától és megfelelő antiphlogisticus, diureticus vagy chatarticus szerekekkel felszívódik, a genyes izzadmány, vagyis az empyema legtöbb esetben műtétet igényel.

Ritkán látjuk tudniillik azt, hogy a genyes izzadmány felszívódjék, ámbár annak lehetőségét elméleti úton, a genysejtek elzsírosodása által elképzelhetjük, szintén elég ritka eset az, midőn a geny úgy eltokolódik, hogy lázat nem okoz, vagy elmeszesedik. A gyógyulás úgysis megtörténhetik, hogy a geny a tüdőkön keresztül hatol, de akkor is hosszas betegeskedés közben a tüdőszövet kóros lesz. Midőn a geny valamely nagyobb bronchuson keresztül áttör vagy pneumothorax a következménye, vagy hosszas genyedés, mely a beteget teljesen kimeríti. Az empyema necessitatis már a régieknél is indicatiót képezett a műtetre, mert a genyedés az önkéntes áttörés után továbbra is fennáll és többnyire amyloid elfajulást von maga után.

Midőn tehát az exsudatum pleuriticum physicalis tünetei mellett a többnyire magas és intermittáló láz, a hevesebb fájdalmak, az illető mellkas alsó részének oedemája, a Bacceli által ajánlott suttogó hörgi szózat gyengébb volta, végül legbiztosabban a próba punctió segítségével az izzadmány genyes természetéről győződünk meg, nem kell sokáig késnünk a műtéttel. Az empyema kezelésénél eddig több el-

1) Előadatott az Erd. Muz.-Egylet orvos-természettudományi szakosztályának 1890. szept. 19-én tartott ülésén.

járás volt divatban, u. m.: 1. a mellkas egyszeri vagy többszörös punctiója, a mellűr kimosásával vagy a nélkül, 2. radicalis műtét egyszerű megnyitás alakjában vagy borda resectióval összekötve. A punctió, melyet egyszerűen vagy szívással együtt alkalmazunk, csak kevés esetben vezet eredményre, többnyire vagy sokszor ismételni kell azt vagy át kell térni a mellkas megnyitására; talán csak a pneumonia coccusai által előidézett empyema kezelhető így sikerrel. A mellkas megnyitása által minden esetben többre megyünk, a geny jól kifolyhatik, a mellűr jól kikaparható vagy kimosható, a gyógyulás biztos. Ezen előnyei mellett hátrányul a következők volnának felhozhatók: 1. Némely beteg különösen borda resectióval egybekötött thoracocissióra gyenge, vagy rá nem áll a műtétre. 2. Tuberculosis esetekben nem szívesen operálunk, bár a magas és kimerítő láz, a nagyfoku izzadmány által előidézett fulladás vitális indicatiót képez a műtétre. 3. Midőn egyik oldalon pneumothorax van, a másik oldalon fellépő empyemát épen nem kezelhetjük az u. n. radicalis műtéttel, mert a két oldali pneumothorax veszélyessé válik a betegre nézve. 4. A mellkas megnyitásának pillanatában pneumothorax keletkezik, mely a gyógyulást lényegesen hátráltatja, mennyiben a tüdő csak újabb nézetek szerint és bizonyos műfogások segítségével tágul gyorsabban, többnyire pedig nagyobb mérvű összenövések szükségesek a tüdő rögzítésére, melyeknek következménye a légzési tér kisebbitése, hörgtágulatok keletkezése, emphysema. 5. Az operált beteg műtét után sokáig kénytelen feküdni, mi úgy egészséges, mint a pneumothoraxból felocsudó tüdejére nézve kedvezőtlen. E hátrányok közt legkimagaslóbb a pneumothorax kimaradhatatlan volta.

