

KÖZLEMÉNY A KOLOZSVÁRI TUDOMÁNY-EGYETEM KÓRBONCZ-
TANI INTÉZETÉBŐL.

AZ INTERBRONCHIALIS NYIRKMIRIGYEK KÓROS ELVÁLTO-
ZÁSAINAK KÖVETKEZMÉNYEIRŐL.

Dr. Fridrich Alajos tanársegédttől. 1)

Az 1884-ik évben két érdekesebb eset került csak nem közvetlen egymásután, a kolozsvári kórboncz-tani intézetben, bonczvizsgálat alá, melyeknél a halálos kimenetelt a hörgmirigyek kóros elváltozásából lehetett és kellett következtetni. Részint e két eset érdekessége, részint azon körülmény, hogy a hörgmirigyek megbetegedései nem csak a gyakorló orvos, de a felületes boncznok által sincsenek kellő figyelemre méltatva, indított engem arra, hogy a helyi kórboncz-tani intézetben bonczvizsgálat alá került idevonatkozó érdekesebb eseteket s a rendelkezésemre álló irodalmat felhasználva, a hörgmirigyek megbetegedéseinek különböző alakjait röviden érintve, azoknak káros következményeit összeállítsam.

A légesőelágzás közötti nyirkmirigyek ide érte a nagyobb hörgközötti nyirkmirigyeket is a mellüri képletek által (tüdőszélek, szivburok, és art. pulmonalis) annyira elvannak rejtve, hogy eltekintve a nagy fokú tultengéstől, a bennök levő kóros állapot élőnél rendes vizsgálati módszereink által ki nem mutatható, s arra a gyakorló orvos csupán az okozott tünetekből vonhat némi következtetést. Ez az oka annak, hogy elég gyakran egész tünetsoport lepi meg váratlanul a legpontosabb vizsgáló orvost is, mely tünetsoport a hörgmirigyek kóros elváltozásából magyarázható, de melyet a kikutatatlanság miatt nem várhatott; esetleg talál a betegnél sok subjectív tünetet, azonban sem a tüdőben, sem a szivben e tünetek

1) Előadta az erdélyi muzeum-egylet orvos-természettudományi szakosztályának 1885 május havában tartott orvosi szakülésén.

okát fel nem ismerheti mivel csupán a hörgmirigyek elváltozásának következményei.

Máskép áll a dolog a bonczvizsgálatnál. Pontosan véghezvitt bonczolásnál e mirigyeknek kóros állapota ki nem kerülheti a boncznok figyelmét, s az azzal kapcsolatos fontos elváltozás okáról tiszta képet kap, míg ellenben a felületes boncznok, ki a mellüri szerveket fekvésökben felhasítja, bele metsz, de azokat ki nem veszi, talán esetleg szivburoklobot, vagy tüdőüszköt, ráfogja a türelmes microorganismusok bevándorlására, míg ha jól vizsgálná át a hullát, megtalálhatná sok esetben az átfűrödött hörgmirigyekben a kézzel fogható okot.

A hörgközötti mirigyek ép úgy, mint minden más nyirkmirigy, edényzettel és sajátlagos működéssel bírnak, ha ezekben valami zavar fejlődik, akkor elő áll a mirigynek elsődleges kóros elváltozása, és pedig azért elsődleges, mert az ok magában a mirigyben van. Másrészt azonban a hörgközötti mirigyeknek feladata a tüdő-, hörgök- és mellhártya nyirkját magukon át bocsátva miat egy megfiltrálni; ez által alkalom van adva arra, hogy ezen nyirkban levő kórhatány, bennük meggyülemeljék és felhalmozódják, a mely hatányok iránt a mirigy nem indifferens, hanem megtámadtatva általuk, életműködésében zavar áll be, maga kórosan elváltozik; ez a másodlagos megbetegedés, mert az ok kívülről jött. Ha tekintetbe vesszük egyfelől azon körülményt, hogy a hörgök, és tüdő kisebb fokú bántalmazottsága csaknem minden egyénnél többször is előfordul, másfelől pedig azt, hogy a hörgök és tüdő mily nagy mennyiségű nyirkot szolgáltat, melyben az aránylagos kis bántalmazottságnál is a virus nagy mennyiségű lehet, s ezen virust a kis mirigy magában suspendálja, akkor átláthatjuk, hogy a hörgmirigyek egy részt gyakran ki vannak téve a kóros hatányoknak, másrészt, a bennök felhalmozódott kórhatány miatt, esetleg nagyobb fokú elváltozást fognak szenvedni, mint azon eredetileg bántalmazott szerv, a melynek kóros nyirkjától ő maga megbetegedett, és épen e miatt gyakran találunk a mirigyben még akkor is nagy fokú elváltozást, a midőn a többi szerv már rég normalis állapotjába vissza tért; ezen oknál fogva mint Ziegler¹⁾ megjegyzi, gyakran a boncz-

¹⁾ Ziegler. (Handbuch d. spec. path. Anatomie 497 lap.)

leletből elsődleges hörgmirigy-megbetegedésre gondolhatnánk, holt az csak egy már lefolyt tüdő- vagy hörgmegbetegedésnek következménye. Épen ezen körülmények emelik a hörgmirigyek fontosságát, mint pl. egy hörghurut után esetleg mirigylob állván be az elsajtosodik vagy elmeszesedik, hosszas időn át semmi tünete, káros befolyása nincs, de magában hordja a veszélyt hogy egy újabb kis lobingerre elgenyed, áttör vagy metastaticus góczokra ad alkalmat, s ez által a lethális kimenetelt sietteti vagy épen okozza is.

A hörgmirigyek elsődleges kóros elváltozása aránylag ritkán fordul elő, s ha elő is jön vagy oly kismérvű, (sorv, lob, egyszerű túltengés) hogy egymagában nem fontos, vagy ha nagyobb mérvű (leukaemia, lymphosarcomaticus átalakulás), közös a többi nyirkmirigyekkel és e miatt külön fontossággal nem bír, sokkal fontosabb a másodlagos megbetegedés már csak gyakorisága miatt is.

Úgy az elsődleges, mint a másodlagos hörgmirigy-megbetegedés önmagában a szervezetre nézve fontossággal úgy látszik nem bír, legalább erre enged következtetni azon körülmény, hogy számtalanszor lehet esetleges bonczlelet gyanánt találni, majd csaknem semmi mirigyszövetet nem tartalmazó, sorvadt, majd akár galambtojás nagyságu, túltengett hörgmirigyeket, melyek részéről az élőben semmi tünet nem mutatkozott. Fő azonban ezen mirigyek megbetegedésénél az, hogy fontos szervek szomszédságában lévén a bennök levő kórfolyamat azokat vagy működésükben akadályozza, vagy működés képtelenné teszi, vagy végül azokra át terjed, így tehát a hörgmirigyek kóros elváltozásainak következményei bírnak fontossággal a szervezetre nézve.

A jelzett mirigyeknek főkép a következő alakú elváltozásai lehetnek káros befolyással és pedig 1. megnagyobbodása, 2. zsugorodása, 3. ellágyulása vagy szétbomlása.

4. A hörgmirigyek megnagyobbodásának következményei.

Az interbronchialis mirigyek megnagyobbodását leggyakrabban a lobos folyamatok okozzák; és pedig e lob mint kísérő tünete a tüdő, hörg, vagy mellhártya lobjának, a mirigyben is majd mint idült, majd mint heveny léphet fel egy részt az elsődlegesen bán-

talmazott szerv bántalmazottságának milyensége, annak kiterjedtsége, más részt az egyén individualitása szerint, és pedig rendszeren nagyobb fokban mint az eredetileg megbetegedett szervben. Másrészt kóros festenyzés, dagmetastasis okozhatnak másodlagosan megnagyobbodást; mindezen okok elsődleges megnagyobbodás alakjában is felléphetnek; s ez néha oly nagy mérvű lehet (lymphosarcom), hogy a beteg mirigyek egy egész tüdőt összenyomnak.

A fenti okok közül, bármelyik is okozta akár az elsődleges, akár a másodlagos megnagyobbodást, ha az kis fokú, vagy oly irányú, hogy a szomszéd képletek előtte kitérhetnek, csak mint esetleges lelet találtatik a bonczasztalon; azonban ha nagyobb fokú, vagy a szomszéd szervek oda lévén rögzítve ki nem térhetnek a nyomás elől, akkor a szenvedő szerv szerint, különböző tüneteket fog okozni.

A beteg vizsgálatnál a nagyobb fokú túltengési alakoknál találunk tompulatot a szegycsont markolatának megfelelőleg, mely néha a kulcsesontok irányában kiterjed; sőt néha még a szegycsont általa elő is domborítottatik scrophuloticus egyéneknél¹⁾. Ha a megnagyobbodás hátfelé terjed, akkor az első hátesigolyának megfelelőleg találunk tompulatot.

A nyomott szervek szerint a következő elváltozások és azoknak megfelelő tünetek okoztatnak:

a) A hörgőkre gyakorolt nyomásnál azoknak fala enged, rostos sorv jön létre, a hörgők összesüppednek, szükületek keletkeznek, a melyeknek megfelelőleg nehéz légzés, légszomj; mély belégzésnél a felelkező oldalon a bordaközök besüppedése jön létre, és ezen oldal a légzési mozgásokban nem végez oly nagy excursiókat, mint a túlsó oldal; légzési zörejt s gyengébb kopogtatásnál mély dobos hangot kapunk²⁾. Az ily módon létrejött szükületek lehetőségéről említést teszen Alken³⁾; Ziemssen⁴⁾ oly esetet említ, melyben az elsajtosodott hörgőmirigy által a jobb hörgő annyira szükítve volt, hogy e miatt a felső lebeny légtelenné vált. Biermer⁵⁾ felemlíti

¹⁾ Eichorst. (Handbuch d. spec. Pathol. und Therapie II. Lief. I. Bd. 340.)