Ennek kikerülése vezette Bülau hamburgi orvost egy eljárásra, melyet ő már 1879. óta követ, s utána már mások is, különösen Simmoni és Immermann sikerrel végre hajtottak. Az eljárás röviden a következő: Körülbelül 7 mm. átmérővel biró troicart szúrunk be a mellűr mélyebb pontjába és szuronyának eltávolítása után csapjait elzárjuk, azután egy antisepticus folyadékkal megtöltött drain csövet vagy Nelaton kathetert, mely szorosán a troicartba illik, tolnuk be a mellűrbe, hogy azután a troicart rajta keresztül kihúzzuk. A cső, mely a bordaközi izmok záródása által légmentesen van elhelyezve a mellűrbe, gondosan elzáratik csipesz segélyével és üveg cső segélyével hosszabb draincsővel köttetik össze, mely egy kettős csövekkel ellá-

tott és antiseptikus folyadékkal megtöltött palaczk hosszabb, azaz a folyadék felszine alá érő csővel függ össze és hasonlóképen vízzel van megtöltve. Ez által a geny a csöveken keresztül szabadon kiürülhet, s levegő még sem ment be, pneumothorax nem keletkezhetik és a tüdő csakhamar eléri rendes kiterjedését. A cső jodoform-collodiummal leragasztott fonalak és védkötés által a törzshöz rögzítettik és addig, míg a genyedés nagy foku, nem is lesz megmozdítva, később mind inkább künnebb és künnebb húzzuk, míg az eset szerint előbb-utóbb azon helyzetben leszünk, hogy azt egészen kihúzhassuk. Midőn egy palaczk megtelt, más félig antisepticus vízzel teli palaczkba tesszük át a cső rendszert. A geny egyfelől a mellűrben levő positiv nyomás miatt ömlik ki, de másfelől a hosszabb csőben levő folyadék oszlop szívólag hat szivornya módjára a mellűrbeli izzadmányra és azért nevezik ez eljárást állandó szívó-drainagenak. Ha a csővezet valahol eldugaszolódik, a palaczk rövidebb, a folyadékba nem érő csővén keresztül erősebb szívást gyakorolhatunk, vagy ha az nem használ, az olvadékokat, czafatokat visszahajthatjuk a mellűrbe, hol azok szétfolyósodva később kiürülhetnek.

A gyógyulás úgy történik, hogy a meglevő geny kiürül, a képződő váladék folytonos kiválasztás mellett kevesbedik, genytermészetét elveszti, és a pleura nagyobb összenövések nélkül gyógyúl, a tüdő mindjárt az operatio után rendes helyére tágulhat, s a légző szervek e gyökeres eljárás mellett 3—4—5 hét mulva régi bonczani és életani viszonyokba térnek. Ez eljárás tehát egyesíti magában azon elméleti követelményeket, melyeket az empyema kezeléséhez kötünk. Nem véres műtét, melyre több beteg reá áll, mint a borda resectiora, nem köti a betegeket az ágyhoz, hanem megengedi, hogy néhány nap mulva üvegével a zsebében járkálhasson. Alkalmas továbbá igen elgyengült betegeknél, mert olyan behatást képvisel, mint a paracenthesis, melyet vitalis indicationál úgy is kellene csinálnunk és mégis tökéletes eredményre vezethet, vagy a beteget radicális operatióra képessé teheti. — Igen alkalmas továbbá azon esetekben, midőn egyik oldalon pneumothorax van és a másik pleura űrben genyes izzadmány fejlődik, mert két oldali pneumothorax nem lesz.

Mindenesetre legalkalmasabb indicatiot képeznek azon esetek, midőn a tüdő tágulékonyságára számíthatunk. Hol ezen feltétel hiányzik, elesik czélszerű alkalmazása is. — Ha például nyílt pneumo-

thoraxnál alkalmazzuk, nem remélhetünk gyógyulást, mert a geny elfolyik ugyan, a pleuritis meggyógyulhat, de a tüdő csak nem tágnul és a mellkas bordaresectio nélkül nem engedhet jól a zsugorodásnak. — Előre haladt és nagy kiterjedésű tüdő gümösödés mellett fellépő empyema esetében annyiban talál contraindicióra, mennyiben gyógyulásra reményünk nincs, és a köhögés által kínzott betegre a nyugodt fekvés, a csőrendszerre való vigyázat terhes feladat, az erős izzadás pedig a kötés rovására van. Contraindiciálva volna elevesedő empyemiáknál, mert nem elég gyorsan távolítja el az eves genyet és a pleura új desinfectiója csak nehezen vihető keresztül. Immerman fel- említi, hogy Hamburgban sikerült ily eves empyemákat is ez eljárással meggyógyítani, és neki magának volt esete, hol az izzadmány eves természete mellett az állandó szívó drainaget sikerrel alkalmazta. — Vannak továbbá oly előhaladt empyema esetek, hogy p. o. amyloid degeneratioval complicáltak és az eszélyes és statisticájára is gondoló orvos ilyenkor a Bülauféle eljárástól is elfog állani.