²⁾ Eichorst. (Handb. d. spec. Pathol. u. Therapie II. Lief. I. Bd. 554.)

³⁾ Klebs. Handbuch d. path. Anat. VII. Lief. 1880. 2. Bd.

⁴⁾ Ziemssen. Handbuch d. spec. Pathol. u. Therapie V. 2 App. 358.

⁵⁾ Virchow. Handbuch d. spec. Path. u. Therapie 1867 V. 770. I.

hogy hörgszükületek főleg görvélykóros és gümőkóros egyének-nél, a megnagyobbodot hörgmirigyek által okozott nyomás következtében fordulnak elő. Genersich¹⁾ esetében rákosan beszűrődött hörgmirigyek a jobb tüdőbe vezető hörgöket (a felső lebenyét ki-véve) annyira összenyomták, hogy az alsó és középső lebeny légte-lenné vált. A helybeli bonczolatok között ily nagyobb fokú hörg ösz-szenyomásra, más esetet nem találtam.

b) A bárzsing összenyomatása aránylag ritkán fordul elő, a mikor is nagyobb fokú nyelési akadályokat sőt időnként nyelési képte-lenséget okoz. Eichorst idézett tankönyvében (a bárzsing szükületekről) az ily módon létrejehető bárzsing szükületek lehetőségét felveszi, de esetet erre vonatkozólag nem említ. Genersich tanár úr volt szi-ves saját gyakorlatából velem közölni egy esetet, melynél egy 60 éves férfi huzamos időn át nyelési nehézségben szenvedett, s a kutasz majd bevezethető volt, majd nem; az egyén elhalt s a megejtett bonczolatnál, a nyelési nehézségek, a kutasz be nem vezethetőségé-nek okául bárzsing szükület találtatott, melyet a megnagyobbodott interbronchialis mirigyek nyomása okozott.

c) Az idegek közül a megnagyobbodott hörgmirigyek által össze lehet nyomva a nervus recurrens vagi, mely ha izgatta-tik reflectoricus uton köhögési rohamokat válthat ki és Ruehle²⁾ megjegyzi, hogy görvélykórosok köhögési rohamai sok esetben erre vezethetők vissza. Ha a recurrensre a nyomás nagyobb, abban sor-vadás jön létre, s ennek megfelelőleg hangszálag hűdés találha-tó, mely ha két oldali: hangtalauságban és ha egy oldali: fistula hangban nyilvánul. Gégetükörrel vizsgálatnál látjuk, hogy a megfelelő hangszálag halványabb és a hangképzésnél részt nem vesz. A hang-szálaghűdésnek ily módon való létrejövésére igen érdekes eset a következő.

1. Báthori Sándorné, 58 éves, felvétetett a kolozsvári bel-kórodára 1882 november 27-én; felvétele alkalmával étvágytalanság-általános fájdalomról és arról panaszkodott, hogy a bevett ételt azonnal kihányja. Felvételnél a gyengén táplált halvány fakó bőrű betegnél a mellkasi szervekben feltűnő eltérés nem találtatott; a

¹⁾ Orvosi Hetilap 1885 évf. 13 sz.

²⁾ Ziemssen. Handbuch d. spec. Pathologie u. Therapie V. II. Abth 441.

máj alsó széle lennebb ért; a köldök felett kissé kiemelkedő ellentálló, nyomásra fájdalmas képlet tapintható ki. Beteg láztalan, légzése szapora. Étvágytalan és gyakran hány, hányadéká nyákos, benne sötét czafatok nem találtak. A beteg felvétele után néhány nappal hangjában változás állott be, a mennyiben hangja magasabb és élesebb lett. Gégetükörreli vizsgálatnál kitűnik, hogy a bal hangszálág halványabb és a hangképzésben nem vesz részt. A betegnél később hasmenés állott be s lassankint gyengülve 1882. december 30-án meghalt. A kórodai kórisme: Gyomorrák volt. A hangszálág hűdést Purjesz tanár úr úgy magyarázta, hogy a hörgmirigyek rákos átrakodás által megnagyobbodván a nervus recurrensre nyomást gyakoroltak s ez sorvadván okozta a hangszálág hűdést.

Bonezolatnál a következő bonezolelet találtak:

1843. bjk. Elsoványodott női hulla, bőre általában szenyves halvány, vizenyösen beszűrődött. A szegycsont felett kitágult visszerek.

A bal ikszárnny belső lemezén kissé a hátsó szél felé félmogyorónyira elődomborodó, kemény burokkal fedett dagoeska van; a jobb homlokpikkely bellemezén hasonló dag; mindkettő a csontállományba is behatol és sárgás kissé szívós metszlapjukról, tejszerű folyadék vonható le. Az ikesont szárnyán levő dagnak megfelelőleg a bal halántéklebény harmadik kanyarulatának mellső részén a szürke állomány besüppedt s valamivel áttünőbb. Feltűnő más eltérés a koponyacsontokon, agyban nem találtak.

Bőralatti kötőszövet zsirszegény, savósan beszűrődött; izomzat petyhüdt, vékony, halvány. Torkolati viszerékben kevés folyékony sötét piros vér, hasürben liternyi kissé opalizáló savó. Rekeszállás jobb oldalt az 5-ik, bal oldalt a 6-ik bordánál. Jobb mellürben 500 grammnyi, genyesen szétmálló czafatokkal kevert alig zavaros, sárga savó. Szívburkon és szíven feltűnő eltérés nincs. Bal tüdő felül kérgesen, alul hártýasan a mellkashoz nőtt, ezen összenövések között, kendermag egészen lencsényi gyéren elszórt fehéres göcsök. A harmadik bordán a honaljvonalban félmogyorónyi, a csontállományba is beható, elődomborodó dagoeska, a koponyacsontokon találtakhoz hasonló metszlappal. Tüdőben feltűnő eltérés nincs. Jobb tüdő nagy, mellhártyája mellül halvány, hátul kissé belövelt s a 2- és 3-ik borda magasságában, hátul, gyermektenyérnyi helyen mállékony sárgás ros-

tonya réteg által a mellkashoz tapadt. Ennek megfelelőleg a tüdő felületén belövelt udvarral körül vett, részben sárgás, részben vörhenyes petyhüdt besüppedt hely van, hol bemetszve a tüdő szövetben diónyi, bomlékony, szennyesbarna, dögbüzü pépei telt ür van, melynek falát czafatosan bomló tüdőszövet képezi; az ezen ürrel közlekedő hörg lerágott szélü, de további lefutásában belöveltségen kívül eltérést nem mutat. Légeső, gége halvány. A hangrés félig nyitott hosszudad ∞ -as alakú. Bal hangszálag vékonyabb. Gégeizmok bal oldalt alig félakkora vastagok, mint jobb oldalt, halványak. Torok, bárzsing halvány. Paizsmirigy közép nagy. A bolygóideg egész a hörgelágazásig ép; de ott eloszlásától kezdve egész a bárzsingig megvastagodott és tömöttebb; szürkés szövettel áthatott és a megnagyobbodott sárgás-fehér hörgközötti mirigypamathoz odaforrt; visszahajló ága pedig diónyi sajtos hörgmirigyhez tapadt s abban elvész; de 2 c. m. távolságra újra felmerül; ezen helyen túl azonban már jóval vékonyabb a túl oldalinal és nagyon áttünő, fennebb megint egy borsónyi nyirkmirigyhez nőtt, és ezen felül rendes lefutású. A mellüri szervek kivétele után kitünik, hogy a 4- és 5-ik háti csigolya testének mellső felületén és baloldalán laposdad, esontmorzskákkal áthatott dudor emelkedik ki a függér felé; de sem evvel, sem a mellette elhaladó ductus thoracicussal összefüggésben ninesen. Utóbbi e hely felett 5 ctmnyire egy nagyobb diónyi gátorbeli mirigypamathoz nőtt, mely felett 4 ágra szakad. Lép, vesék és máj feltünő eltérést nem mutatnak. A gyomor közép nagy, gyomorcsuki része a harántremeséhez nőtt, az összenövés egyenetlen, apró fehéres göcsök által tyúktojásnyi dagot képez. A nyákhártyán a pylorus táján tenyérszerű, felhánt, egyenetlen szélü és alapú fekély van, mely helyenként kocsonyás és a sárgás vöröses, megvastagodott izom rétegig terjed. A gyomor nyákhártyájának többi része halvány, kissé duzzadt. A májkapuban egyik nyirkmirigy mogyorónyira duzzadt és sárgás-fehéres sajtszerű anyaggá alakult át. (A légeső 1565 szám alatt lett eltéve a muzeumi készítmények közé.)

Kórboneztani diagnosis. *Ulcus carcinomatosum ventriculi. Metastases carcinomatosae in ossibus cranii et vertebr. IV. V. dorsal. Infiltrationes canerosae glandularum bronchialium sinistrarum cum compressione nervi vagi et praecipue devastatione nervi laryngei ascen-*

dentis sinistri cum subsequente atrophia musculorum laryngis sinistrorum. Metastases canerosae pleurae. Gangraena pulmonis dextr. circumscripta. Dysenteria. Atrophia, anaemia universalis; hydrops incipiens.

Ezen esetnek érdekességét növeli az, hogy a klinikai tünetekből a kórisme helyesen lett megtéve, s a hangszálaghűdés a valóság-hoz hűen lett magyarázva. A tüdőüszök régi időben jöhetett létre, erre mutat kicsinysége; kérdés csupán, hogy nyelési pneumoniakép veendő-e fel, vagy nem, mert az üszkös rész közelében egy kisebb tüdővísszérben lovagló rög találtatott, mely a tüdőrészben az elhalást szintén pangás folytán okozhatta.

A nervus recurrens összenyomatása által okozott hangképzési zavarok néha a helyzet változtatástól is függenek; így Anderson¹⁾ közöl esetet, hol a recurrens vagi megnagyobbodott mediastinalis mirigyek által nyomatván, hangképzési zavar állott be, mely a helyzet változtatásával megváltozott.

A recurrensre gyakorolt nyomás azonban nem mindig jár hangképzési zavarral. Így egy esetben a helyi bonczolatoknál a következő találtatott:

869. bjk. Groza Pável, 28 éves, honvéd, meghalt 1875. 14/II. közép termetű, elsoványodott férfihulla bőre korpádzó. A koponya asymmetricus, s ennek megfelelőleg az agy is. Jelentéktelen veleszületett elváltozásokon kívül az agyban feltűnő eltérés nem találtatott.

Az állalatti és kulcsfeletti háromszögben több, részben sajtos csomókat tartalmazó, részben teljesen elsajtosodott, mogyorónyi nyirkmirigy van. Bal mellürben 2 liter zavaros savó, melyben vörhenyes czafatok uszkálnak, ezen oldali zsigeri mellhártya vastag lemezszerű s számtalan apró szürkés és fehéres szemecékkel beszórt. Mediastinalis mirigyek mogyorónyiak, szürkés szemecékkel beszórtak. Szívurokban feltűnő eltérés nincs. Szív kicsiny sorvadt. A baloldali nervus laryngeus inf. a mellkas bemenete táján mogyorónyi sajtos nyirkmirigyhez forrt s e helyen erősen ellapult szürkés, azon felül és alul szabad, hengerded, rendes szinezetű. A jobb oldali n. laryngeus inf. is egy nagyobb hörgmirigyhez oda forrt.

¹⁾ Eichorst idézett művének 555 lapján.

Bal tüdő csúcsában odanőtt, általában petyhüdt, szivacstapin-
tatú; csúcsában egy tyúktojásnyi és több elszárt mogyorónyi göcs;
a göcsök a metszlapon elődomborodnak és elsajtosodott tüdő s
megvastagodott hörgők által képeztetnek. A hörgimirigyek megna-
gyobbodvák és részben sajtosak, részben pedig a középén világos-
sárgás zavaros folyadékká puhultak. Jobb tüdő általában hasonló a
balhoz, középső lebenye azonban kocsonyás, légtelen, szürkésen át-
tűnő tüdőszövet által képeztetik. Ezen oldali hörgőközötti mirigyek
egész galambtojásnyiak, sajtosan átalakultak s aránylag ép környi szé-
lűken szürkés szemcsékkal beszórtak. Ezen megnagyobbodott mirigyek
a középső lebenybe vezető főhörgőt körülvéve, ebben szűküle-
tet okoznak, s itt babnyi nyíláson át egyik mirigy bomlott
állománya a hörgőbe nyomható át. E hörgő további lefutásában
még több apróbb áttörés van. Légcső, torok, bárzsing halvány. A bár-
zsingnak mellső felületén a légcső eloszlásának megfelelőleg kis kihü-
zódás, melynek alapja a hörgőközötti mirigypamathoz van rögzítve. A
többi szervekben levő eltérés a diagnosisban leendő röviden felemlítve.

Diagnosis. *Pneumonia chronica caseosa praecipue in lobis su-
perioribus et pneumonia gelatinosa in lobo medio. Infiltratio glan-
dularum interbronchialium tuberculosa usque ad perforationem bron-
chii medii dextri et ad compressionem nervorum laryngeorum infe-
riorium Tuberculosis pleurae sinistrae c. exudato seroso haemorrh. Tu-
berculosis peritonei et glandularum lymphat. mesaraicarum. Tubercu-
losis lienis, hepatitis renumque et enterica incipiens. Cranium asym-
metricum cum difformitate lobi occipitalis dextri deinde et medullae
oblongatae.*

A röviden felvett kórtörténelemben csupán az van felemlítve,
hogy az egyénél nagy köhögési rohamok voltak, köpetet keveset
ürített.

Ha a vagusra magára gyakorol nyomást a megnagyobbodott
interbronchialis mirigypamat, akkor asthmaticus rohamok, fulladási
tünetek, dyspnoë és zörejes légvételeket okozhat, mely dyspnoë a be-
teg helyzetváltoztatásával változhatik erejében, vagy hányásingerek-,
szívműködési zavarok következhetnek be, a szerint, a mint a vagus fe-
lelkező rostjai izgattatnak vagy sorvasztatnak a növekvő mirigy által.

Nagyobb fokú túltengésnél a nyomás körébe juthat a nyaki
sympathicusrendszer, mi a látára lehet befolyással. Rossbach ugyan-

azon oldali láta tágulatot talált, hol a sympathicus nyomásnak volt kitéve. Horstmann és Traube szintén észleltek ide vonatkozó esetet. Egyes esetekben exophthalmust és struma képződést is észleltek. Azon esetekben, hol a sympathicusrendszer nyomást szenvedett rendszeren a mediastinalis mirigyek is túltengve találtak.

A megnagyobbodott hörgmirigyek összenyomhatják az üterekeket és visszereket is. Az üterek ellenállóbb falzatuk és a belső nyomás miatt tovább képesek ellentállani a megnagyobbodott mirigyek nyomásának; de azért erre vonatkozó esetek is észleltettek. Ha a szűkület nagyobb fokú, zörej támad az ütérben a nyomás felett.

Willinkg említ fel egy esetet, hol a tüdőütér volt szűkítve megnagyobbodott hörgmirigyek által. Bittelsheim¹⁾ esete szintén különösen amiatt érdekes, mert a tüdőütérnek ezen sajátságos megszőkülése már az élönél constatálva lett.

A visszerek a nyomásnak inkább engednek, s bennük gyakrabban található nagyobb fokú szűkületet, sőt teljes eldugaszolódást is. Ilyenkor a tünetek visszeres vérbőségben nyilvánulnak azon helynek megfelelőleg, melytől az összenyomott edény vérét kapta; és ha nagyobb edény szűkült, akkor pangási vizenyő is lép fel. E szerint majd kigyózó lefutású visszereket látni a mellcsont felett, vagy a mellkas egyik másik oldalán, vagy pedig vizenyőt. Ha pedig a tüdővisszér van szűkülve, tüdővizenyő, vagy néha egész guttaütésszerű rohamok lépnek fel, a mint azt Genersich tnr észlelte idézett eseténél, hol a tüdővisszér jobb oldalt teljesen össze volt nyomva, s a tüdőütér felső ága annyira szűkült, hogy kettős számú katetert alig volt képes befogadni; az élőben többször előfordult guttaütésszerű rohamokat, miután a bonczolatnál semmi másra következteni nem lehetett, Genersich tnr. erre vezette vissza.

B) A hörgmirigyek zsugorodásának következményei.

A zsugorodás előfordulhat elsődlegesen, a midőn a mirigy alak-elemei táplálkozási zavarok miatt fogynak, a mirigy kissébedik s végre mint kis, rendszeren feketén festenyzett csomócska található; az ily módon sorvadtt, zsugorodott mirigyek a környezetre semmi nemű káros következménnyel nincsenek és a mint már említettem, az általános

¹⁾ Wiener medic. Press. 1869. 42 sz.

táplálkozás és életműködésben sem okoznak észrevehető változást. Ellenben ha a zsugorodást oly megnagyobbodás előzte meg, mely a mirigyeknek egymással vagy a környezettel való összenövését hozta létre, akkor annak következményei részint nyomásban, részint vongálásban nyilatkoznak.

Ugyanis ha az interbronchialis mirigyek bármilyenü folyamat (lob. elfajulás, dag) által megnagyobbodnak és egymással, ezen folyamatnak a mirigy burkára való áttérjedés és plastikus lob eredményezése folytán összeforrnak, akkor esetleg valamely ideget, edényt, vagy hörgöt kapocsszerűen körül fognak s a zsugorodás alatt összenyomják; vagy pedig ha valamely fix ponthoz rögzítve valamely engedékeny szervhez is nőnek, a zsugorodásnál erre vongálást gyakorolnak.

Zsugorodó mirigyek általi összenyomást észleltek többen: Immermann,¹⁾ két esetet ír le, hol a tüdőútér volt szűkítve és egyet, melynél a baloldali hörg és tüdőútér szűkítettett a zsugorodott elmeszesedett mirigy által. Müller²⁾ két esetet ír le, melyeknél a nagyobb hörgök és tüdőútér szűkületét eredményezték a zsugorodott hörgközöttimirigyek. Heller³⁾ esetében mindkét hörg és a jobb oldali vena anonyma a belépési helyén zsugorodott mirigyek által szűkítve találtatott. Meckel röviden felemlíti, hogy siderosis pulmonumnál a zsugorodott mirigyek által jöhetnek létre hörg-szűkületek. Preiner⁴⁾ zsugorodott mirigyek által a vagust összenyomva és sorvadva találta.

A midőn a zsugorodást megelőzőleg a hörgmirigy valamely helyéből ki nem mozdítható, vagy ellentálló szervhez van rögzítve, s ugyanakkor valamely másik szervhez is nő, a zsugorodás eredménye az leend, hogy utóbbi szerv vagy elvonatik, vagy pedig rajta, ha az üres volt, gurdélyok képződnek, ezek az úgynevezett kihúzódási gurdélyok, tractionalis diverticulumok; ezek gyakrabban puha, engedékeny falu üres szerveken és pedig főleg a bázsingon fordulnak elő.

A bázsing tractionalis diverticulumait legelőször Rokitanszky⁵⁾ méltatta kellő figyelemre és írta le alaposan, habár már ő előtte is

¹⁾ Deutsches Archiv für klinische Medicin V. k. 235 l.

²⁾ Jenaer Zeitschrift für klinische Medicin IV. k. II. 1868.

³⁾ Virchow. Archiv. LI. 351 lap.