Mult évben oly szerencsés voltam 3 empyemában szenvedő beteget operatióra rábírn. — Az első Szilimon Juon 20 éves g. kath. napszámos 1889. IX. 8-ik „Pneumonia crouposa lateris dextri“ diagnosissal vétetett fel a kórodára. A pneumoniát exsudatum pleuriticum követte, mely a IX. 16-án meg ejtett próbapunctio szerint genyesnek bizonyult. IX. 22-én a hónalj vonalban a 6—7 bordaközt thoracocissio végeztetett és a négy cm. hosszú nyílásba 2 vastag drain helyeztetett el. Gyógyulás lassú, de biztos. — Láz műtét után azonnal le száll és csak két izben, midőn kisebb mennyiségű geny rekedt meg, emelkedik pár napon magasabbra. — Beteg gyógyulás közben más oldali pneumoniát áll ki és január elején influenzába esik. Mindkettő kedvezően folyik le, úgy hogy betegünk 1890. január 13-án teljesen megépülve és meghízva hagyja el a kórodát.

Második esetem Schvarcz Martin 45 éves róm. kath. favágó, ki „Exsudatum pleuriticum lat. dextri“ kórismével hozatott klinikánkra. Észlelésünk alatt jobb oldali pneumothorax fejlődött ki, s emellett a mellürben genyes izzadmány constatáltatott. — A beteg sátnya individuuum, hasmenésben szenved, köpetében azonban nem találtattak Koch-féle bacillusok. — Azért ápril 1-én radical-operatiot kíséreltem meg, mely a mellkas merevsége és a borda közök szűke miatt borda resectioval ejtetett meg. A jobb mellső hónalj vonalban a 6-ik bor-

dából 3 cm. hosszú borda-darabot resecáltam és utána a mellkast megnyitottam. — A gyógyulás eleinte lassan haladt előre, mivel a hasmenés mindenféle kezelésnek makacsul ellent állott, de a beteg mégis csak meggyógyult és 3 $\frac{1}{2}$ hónap mulva 1890. július 17-én gyógyultan eltávozott.

Harmadik betegem: Gyirán Vaszi 24 éves g. kath. nőtlen kőfaragó. 1890. VII. 3-ikán vétetett fel Exsudatum pleuriticum purulentum lat. sinistri kórismével. Miután ezen beteget Bülau eljárása szerint kezeltem, legyen szabad kórtörténetének fontosabb mozzanatait kiemelnem.

Szülei és egy testvére élnek, egészségések. — Ő maga eddig csak vörös himlőben és hideglelésben szenvedett. 8 hónap előtt bal melltáji fájdalmak, köhögés, néha véres köpés léptek fel, melyek intenzitásukban ugyan vesztettek, de azért a felvétel napjáig is fennállanak. — A mellett fulladás és éjjeli izzadás van jelen, a beteg erősen lesóványodott, közép termetű, bőre halvány, izmai petyhüdtek, csont rendszere eléggé jól kifejlődött. Szellemi és kül érzéki működései rendesek, de közérzete köhögés és fulladás miatt zavart. Érzék-szervekben eltérés nincs. — Nyak részarányos, sternocleido mastoideus kötegei erősebben kivehetők. Mellkas általában domborodad, bal fele laposabb és a légzési mozgásoknál feltűnően visszamarad, kulcs közötti tájak besüppedtek. — Légzés costo-abdominalis, száma átlag 24. Borda közök bal oldalt valamivel szűkebbek, de elsimultak, nagyobb ellentállást tanúsítanak. Bal oldalon tompulat, melynek felső határa hátúlról felülről, mell és lefelé halad gyengén ívelt vonalban, úgy hogy az absolut tompa kopogtatási hang hátul a scapula alsó harmadánál kezdődik, a bimbó vonalban pedig az 5-ik bordát metszi. Hátul azonban még a fossa supraspinata is erősen tompult, míg elől a tompulat feletti rész dobos kopogtatási hangot ad. — Kopogtatásnál nagyobb ellentállás. — Jobb oldalt rendes viszonyok. — Légzés jobb oldalt úgy elől, mint hátul, mindenütt érdes sejtes. Bal oldalt a fossa infraclavicularisban érdes sejtes légzés, a bimbó táján 2 tenyérnyi területen hörgi a légzés, számos kis hólyagcsás nedves csengő szörtyözörejekkel, erős bronchophoniával és pectoral fremitussal. — A hátsó tompulat felett igen gyenge sejtes légzés hallszik át, mely nedves szörtyözörejektől kevert. Bronchophonia pectoral fremitus gyengült. Pravaz fecskendővel genyes izzadmány jön