⁴⁾ Die Krankheiten der Bronchialdrüsen 1861. 14 l.

⁵⁾ Rokitansky. Path. Anatom. III. k. 127. l.

ismerték, de úgy keletkezésére, mint következményeire nem fordítottak figyelmet. Szerinte a keletkezésre nézve a mirigyek intumescentiája fontossággal bír, mert ha a mirigy ilyenkor az oesophagussal össze nő, s azután rendes állapotjába visszatér, magával vonja az oda nőtt oesophagus falát is és azt töltés alakjában kihúzza; ily módon keletkeznek a már alakilag is feltűnő (töltés alakú) gurdélyok, melyeknek hegyes vakon végződő vége az összenövési helynek felel meg. Ezen gurdélyoknak falát majd a bárzsing mindenik rétege képezi, majd pedig, ha az összenövést valamely a bárzsing falát roncsoló folyamat előzte meg, egy réteg, t. i. a nyákhártya, vagy kettő, a nyákhártya és izomréteg képezheti. Ha csak a nyákhártya húzódik ki, akkor a gurdély benyilási szájadékát a megmaradt izomréteg gyűrűszerűleg körülövedzi.

Rokitansky után Dietrich, később Heschl (1855.) foglalkozott a tractionalis diverticulumokkal. Klebs ¹⁾ az ily diverticulumokat veleszületetteknek mondja; Müller ²⁾ több esetet ír le, Friedberg szintén. Zenker ³⁾ 60 esetet észlelt és írt le, s mindenik a Rokitansky állítását erősíti.

Az ily gurdélyok rendszeren a bárzsing mellső falán és pedig a légeső kettéoszlása magasságában vannak; ritkán fennebb vagy alantabb. Többnyire csak egy fordul elő, néha kettő, sőt több is. Zenker (lásd fennebb) eseteiben 40-szer talált egyest, 11-szer kettőst és 3 esetben talált hármast diverticulumot. A diverticulum mélysége 8—12 mm. lehet, azonban ennél magasabbak is lehetnek; Friedberg esetében 1.5 hüvelyk volt; a szélessége 4—8 mm. Csúcsa többször a hörgelágazáshoz, ritkábban valamely hörgőghöz tapadt, s elég gyakran található az odanövés helyén elmeszesedett, vagy festenyzett, zsugorodott, máskor egész kérges szövetté sorvadt hörgőmirigy. A bárzsing nyákhártyája többnyire teljesen béleli a diverticulumot és ennek csúcsában ráncot képez, máskor azonban a csúcsban hegesen átalakult, a mi előre ment áttörésre mutat. Megtörténhetik, hogy a diverticulum nyílásán keskeny nyákhártyahidat találunk, melyet oly módon magyaráz Zenker, hogy két egymás mellett levő diverticulum egygyé olvadt s a keskeny hidat a válaszfal maradványaként tekinthetni.

¹⁾ Handb. d. path. Anatom. 1. Lief. 163. I. 1868.

²⁾ Jenaer Zeitschrift. f. Med. und Naturw. IV. köt. 164. I. 1868.

³⁾ Ziemssen. Spec. Path. u. Therapie. 7—1. a 50. I.

A diverticulum képzésénél mindazon okok szerepelhetnek, melyek az interbronchialis mirigyek megnagyobbodását és azután zsgorodását okozzák, akár elsődlegesen, akár következményileg; s habár Zenker eseteiből felveszi, hogy leginkább gyermekkorban képződnek, későbbi korban való létrejövésök sem zárható ki.

A bárzsing kihúzóási gurdélyai részint kicsinységök, részint alulról felfelé futó irányuk, részint pedig azon körülménynél fogva, hogy a nyelésnél izomfaluk összehúzódik, ritkán adnak alkalmat arra, hogy beléjük ételrészek jussanak, s így táguljanak, ezért hosszú fennállásuk után is megtartják eredeti nagyságukat. De ha mégis ételrészek jutnának bele, azok ott pangva bomlásnak indulnak, s e miatt lobot okozva áttörhetnek; épen ez emeli a diverticulum fontosságát.

A gurdély átfuródása kétfélekép jöhet létre és pedig vagy oly módon, hogy az áttörést okozó lobjolyamat a diverticulumból indul ki a fent jelzett módon, vagy úgy, hogy a szomszédos mirigyek valamelyike bomlik, genyed és a diverticulumba tör át. Hogy e két ok közül melyik eredményezte az átfuródást, sokszor kétes és meg nem állapítható, néha mégis kapunk támpontul egy csontszálkát, vagy más idegen anyagot az átfuródott falban, mely mutatja, hogy a lobjinger a bárzsing felől indult ki. Rokitansky ¹⁾ egy éves mellhártyalobot ír le, melyet egy tractionalis diverticulumban fennmaradt és átfuródott éles csontszálka okozott; az átfuródás által alkalmat adván arra, hogy ételrészek jussanak be a mellürbe. Sokszor azonban megtörténik az is, hogy megtalálhatni ugyan a csontszálkát, vagy más idegen testet, de a lob tovahaladása által az eredeti diverticulum is tönkre van téve, s így nem mondható meg, hogy vajjon nem-e az ép bárzsingon fúródott át az idegen anyag? Igy Cöster ²⁾ leír egy esetet, hol a vena cava descendens átfuródva találtatott egy a bárzsing mellső részén levő kiöblösödésben talált csontszálka által; a leírásból nem tudhatni, hogy e „kiöblösödés“ diverticulum-é, vagy pedig a csontszálka nyomása által létre jött mélyedés.

A diverticulumból kiinduló átfuródás a szomszédos képletek közül akármelyik felé is történhetik.

¹⁾ Handbuch d. path. Anatom. III. 38. l.

²⁾ Cöster. Berlin. klinische Wochenschrift. 1870. N. 48.

A mirigyek felé való áttörés nem bir mindig nagy fontossággal, erre mutat az, hogy gyakran találni heges csúcsú gurdélyt, melyből az előre ment átfúródásra s az azután való gyógyulásra következtethetni. Ha azonban az áttörés következtében bomló anyagok jutnak be, akkor nagyfokú lobot eredményeznek, melynek halálos kimenetele is lehet. Így Zenker ¹⁾ leírja a következő esetet: Egy 70 éves bérszolga munkája teljesítése közben eszméletlenül összerogyott, vért hányt, azután magához tért ugyan, de még azon este elhalt. Bonczolatánál egy a bárzsing mellső falán levő kihúzódási gurdély találatott, melyen át evesen bomlott mirigyre juthatni, s ez a jobb tüdőüterbe fakadt, s így okozta az elvérzési halált.

A hörgők felé való átfúródás szintén nem okvetlen halálos, hisz nem épen ritka eset, hogy sípolyok állanak fenn a hörg és bárzsing között hosszú időn keresztül, komolyabb következmény nélkül; s ily diverticulum átfúródása által keletkezett sípoly annyival is kevesebb veszélyt hoz, mivel a hörgbe vezető része rendeseu magasabb a diverticulum iránya miatt. Azonban halált is okozhat. Zenker (idézett munka) egy 66 éves női hullát bonczolt, az életben a diagnosis nem volt megállapítható; bonczleletül kiterjedt kétoldali üszkös tüdőlobot talált, melynek oka egy diverticulumnak a jobb főhörgágba való átfúródása volt; ugyanennél a mediastinumba is áttört e diverticulum.

Tiedemann ²⁾ dissertatiójában 70 éves egyén bonczleletét közli, melynél mindkét tüdőcsúcsban bronchiectaticus cavernák találtattak, ezeknek egyike közvetlenül, másika pedig az oesophagus körött levő evürön át közlekedett a bárzsing mellső falán levő átfúródott kihúzódási gurdélylyal; a barlangokban evesen bomlott tüdőszövet mellett harántesikú izomrostdarabok is találtattak, bizonyítékául annak, hogy e közlekedés már az élőben meg volt.

Meckel eseténél az átfúródás a szívburok felé történt és eves szívburoklobot okozott.

Ide számítható véleményem szerint Zahn esete is, ³⁾ a mely a következő: 35 éves férfi hulla jobb tüdője rostonyásan odatapadt a szívburokhoz, alsó részében kis tüdőlobos csomók. Szívburok nagy

¹⁾ Ziemssen. Handbuch d. spec. Path. u. Therapie. VII—I.

²⁾ Ueber die Ursachen und Wirkungen chronisch. entzündlicher Processe im Mediastinum. Deutsch. Archiv. f. klin. Med. 16. köt. 575. lap.

³⁾ Ueber einen Fall. v. eiteriger Pericarditis etc. Virchow's Archiv. 72. k. 198. l.

területen előfekszik, gyengén hullámzó. Felnyitásánál nagy mennyiségű sűrűded zöldes, nem bűzös geny ömlik ki; mindkét lemeze genyes rostonyás anyaggal bevont, s ezáltal helyenként összetapadt, a basison, aortán, a vena cava superior között és a jobb fülesén kis helyen a rostonya lazább és rozsdásbarna színű. Górcsövi vizsgálatnál kitűnik, hogy e festenyzés szemcsés és jegeczes haematoidin által van feltételezve, e mellett kevés alakatlan és nagylemezű fekete festeny is volt. Szív erősen összehúzódott, ürében kevés vér és rostonya-alvadék; a szív izomzata, belhártyája és billentyűi épek; a nagy edények, a felső ürös vizérnek a jobb tüdőüterrel kereszteződő helyét kivéve, épek; a jelölt helyen azonban vörhenyes elszínesedés van. A légesőelágazásnál a nyákhártya szennyes barnásan festenyzett; más eltérés nem találtatott. A légeső kiproeparálásánál Zahn az aorta, vena cav. superior, a légesőelágazás és a jobb hörg között diónyi zöldes-sárgás genyvel telt ürt talált és a geny mellett még sok szennyes fekete szövetezafatot is. A geny eltávolítása után kitűnt, hogy a genyür fala a trachea és az art. anonyma szomszédságában sima és közte, meg a légeső között néhány millimeter kötszöveti réteg van, azonban az ür alsó részén az ür fala szennyes, czafatos nyirkmirigyszövet által képezetik. A bárzsing eltérést nem mutat, csupán a fennemlített mirigygyel való összenövési helyen, a légeső elágazása alatt 15 mm.-re, a különben rendes nyákhártyán csekély besüppedés, s ebben csaknem lencsényi czafatos szélű nyílás van, mely keskeny nyákhártya-hid által egy felső nagyobb- és alsó kisebb részre oszlik. A nyákhártya e nyílás alatt 4 mm.-re alávájolt, oldalt azonban az izomréteggel összefügg. Alsó részén az izomréteg szabadon fekszik elő, a felsőből pedig a ferdén felfelé futó 10 mm. csatornán át a már említett ürbe juthatni. Górcsövi vizsgálatnál kitűnik, hogy a menetnek az izomrétegbe haladó része hámmal fedett. A csatorna az ür felé tágul, s a mily mérvben tágul, hámmal kevesbedik; ezen részen a csatornát heges kötszövet veszi körül. A nevezett ürön, másfelől a v. cava superior és aorta között levő nyíláson át vájt kutasszal könnyen a szívburokba juthatni, s ezen nyílás szélei czafatosak és szennyesek.

A bárzsing és légeső mentén a mirigyek nincsenek megnagyobbodva, hanem hegesen zsúgorodottak s belsejükben cseresznye-

magnyi mézesomócskák vannak. Az egyikben ellágyulási gócz van, geny azonban nincs. Minden mirigy kemény rostos tok által van körülvéve s részben környezetükkel szorosan összefüggenek.

Ezen esetben Zahn szerint az átfürödás egy elpuhult mirigyből indult ki és pedig előbb a bárzsing, azután a szívburok felé és így genyes szívburoklobot okozván, idézte elő a halált. Igaz ugyan, hogy a bárzsing mellső részén levő besüppedés (diverticulum?) fenekén az átfürödési hely áthidalt, s ez a kívülről jövő átfürödás mellett szól; az ily módon létrejött átfürödést bizonyítaná a nyákhártya alávájoltsága is. Azonban ha tekintetbe vesszük azt, hogy a nyákhártya besüppedt, kérges szövettel körülvett, a hörgmirigyek zsugorodottak, s csak egyben volt ellágyulási góczocska, továbbá, hogy a sipolyment hámmal borított, s ha meggondoljuk, hogy ilyen képet ad az áthidalt, áttört diverticulum is, melynek átfürödására több alkalom van, valószínűbbnek látszik, hogy itt elsődlegesen egy diverticulum volt, (képződésére a zsugorodott mirigyek elég okot szolgáltatnak), s abból indult ki az átfürödést eredményező lobosodás.

A kolozsvári kórbonezzolatoknál több diverticulum találtatott, azonban ezen úton való áttörés nem. Ezek közül a következő érdekesebb eseteket említem fel:

187. sz. kórbonezztani készítmény. 95. bjk. sz., mely középtermető, elaszott női hullától való, kinek tüdeje mindkét oldalt hártványan odanőtt, mellül egyenetlen göcsös szivaes-, hátul göcsös lószórpárna tapintatú volt; a göcsök részben kérges és sajtos hörgfal megvastagodások, s hasonlóan átalakult tüdőszövet által voltak feltételezve. Légcsőmirigyek nagyobbak, sajtosak. Torokbárzsing halvány, utóbbinak mellső falán, közel a légcsőelágazás magasságához, két egymástól vízszintes irányban 2—3 mm.-re levő borsónyi kiöblösödés, mindkettő csúcsát kérges szövet képezi, mely a két vagust a légcsőhez rögzíti, de rajta elváltozást nem okozott. Halálok: tüdővész.

1260. készítmény. 294. bjk. sz. középtermető férfi hullától. Tüdők eltérést nem mutatnak, hanem szélükön 2—3 mm. vastag zsírréteg. A hörgmirigyek részben elmeszesedtek. Légcső, torok, bárzsing halvány; utóbbinak mellső falán a légcsőeloszlás magasságában mogyorónyi gurdély van, ennek megfelelőleg a bárzsing fala elkér-

gesedett és a gurdély csúcsa zsugorodott meszes hörgközöttimirigyhez rögzített. Az egyénnél a halált esés következtében létrejött koponyarepedés okozta.

1515. készítmény. 1760. bjk. sz. Gyengén táplált női hullától, nyakán s ágyéktáján több rendetlen fehér heg. Állalatti és lágyéki mirigyek elsajtosodtak. A hörgmirigyek palaszürkék, zsugorodottak; a bázsing mellső falán a légesőszlás magasságában 1·6 cm. széles, 0·5 cm. magas, 0·8 cm. mély, tölcészerű bemélyedés, melynek csúcsában a nyákhártya redőzött, az alap felett mozgatható. Az egyén puerperiumban halt el.

Tractionalis diverticulumok nem csak a bázsingon, hanem a légesövön is előfordulhatnak, ezek azonban kicsinységük miatt az életre fontossággal nem bírnak, egy ily kihúzóási gurdélyt e készítményen találtam; a gurdély csúcsa, a mint azt az átmetszeten láthatni, kérges szövet által a megkissebedett hörgközöttimirigyhez odaforrt. Hogy a légesövön ily kihúzóási gurdélyok ehhez hasonló módon jöhetnének létre, nem találtam felemlítve az általam használt irodalomban. Ugy szintén nem láttam említést az edényeken hasonló módon létrejöhethető gurdélyokról sem, melyek már nagyobb fontossággal bírhatnak; épen ezért a következő esetet felemlítésre érdemesnek tartom:

1466. bjk. 52 éves nőhulla, bal tüdeje eltérést nem mutat, a jobb tüdő kérges álhártya által a mellkashoz nőtt. A kérges összenövések között itt-ott laza rostonyaréteg van. Alsó lebenye akkora, mint belégzésnél, májtapintatú, törékeny, légtelen, metszlapja szemesés, szürkés-vörös. Hörgmirigyek aprók, feketék, némelyikben apró mészesomócskák; a légeső nyákhártyája halvány, mellső részén több kisebb rizsfehér heg, az oszlás fölött zabszemnyi erős behúzóás, itt a nyákhártya hegesen átváltozott; ezen helynek megfelelőleg a függérív erősen odaforrt s az anonyma és earot. sinistra közötti része kidomborodott és ennek csúcsában kis, feketén festenyzett mészesomócskát tartalmazó hörgmirigy van.

Ezen esetnél úgy a légeső, mint az ütér kihúzóását a zsugorodott hörgmirigy okozta, mely a zsugorodást megelőzőleg a légeső felé áttört.

Hogy ily hörgmirigy által okozott gurdélyból ütérdag keletkezhetik-e, felemlítve az irodalomban nem találtam; de tudva azt, hogy az ütérdagot az edényfal gyengeségét okozó betegségeknek kell megelőznie, nem tartom lehetetlennek, hogy akár az ily zsugor által vongált, akár a mirigy lobosodása által gyengített ütérfal a vérnyomásnak engedve, körülirt ütérdag, aneurysma saccatum, támadhat.

C. A hörgmirigyek ellágyulásának és szétbomlásának következményei.

Az ellágyulás a hörgmirigyekben fel lehet tételezve elfajulás, sorv, lob és dag által, részben elsődleges megbetegedés, részben másodlagos elváltozás folytán. Így Zahn terjedelmesebben értekezik arról, hogy elsődlegesen minden megelőző lob nélkül a mirigyek bennéke felpuhul, elhigul és áttörésre vezet, és gyakran található, hogy főleg öreg egyéneknél, előrement anthracosisnál vagy e nélkül is a mirigyszövet teljesen szétfolyosul; talán azonos ez a porezpuhulással, oka azonban nincs kiderítve. Zahn ¹⁾ kísérleteket tett azok kikutatása végett; de kísérleteinek eredményét leírva nem találtam.

A sorv után fellépő ellágyulásnál sokkal gyakoribb az elfajult pl. elsajtosodott hörgmirigyek ellágyulása, mely csaknem minden nagyobb fokú elsajtosodásnál látható. Túltengési állapotoknál, így sejtbeszűrődéseknél is szintén előfordul; Rindfleisch ²⁾ szerint a sejtbeszűrődés továbbhaladtával keringési zavarok lépnek fel a mirigyben, mi a nyirkpangás következtében a sejtek szétesését s azután a mirigy szétbomlását eredményezi. Anthracosisnál ³⁾ a felszívódott és beczepelt széndarabocskák okozták ezen szétpuhulást. Az elsajtosodásnál pedig néha elgenyedés okozza a szétfolyosulást. ⁴⁾

Ellágyulhat a metastaticus rák a hörgmirigyekben, úgyszintén a lymphosarcoma is áttörhet; leggyakoribb oka pedig az ellágyulásnak a lobosodás, genyedés.

Ha a mirigy ellágyulása megnagyobbodással van egybekapcsolva, (lob, dag, sajtosodás,) akkor ugyanazon tüneteket okozhatja,

¹⁾ Virchow. Archiv. 72. k. 198.

²⁾ Lehrbuch der path. Gewebelehre 1878. 5091.

³⁾ Rindfleisch. Lehrb. d. pat. Gewebelehr. 1878. 376.

⁴⁾ Rindfleisch. ibid. 512. l.

mint pusztán a megnagyobbodás. Azonban rendszeren mielőtt az ellágyulás oly nagy terjedelmet elérne, hogy nyomást gyakorolhat, a lágyulási folyamat magát a mirigytekot is lágyítja, pusztítja, onnan áttörés jön létre, a szomszéd üres képletek akármelyikébe, és ezekben magához hasonló lobot okoz, vagy ha a lágyulási folyamat egyszerű és nem bír lobgerjesztő tulajdonsággal, (pl. festenyés szétfolyosulásnál) felszívódhatik és zsugorodhatik.