ki, melyben bacillusok nem találtattak. — Beteg sokat köhög s részben híg nyákos, részben ebben uszó sárgás-zöldes, egészben véve habzó köpetet ürít, melyben bacillusok és ruganyos rostok nincsenek. Szív tomputat bal felé a mellüri tomputattal esik össze, jobb felé a sternum közepéig terjed. Pulsus 104 szabályos, a rendesnél puhább. — Emésztő rendszerben, hason, májon eltérés nincs. Lép tomputat összeesik a mellkasheli tomputattal. Széke és vizelete rendes. — Hőmérsék az első napon 38,2, de azóta 37° körül mozog. — Az egyén fiatal kora, tuberculosisnak kizárása arra birt, hogy 1890. VII. 25-én Bülau állandó szívó alagsövezését megkíséreljem. Az eljárást már fennebb vázoltam, itt csak annyit jegyzek meg, hogy a 7 mm. vastag troicart-t a hátsó hónalj és scapularis vonalok között a 8-ik borda közbe szurtam és hogy desinficialó folyadékknak 1 promille thymol-oldatot használtam. Beteg a szurást elég jól tűrte. Pneumothorax nem jött létre. — Mikor a palaczkot a földre helyeztem, hogy szívó hatását kifejthesse, 20 cm. geny jött ki, de azután sem a palaczk rövid csövének megszívása, sem levegőnek befuvása által a folyadék nem indult meg. Punctio után annyi eredmény van, hogy a bal bimbó alatti tomputat enged és hallgatózva érdes sejtes légzést kapunk a hörghi helyett. 28-ikán 150 grammnyi geny ürül ki, de mivel betegünk bal oldalt erősebb fájdalokat érez és 3 nap óta geny nem jött ki, Dieulafoy segélyével megszívтам a Nelaton kathetert és ily módon circa 800 grm geny ürült ki, mely aztán véressé vált és megalvadt. Beteg néhány napon keresztül erősebben fullad, sokat köhög, csak ülve tud aludni, a geny véres, de hőemelkedés nincs. — Lassanként azonban e tünetek javultak és a tomputat mindinkább csak a drain körül volt absolut. A váladék jó indulatu geny, kevesedik és azért 3—4 naponként 1—2 cm.-rel künnebb huzatik a cső. A beteg fenn jár, nagyszerű étvágygyal bir, hetenként 2—3—4 kilót hízik. — Jelenleg a teljesen gyógyult beteget csak apparatusa nélkül mutathatom be. — A bal mellkas fél most is laposabb, most is visszamarad a légzésnél, most is tomputabb kopogtatási hangot ad, de absolut tomputat csak a szurcsapolás körüli helyen van, a beteg annyira felépült, hogy 3 hét alatt 8 kilóval hízott, mi igen sokat nyom a latban az eset gyógyult voltának megállapításánál. — A tomputat helyén megejtett próba punctio csak kevés vért eredményez. Kezelés tartama 54 nap volt.

Ezen egy eset kapcsán a Bülau-féle eljárásról competens ítéletet nem mondhatok. A kérdés azonban az ezen év ápril havában tartott bécsi belgyógyászati congressuson élénk megbeszélés tárgyát képezte és Immermann és Schede előadásai után igen sokan vettek részt a discussióban. Tájékozás végett tehát közlöm az ide vonatkozó részleteket:

H o f m o k l azon véleményben van, hogy a Bülau-féle módszer egyszerű empyema esetekben jó haszonnal alkalmazható és néha, mint kevésbé súlyos műtét előnyös. De vannak hátrányai is és nem ér fel az incisióval vagy borda-resectióval.