Az ellágyulásnak egy másik fontos szerepe is van. T. i. a mint már említettem a hörgimirigyek igen ki vannak téve a megbetegedésnek, és bennök gyakran nagyobbfokú lob v. más elváltozás jön létre, mint az elsődlegesen bántalmazott szervben, akár hányszor a tüdő már egészen ép lett, míg a hörgimirigyek elgyenedtek vagy sajtosak s az életet folytonosan veszélyeztetik.

Az áttörés leggyakrabban a hörgők felé történhetik, és pedig vagy valamelyik fő hörgőbe, vagy a légeső elágzási táján. Ilyen esetekben a bennék a köpetbe jutván, vagy egy erősebb köhögési roham által kiköpetik s a mirigyfoszlányok, esetleg concrementumok a köpetben feltalálhatók, mint ezt Sander ¹⁾ leírta; vagy festenyezett szövetczafatok köpetnek ki. A hörgők felé való áttörésnél, az áttörési hely alávájoltszélü, környékén a nyákhártya vagy csak belövelt vagy erősen duzzadt és sarjadzó lobot mutat. Az áttörési hely lehet lencse egész bab nagyságú, és gyakran többszörös. Kimenete különböző lehet, vagy az egész anyag kiköhögtetik s akkor a fekély lassanként beheged, és később a bonczolatnál kis zsugorodott heget találni, mint ezt azon 51 éves asszonytól való készítményen észleltem, melyen a légeső falán az elágzás felett alig egy mm.-re a zsugorosan behuzódott nyákhártyát láthatni, mely az alatta levő festenyezett és részben elmeszesedett mirigyhez kötszövet által odaforrt; vagy pedig mélyebb belégzésnél a légútakba szivatik és ott fennakad, (lásd Sander idézett munkáját), sőt az is megtörténhetik, hogy a kiköhögés közben a hangrésbe szorul, s a hangrés görcse halált okoz. ²⁾

A hörgők átfuródása úgy is létre jöhet, hogy a roncsoló folyamat a nyákhártya felől indul ki, ezt az által lehet felismerni,

¹⁾ Ueber Concremente in den Luftwegen. Archiv für klinische Medicin 16 k 372 l. XIX. czikk.

²⁾ Klebs. Handbuch d. path. Anatomie. VII. Lief. 1870. 294. lap.

hogy ilyenkor a szélek nem alávájoltak és a légesőben még más helyütt is találunk kisebb-nagyobb mélységű fekélyesedéseket.

Átfuródás történhetik a bárzsing felé, minek következtében a mirigybe ételrészek juthatnak, és annak eves bomlása után kiterjedt lobbolyamat fejlődik, mely más képletekbe törvén, halálos kimenetelű leend. Néha ily áttörés után sipolymentek képződnek, pl. a bárzsing és hörg között, melyek hosszú ideig fennállhatnak, többnyire mégis halált okoznak, mert átfakadnak a szívburok-, mell-ür felé és akkor genyes szívburok vagy mellhártya lobot okoznak.

Barite 118 szívburoklob közül 18-szor találta, hogy azt a hörg-mirigyek megbetegedése okozta. Eternod ¹⁾ több oly esetet ír le, hol a szívburoklobot ellágyult, festenyzett hörgmirigy áttörése okozta. Weigert ²⁾ a tuberculoticus hörgmirigyeknek a szívürbe való áttörését és ezáltal létrejehető általános tuberculosist említ. Kast Alfred ³⁾ megjegyzi, hogy genyes szívburoklobot igen sok esetben az elgenyedt hörgmirigy áttörése okozza. Zahn ⁴⁾ 69 éves földmives hullájánál kétoldali pleuritist és genyes pericarditist talált. A szív balra el van tolva, helyenként laza rostonya által a szívburokhoz tapadt, bal oldalt az aorta mellett palaszürke nyirkmirigy a szívburokürbe hatolt borsónyi terjedelemben, állománya puha törékeny, a környező rostonyarétegben barnás kis csomócskák vannak. Ezen esetre vonatkozólag Zahn megjegyzi, hogy nagy valószínűséggel a genyes szívburoklobot a festenyzett, ellágyult és áttört hörgközötti nyirkmirigy okozta.

A helyi bonczolatok közül több esetet találtam az ellágyulás következményes bántalmaira, s épen e csoportba sorozható azon két érdekes eset is, melyek ezen értekezésem megírására ösztönöztek.

35 bjk. 101 készítmény. 24 éves Danner Istvántól a bonczolelet a következő: Kis termetű elaszott férfihulla feltűnően halvány bőrén főleg az ízületeknek megfelelőleg egész tenyéryi barnás vöröses pörkkel fedett helyek.

Belvizsgálat: koponyaacsontok sorvadtak, agy vérszegény, bőr-

¹⁾ Recherches sur les affections chroniques des gangl. tracheobronchioliques 1869. 62. 1.

²⁾ Ueber Lungentuberculose.

³⁾ Virchow. Archiv. 96. k. 489 lap. Ueber eiterige Pericarditis.

⁴⁾ Zahn. Virch. Archiv 72. köt. 702 lap.

alatti kötszövet zsirszegény, izomzat petyhüdt, halvány, vékony. Szív kicsiny, különben eltérést nem mutat; nagy edények szűkebbek faluk sima. Tüdők szálagosan odanöttek, mindkettőben borsó egész diónyi genynyel telt ürök, főleg a bal fejső lebenyben, a hol még néhány sajtgócz is van. Hörgközötti mirigyek részben kérgesen zsugorodottak, részben pedig kis fokú elsajtósodást mutatnak. Légcső nyákhártyája halvány, az oszlás felé erősen belövelt, az oszlás alatt 1 cmnyire borsónyi pirosas keményded szélű folytonosság hiány, melyen át a hörg körött összeforrt, palaszürke mirigyekben levő czafatos sajtos falú mandulányi ürbe juthatni. Torok, bárzsing, gyomor és belek feltűnő eltérést nem mutatnak. Hasürben 1.5 liter genyes savó, főleg a haránt remese és csiptájon. Hasüri szervek egymással és a hasfallal sokszorosán összenöttek, az összenövések között részint nagyobb elsajtósodott, részint kisebb szürkés csomócskák vannak. Lép két akkora, benne sajtgócsök. Máj egész kiterjedésében a rekeszhez nőtt, jobb lebenyének felső széle és a rekesz között lúdtójasnyi, részben elmeszesedett kérges tömlő van, mely környezetéhez szorosan odaforrt és zöldes feketés maszatot és egymáshoz nyomott kocsonyaszerű hártákat tartalmaz. Vesék eltérést nem mutatnak. Herék sorvadtak. A jobb lágycsatornán másfél hüvelyk széles sajtos rostonyás anyaggal kitöltött tömlő van, mely keskeny nyíláson át a hasürrel közlekedik. Fodormirigyekben foltonkénti elsajtósodás.

Diagnosis. Peritonitis purulenta et caseosa. Echinococcus demortuus adhuc magnitudinis ovi anserini. Degeneratio caseosa glandularum mesaraicarum et lieuis incipiens. Cavernae bronchiectaticae praecipue in lobo superiore. Perforatio bronchii dextri post degenerationem glandularum interbronchial. caseosam.

844. bjk. Lakatos Istváné 20 éves. Mindkét oldali sajtos pleuritis találtatott, tüdők vérszegények szivacstapintatuak. A szegy- és koponyacsontokon gümös esontszuvasodás. Hörgmirigyek nagy mérvű elsajtósodást mutatnak, a bal hörg első elágazásánál a halvány nyákhártyán kölesnyi, fehérszélű folytonosság hiány, melyből a tüdőgyökben levő elsajtósodott mirigypamatra gyakorolt nyomásnál pépes, sajtos tömeg jön ki. Az egyén puerperiumban halt el. (Metrophlebitis lymphangioidis, peritonitis puerperalis post rupturas superficiales in canali cervicis uteri.“ etc.

1955. bjk. Trotter Babirta 41 éves. Mindkét oldali kérges, sajtos szövetközi tüdőlob, a tüdőknek álhártyás odanövéseivel s mindkét tüdő erősen festenyzett; a jobb csúcsban diónyi ür tusfekete bennékkal. A jobb felső lebenybe vezető főhörg nyákhártyája erősen belövelt, rajta lenesényi palaszürke folt, közepén kutaszszal egy diónyi, fekete hörgközötti mirigyben levő, babnyi ürbe juthatni, utóbbinak fala czafatos, feketén festenyzett (Peribronchitis et pneumonia interstitialis chronica anthracotica.)

847. bjk. Schindler József 56 éves. Magasabb termetű, elaszott férfi hullájánál, ki fekélyedő tüdőgümőkórban (Phtisis ulcerosa) halt el, a hörgmirigyek mogyorónyiak voltak és feketék; a bal alsó lebeny főhörgének falát egy ily fekete mirigy borsónyi terjedelemben áttörte és bennéke a hörgbe fakadt.

1565. bjk. Kecsendet Trifán, 29 éves, férfihulla halvány bőré; a bal állszöglet alatt, és állalatti háromszögben 1—1 diónyi mirigyesomó. A bal tüdő hártványasan odanőtt, mellső széle puffadt, dunnapintatú, hátsó része egyenetlen göcsös és itt a metszalapon vöröses szürkés, részint sárgás fakó foltok vannak, hol a tüdőszövet törékeny és zavaros savóval beszűrődött, helyenként kisebb üresékekkel, melyekből büzös váladék bőven ömlik ki. A felső lebeny alsó részén diónyi ür van, elég tömött sima falakkal, de rajta szenyves czafatok is lógnak le, a fal törékeny; az ür egy hörggel közlekedik.

Jobb tüdő alsó lebenyében egy pár besüppedt, pötyögős részlet van, melyeknek megfelelőleg bemetszve szenyves, büzös, czafatos bennéket tartalmazó ürbe jutunk. A hörgelágzás között kérges szövetben babnyi ürese van, mely egyfelől gyufaszáltág csatornán át a bal főhörggel, másfelől kettős katheterrel átjárható nyíláson át a bárzsinggal közlekedik. Ezen ürese fala czafatos és szenyves foszlánykák lógnak le róla. A bárzsinggal való közlekedési helyén annak mellső falán a hörgeloszlás magasságában 2 cm. hosszú alávájolt szélű folytonosság hiány van. A hörgmirigyek sajtosan átalakultak. Az egyénnél még a vesékben infarctus és a vastagbél hurutos lobja találtatott.

Ezen esetnél az átfuródás az elsajtosodott hörgmirigyből indult ki és pedig valószínű, hogy a hörg felé korábban furódott át, mert ez szűk csatornaszerű, kérges talú, míg a báziszing felé öblözetes és czafatos. E fistulaképzés után ételrészek jutván a hörgbe, azok inspiráltattak és az által nyelési pneumonicus göröcsök léptek fel.

Diagnosis. Pneumonia putrida insequelam fistulae oesophago bronchialis gangraenosae c. caverna magna in lobo inferiori dextro. Degeneratio caseosa glandularum bronchialium. Infarctus in rene. Dysenteria incipiens.

2031 bj. Losonczy Károlina 35 éves varrónő.

Felvétetett a kolozsvári bőr kórosztályra 1884. Julius 27-én. Róla a következő kórtörténelmet tudhattam meg:

Baja 18 hó előtt kezdődött és ez idő óta magát orvosilag kezelte. Felvétele alkalmával a nyak baloldalán a csecsnyulványtól lefelé a nyak alsó harmadáig és innen a sternocleido-mastoideus közepéig az állkapocs alatti és mögötti tér teljesen kitöltő, felső kétharmadában keményebb, alsó harmadában puhább, hullámozó terimenagyobbodás, melynek felső részén két babnyi, behuzódott szélű folytonossághiány van, mely szélek fel és aláfelé másfél cmnyire alávájoltak; e folytonossághiányokból sűrű, sárgás fehér, bűzös váladék nagy mennyiségben nyomható ki; alsó hátsó szélén pedig szintén babnyi az előbbihez hasonló folytonossághiány van, melynek szélei felfelé 0.5-, le és mellfelé 2 cmnyire alávájoltak, s ebből az előbbihez hasonló, de nagyobb mennyiségű váladék nyomható ki.

A jobb sternocleido-mastoideus hátsó szélétől a tarkóig nagyobbbrészt a bőr kékesszederjesen hegesen átváltozott, helyenként behuzódott, felső részletében két kis babnyi, alsó részén egy tenyérnyi felületes folytonossághiány van, melyekből kevés véres savószzerű váladék nyomható ki. A jobb honaljvonásban a nagy mellizom alatt tallérnyi helyen a bőr kékesszederjesen elszinesedett és itt kevés beszáradt gennyel fedett babnyi folytonossághiány van.

Kezelés jodoformkötés és belsőleg halmájolaj.

27/vii. A nyak baloldalán levő fluctuáló hely megnyittatván, abból sárgás fehér, sajtyszerű anyaggal kevert nagy mennyiségű geny ürül ki.

12/viii. A baloldali nyaktájon több fekély egymással egyesült s abból darabos sajtos, elhalt szövetrészek és geny ürül ki. A hőmérsék a 38 C^o-ot fenti idő óta nem haladta meg.

30/viii. Hőmérsék d. u. 39 °C. Genyes kifolyás kevesebb; a nyak teriméje majdnem rendes.

1/ix. Hőmérsék d. e. 37. d. u. 38 C^o.

2/ix. Hőmérsék d. e. 36. d. u. 39^o, este halál.

Utólagosan Dr. Pataki Leó e. tanársegéd úr szíves volt értesíteni, hogy a halált megelőzőleg 4 nappal a beteg több ízben vért hányt és pedig az ápoló személyzet állítása szerint igen bő mennyiségben.

1884 October 9-én bonczvizsgálat alá kerülvén nála a következő bonczjegyzőkönyv vétetett fel:

Kisebb termetű, gyengén táplált női hulla bőre általában fel-tünően halvány, szemek nyitvák, láták egyenletesen középszerűen tá-gultak, ajkak halványak. Állkapocs meredt, nyak vékony, a mellkas a testhez aránylag széles és domborad, a bordaközökben a bőr kékes-zöldesen elszinesedett; a bal csecsbimbó a 4-ik bordaköz-ben van, a jobb rendes helyen. Altest meghúzódott, bőre a lágyék-táj felett kékes-zöldesen elszinesedett. Hüvelynyílásban carunculák; commissura posticán felületes hegy nyomok, s e mögött a gáton puha babnyi, nyákhártyaszerű kicsucorodás. Alfeltáj vörösbarna beszár-adt bélsárral szennyezett. Méhszáj nyílása harántirányu, szélei kemények.

Bal oldalt a fültövén és a járomív alatt egész a sternocleido-mastoideus alsó harmadáig különben a többihez hasonló bőrön több (nyolez) bab- egész félkrajczárnai folytonosság hiány van, vé-kony, halvány szederjes, alávájolt szélekkel, melyek, részint a bőr, részint a sternocleido-mastoideus alatt egymással közlekednek, és egyikén át a sternocleido-mastoideus állományába 5 cm.-nyire juthat-ni a kutasz segélyével. A többiek alapját halványsarjszövettel be-vont bőralatti kötőszövet képezi. Nagyobb mirigyek e fekélyekkel fe-dett tájon ki nem tapinthatók, szomszédságukban azonban egy ne-hány apró, és az állkapocs szöglete alatt egy diónyi érezhető. A jobb honaljban a musc. pectoralis alatt az előbbiekhöz hasonló 2 bab-nyi lik van, melyeknek szélei felfelé 4 cm.-re alávájoltak, mellettök

két kis heges behuzodás. Valamennyi folytonossághiány fehér kenőccsel fedett és a sipolymentekbe jodoformgaze van bevezetve.

Belvizsgálat: Böralatti kötőszövet zsirszegény, izomzat vékony, petyhüdt, halvány. Torkolati visszerekben kevés sötétpiros folyékony vér. Rekeszdomborulat jobboldalt a 4-ik borda-, baloldalt az 5-ik borda alsó széléig terjed. Szívurokban kevés tiszta savó. Szív kicsiny ($8 \times 8 \times 3$ cm.) üreiben kevés folyékony vér és rostonyaalvadék; izomzata petyhüdt; billentyűk épek. Bal tüdő szálagosan odanőtt, puffadt dunnatapintatú, esésában diónyi ellentálló esomó; a dunnatapintatú helynek megfelelőleg metszlapja halvány, s róla kevés halvány vörös savó vonható le, az ellentálló göcsnek megfelelőleg egy sajtos esomó. Jobb tüdő felső lebenye hasonló a balhoz, csak hogy benne több babnyi sajtoscsomó van. A középső lebeny alsó részén néhány petyhüdt besüppedt légtelen gócz, mely részekhez vezető hörgőkben sűrű genyszerű, részben szenyves barnás vörös pépes anyag van és egy nagyobb ily ürhez vezető hörgnek fala czafatosan szétlágyult. Az alsó lebeny váltakozva máj- és léptapintatú, nagyobb részt szederjes rostonyalerakodmánnal bevont, felső hátsó részén gyermektenyéryni, rendetlenszelű fakó folt van, többnyire éles határral. Ily kisebb terjedelmű fakó folt, még a lebeny többi részén is található. Bemetszve ezen helyeken a tüdőszövet majdnem légtelen, szennyves savóval van beszűrődve és mállékony; ama gyermektenyéryni helynek megfelelőleg pedig a tüdő gyermekököllyi helyen bomlatag bűzös péppé vált s e miatt diónyi, többnyulványú ür jött létre a tüdőgyökben, mely a légesőeloszlás felé folytatódik. Ezen irányban palaszürke mirigymaradvány és heges szövet által a légesőtől elvan különítve; de a jobb főhörggel ujjal átjárható, czafatos szélű nyíláson át közlekedik; e helyhez közel a tüdőüter felső lebenybe menő főága, mely az ür falán halad, ellágyult és gombostüfej nagyságban átlíkadtt. A bázsingnak mellső falán a légesőeloszlás táján egy babnyi és 0. 5 cm. hosszú nyákhártyahid által ettől elválasztott, borsónyi, simaszélű és alapú nyákhártyahiány van, mely fölfelé terjed és alá-vájolt. A nyákhártyahid alatt egy 2-ös számú katheterrel átjárható likon át a tüdőgyökben levő ürbe juthatni. Hörgmirigyek mindkét oldalt palaszürkék, részben elsorvadtak. Mediastinalis mirigyek sajtosak. Légeső és gégében véralvadék, úgy ezeknek mint a bázsing-

nak is, nyákhártyája halvány. Torkolati mirigyek elsajtosodtak. Baloldalt kétily sajtos mirigy van, az alsó a leirt sipolymenettel közlekedik. Pajzsmirigy valamivel nagyobb, halikraszerű. Lép kicsiny, vérszegény, állományában néhány kendermag egész borsónyi sajtos csomócska. Vesék kicsinyek, tömöttek, halványak, felületükön néhány halvány petty, mely az állományba folytatódik. Gümök ki nem vehetők. Amyloidreactio nincs. Vesemedencze belövelt, loborok kissé vérdúsak.