Leyden egy idő óta minden empyema esetet szívó drainage-zsal kezel és pedig jó sikerrel. Előnyök gyanánt felhozza, hogy pneumothorax nem fejlődik, a geny nem ürül ki egyszerre, a műtét nem igényel altatást, sem műtő asztalt, hanem az ágyban végezhető és ha gyógyulás vége felé baj is van vele, mert a cső könnyen ki esik, a beteg addig annyira erősödött, hogy legrosszabb esetben resectio most már jobb kilátással végezhető.

E w a l d és Z i e m s s e n nem vonják kétségbe a Bülau-féle eljárás hasznavehetőségét, de a radical-operatiót többre becsülik, mint egyenesebb, biztosabb útat a komoly jelentőségű empyema gyógyításában.

F ü r b r i n g e r 3 esetben alkalmazta és eredményével nincs nagyon megelégedve és Schede, Ewald, Ziemssen álláspontjára helyezkedve a radical-operatiót többre becsüli.

E i s e n l o h r kiemeli, hogy a szívás hatása alatt a tüdő negatív nyomás alá kerül és annál gyorsabban fog tágulni, mi által a műtét ideálja el van érve. A cső kicsúszását jó kötéssel, a csővezet eldugaszolását folyadék behajtásával véli nagyon jól megakadályozhatni.

F r ä n t z e l a Bülau-féle eljárás előnyét azon esetekben keresi, midőn a betegek nagyon gyengék és radikális műtetre nem alkalmasak, vagy indicatio vitalis daczára legfeljebb punctióba egyeznek bele.

C u r s c h m a n n Pneumonia typhus vagy más fertőző bántalmak után fejlődött, 6 hétnél kevesebb ideig fennálló empyemákat kivétel nélkül először szívó alagsővezéssel kezeli, mert feleslegesnek tartja az insisiót, sőt enyhébb tuberculosis mellett is alkalmazza.

S t o r c h egy esetben a cső rendszert szívó palaczkkal combi-

nálta, hogy a tüdő kifejlését siettesse és tágulását megtartsa. Ez tudniillik a Bülau-féle eljárásnál megszűnik, midőn a genyofolyás megapadt.

Rydygier a Bülau-féle eljárást nem véli alkalmazhatónak nyugtalan betegeknel vagy gyermekeknel.

Weber egészben véve helyesli Leyden álláspontját, általában véve azonban a resectionál biztosabb gyógyulást látott.

Föl kell említenem Verebély László budapesti m. tanár „Gyógyászat“ 39. számában megjelent értekezését „az empyema kezeléséről“, mert ő is bírálólág érinti a Bülau-féle eljárást. Hátrányul tekinti a betegnek cső által való feszélyezését. Szerinte továbbá a bevezetett cső körül beálló genyedés a cső léghatlan oda illeszkedését kijátsza és gyermekeknel egyáltalában nem vihető ki. Esetem alapján mondhatom, hogy a cső körül beköszöntő genyedés daczára levegő a mellkasba nem fog menni, mert addig a tüdő már kitágult és oda rögzített. Azt hiszem továbbá, hogy ha ez eljárást gyermeknel végre hajtani lehet, sokkal jobb sikerrel volna, végezhető mint felnőtteknel.

2. Pseudohypertrophia musculorum. ¹⁾

Betegem bemutatja Dr. Genersich Gusztáv tanársegéd.

Tisztelt szakülés!

A pseudohypertrophia musculorum az izomsorvadásnak egy neme, mely mai felfogás szerint nem a gerincvelőből és idegekből, hanem az izmokból indul ki, tehát myopathicus bántalom.

A különbséget a két bántalom között több körülmény adja meg. A mozgási képesség csökkenése az izomrostok sorvadásával arányos, elfajulási reactió nem fordul elő, fibrillans rángások nem észlelhetők. Vannak ellenben izomfájdalmak, a bántalom inkább az alsó végtagokat lepi meg, terjed még a törzs izmaira is és ritka kivétellel (Schulze esete) a kéz apró izmait bántatlanul hagyja. Rendesen több eset van a családban, leginkább gyermekeknel és pedig fiuknál fordul elő. Fő különbség azonban az, hogy az izmok sorvadása mellett, egyes izmok,

¹⁾ Előadatott az Erd. Muz.-Egylet orvos-természettudományi szakosztályának 1890. szept. 19-ikén tartott ülésén.