Máj nagy, zsiros fakó reczézettel. Fodormirigyek közül egyesek egész galambtojásnyiak, sajtosan ellágyultak. A többi hasüri és medenczeüri szervben eltérés nem találtatott.

Diagnosis. *Ulcera serophulotica cutis sub parotidealia et axillaria. Tyrosis glandularum jugularium, retroperitonealium, mediastinalium, cervicalium, axillarium et mesaraicarum. Caverna ad locum glandularum interbronchialium cum perforatione oesophagi et bronchii dextri; gangraena et bronchopneumonia deglutatoria; diabrosis rami superioris arteriae pulmonalis dextrae cum haemorrhagia. Tuberculosis lienis chronica. Hepar adiposum. Atrophia, anaemia universalis.*

Ezen esetnél¹⁾ a bárzsingátfurodás volt hihetőleg az elsődleges; a roncsoló folyamat valószínűleg az interbronchialis mirigypamatból indult ki, erre mutat a bárzsingfekély alávajoltsága és azon körülmény, hogy a sipolyment a bárzsing felé tágságában apad. A bárzsing felé való átfurodás után bejutott ételrészecskék eves bomlást és a lobnak tovaterjedését okozták, így jött létre a nagyfokú hörgátfurodás, a bomló eves anyag így a hörgbe jutván a belégzések által különböző tüdőrészekbe jutott és okozta a nyelési lobos góczokat. Végül egy a tüdőgyökben levő ily üszkös gócz, nagyobb mérvben terjedvén, a tüdőútér felső ágának kimarodását okozta és így magyarázható a halált megelőző vérhányás, s az egyén gyors pusztulása és a halál.

Az utolsó eset, mely az eddig leirtaktól némileg eltér, s mely a 2-ik eset azok közül, melyeket értekezésem elején említettem, a következő:

¹⁾ Ezen eset egyike azoknak, melyekről értekezésem elején említést tettem.

Benedek Áron 22 éves, tanítóképezdei növendék, fivére értesítése szerint már 6 évvel ezelőtt mint tanuló tébolyban szenvedett és a kolozsvári megfigyelő osztályba küldetett, hol jobban lett és egy évi pihenés után a kolozsvári tanítóképezdébe jött tanulmányainak folytatására. Mint tanuló szorgalmas és igyekvő volt, de szorgalmának megfelelő eredményt gyenge értelmiképessége miatt felmutatni nem tudott. Utóbbi idő alatt gyakran szenvedett fejfájásban, és már kis korától fennálló sajátságos nézése még fokozódott, t. i. a tárgyak rögzítése alkalmával fejét félre (az oldal nines meg határozva) fordította és akaratlan tagadó mozgásokat tett (nystagmus miatt?). 1884 szeptember havában mellfájdalmak léptek fel nála, s azóta fennjáró beteg volt egész szeptember 28-ig, a midőn fokozódó fejfájása miatt kénytelen volt lefeküdni és a kolozsvári Károlina-kórház közosztályára vétette fel magát.

Az osztályorvos állítása szerint a meningitis basilaris tünetei voltak nála és ezen kórismével kezeltetett november 3-ikáig, a midőn a lethalis kimenetel bekövetkezett. November 5-én bonczvizsgálat alá kerülvén, róla a következő bonczjegyzőkönyv vétetett fel.

2040 bjk. Benedek Áron 22 éves, képezdei növendék.

Külvizsgálat: Középtermetű, középszerűen táplált, izmos férfihulla, bőre általában halvány, hátán és oldalain összefolyó szederjes hullafoltokkal borított. Haja gesztenyeszinű, szemei csukottak; köthártya halvány, láták egyenletesen középszerűen tágultak. Száj félig nyitott, ajkak halványak. Állkapocs alig mozgatható. Nyak részarányos, mellkas kissé ellapult; de elég széles. Altest meghuzodott, bőre főleg a bal felhastájon zöldesen elszinesedett. Nemzőrészek petyhüdtek; borék bőre vörhenyes, rajta néhány hámhorszolás. Végtagok meredtek. Külsértésnek semmi nyoma.

Belvizsgálat. Fejbőr középvértartalmú, koponyaboltozat részarányos, külső felületén itt ott néhány felszivódási gödröcske. A koponyaesontok általában vékonyak, mérsékelt esontbélartalmúak. Keményburok könnyen levonható, közép vértartalmú, hosszanti öbleiben kevés folyékony vér. A jobb agyfélteke elődomborodik s a mellső részleten széle a közepen túl nyulván, a bal féltekét elnyomja. A második homlokkanyarulatán a sulcus centralis előtt mintegy 6 c. m.-nyire huszas terjedelemben az agy szürkésen elszinesedett, s ezen

résznek megfelelőleg a gyrus szélesebb. A lágyburok kivéve az említett helyet, könnyen levonható, ott azonban erősebben odatapadt. Bal félteke kanyarulatai laposra nyomottak. Oldalgyomrokban kevés, alig vörhenyes savó. Gyomorbélés kissé lágy. Edényfonatok közép vértartalmúak. Agy általában elég tömött, középvértartalmú. Az említett helynek megfelelőleg haránt irányban 4-, nyil irányban 4. 5-, függőleges irányban 3. 5 cm. átmérőjű helyen sűrű zöldes sárga, záptojásszagú gennyel telt ür van, melynek falát elég tömött, edénydús, sima sarjszövet képezi; ezen rétegen túl 1—2 cm. távolságig az agy rendkívül lágy, részben kocsonyásan rezgő, szennyes fehéres sárgás áttűnő. Ezen ellágyulási udvar a jobb csikolt test mellső széléig és a jobb oldalgyomor faláig terjed; oldalt a centralis ároktól 3 cm.-nyire aláfelé az agy szürke állományáig-, ki és felfelé pedig a lágyburokig terjed. A központi dúczok és előfal eltérést nem mutatnak. Agyacs, Varóhíd és nyultagy valamivel vérszegényebbek.

Bőralatti kötőszövet zsirszegény, izomzat barnavörös, tömött. Torkolati visszerekben kevés folyékony vér. Rekeszállás jobb oldalt a 4-ik borda alsó széléig terjed. Szívurokban 50 gr.-nyi tiszta savó. Szív félig összehuzodott, középnagy, külső felületén hátul néhány piros vérömlés, izomzata tömött, ürében kevés vér és rostonyaalvadék, billentyűi épek, edények belfelülete sima. Bal tüdő kellően összehuzodott, szivacstapintatú, csak hátul kissé vérdúsabb; hörgőkben kevés nyák, nyákhártya középvértartalmú. Hörgömirigyek kicsinyek, halványak. Jobb tüdő szálagosan odanőtt, hátul savósan beszűrődve lószörpárnatapintatú. Hörgők fehér tajtékat tartalmaznak, nyákhártyájuk közép vértartalmú. A hörgöszlász közötti mirigyamat megnagyobbodott és a környezetéhez nőtt, részint mészpép, részint sajtos anyaggá alakult át, felső részében pedig sűrű, gennyel telt üresét mutat, mely balra mélyen benyulik és kutasszal átjárható nyíláson át a bal főhörgőbe fakad. Függső sima. Légsőben habzó tajték. Gége, torok, bárzsing középvértartalmú. Mandolák kissé nagyok, egyik tüsszőben régi fakó dugasz. Pajzsmirigy,

lép eltérést nem mutatnak. Vesék vérdúsak, a bal kettős ureterrel bir. A többi hasüri és medenceüri szervekben eltérés nem mutatkozik.

Diagnosis. Abscessus chronicus cerebri in lobo frontali dextro cum emollitione in periferia ejus et cum compressione cerebri. Degeneratio caseosa glandularum interbronchialium cum demarcatione purulenta, perforatio ad bronchum dextrum. Oedema pulmonum. Sanguis liquida. Echymoses in corde. Hyperaemia hepatitis et renum. Ureter duplex sinister.

Itt az idült agytályog okozta a halált, melynek eredete, miután sem előrement sértés, sem tovaterjedés ki nem mutatható, metastasisra vezetendő vissza; metastasis pedig a leirt genyedő interbronchialis mirigyből jöhetett létre és ez annál is valószínűbb, mert a göcsői vizsgálatnál kitűnt, hogy a frissen vett agytályog és az ellágyult hörgümirigy bennékében ugyanolyan alakú, 2—3-an lánczáz rendezett micrococcusok voltak találhatóak, melyek a methyliképfestést vették fel legjobban.

Az anamnesisben fel van említve, hogy a benczolt egyénnek ez előtt 6 évvel örvényes rohamai voltak, az agytályog mindenesetre régi, de fennállási ideje meg nem határozható, — hogy volt-e valami összefüggés az elmebaj és az agytályog között, biztosan kimutatni nem lehet.

Röviden egybefoglalva a mondottakat utalok arra, hogy az interbronchialis mirigyek sokszor igen fontos szerepet játszanak, mert gyakori megbetegedésnek lévén kitéve:

I. A környezetre nyomást, vöngálást gyakorolnak, s azokban sorvot, tönkremenést, helyzetváltozást (diverticulum) okoznak s így közvetlenül vagy közvetve súlyos tüneteket, sőt halált okozhatnak.

II. A bennök levő elfajulási és lobfolyamat átfürodáshoz vezethet és ez által súlyos, sőt halálos kimenetelű, genyes szívburok-, vagy mellhártyalobot indíthat.

III. Lobgóczokként szerepélvén alkalmat adnak átrakodási lobok keletkezésére és esetleg általános infectiora vezethetnek (Tuberculosis).

Ezekből kifolyólag szereplésök a betegágnál számba veendő, de főleg a bonczasztalon figyelemmel vizsgálandó a hörgmirigyek állapota, hogy a belőlük kiinduló kóros elváltozásból az általános kórfolyamatot feltárjuk és helyesen értelmezzük.
