ros viszonyban áll. Hol az összrendezetlenség nagy fokú volt: ott az érintés jelzése is később következett be.

E viszony nem csak a különböző betegek összehasonlításánál tünt ki, hanem egyugyanazon beteg különböző testrészének vizsgálatánál is. Így Liers, Gruendemann, Voss K. és Wiedemann-nál az arczon semmi mozgási összrendezetlenség nem volt kimutatható; a kézen az összrendezetlenség csak kis fokú, míg a lábon járási képtelenségig fokozódott volt. Ezzel párhuzamosan az arczon jelzési elkésés *nem* volt, a kézen már az kétségtelen, a lábon pedig egyes esetekben (Liers) az elkésés egészen 3 másodperczet tett ki.

Ezen vizsgálatok, illetőleg az általok elért eredmények két sarkalatos kérdésre adtak feleletet, melyeket elméletem felállításánál kelle magam elé tűznöm. Kimutatható-e mindig a mozgási összrendezetlenségnél az érintés jelzésének elkésése, és van-e határozott arány az összrendezetlenség és a jelzési elkésés — vezetési lassulás — közt?

Az első kérdésre teljes biztossággal feleltek a vizsgálatok igennel; mert egyetlen összrendezetlen mozgással biró betegnél sem hiányzott a vezetési elkésés; mert oly betegeknél, kiknél például csak a lábakon volt az összrendezetlenség kifejezve, a jelzési elkésés is csak ott mutatkozott.

A második kérdésre adott felelet — ámbár első tekintetre — szintén határozottan igenlő; e kérdést eldöntöttnek — épen a vizsgálatok aránylag csekély száma miatt — nem tekinthetem. Itt a felelet tehát csak feltételesen igenlő.

A táblázatból és az abban foglalt megjegyzésekből ugyan eléggé kitünik, hogy a jelzési elkésés és összrendezetlenség meglehetősen párhuzamosan haladnak; de e viszonyt absolut értékkel azért nem merném még most felruházni, mert például Hermann-nál igen nagy fokú összrendezetlenség mellett nem találtam oly nagy jelzési elkésést, mint a csak a lábon atacticus Liersnél. Épen ez az oka a fennebbi mellett, hogy e viszonyra nézve határozottan nem merek még nyilatkozni.

Az elmondottakon kívül még egy további, igen érdekes észleletem az, hogy azon esetekben, melyekben érzés-hiányt, vagy — csökkenést (jelzési elkésésen kívül) nem voltam képes kimutatni, az összrendezetlenség zárt szemnél sem fokozódott. Erre a legfényesebb példát ismét *Hermann* beteg nő nyujtotta, ki elébb teljesen egészséges volt, három év előtt egy elesés után, minek következtében nyakszirtjén erős ütést szenvedett, fejlett ki nála igen gyorsan az általános összrendezetlenség.

E nő a legcsekélyebb érintést — bár elkésve — a legpontosabban jelezte. A tűhegy és — fokkali érintést sohasem tévesztette el helyesen jelezni. Hőfokot ép ember tökélyével különböztetett meg. A legkisebb nyomási többletet pontosan megérezte. És e nő, daczára mind ezen aránylagos tökélynek, a mozgási összrendezetlenség igen magas fokát tüntette elő. Az összrendezetlenség fokára a szemek nyitott vagy zárt tartása semminemű befolyással nem volt!

Ezen észlelet igen fontos volt reám nézve; mert jelzett értekezésemben kiemeltem, hogy az összrendezetlenség zárt szemnél csak akkor fokozódik, ha érzés-

vezetési elkésés mellett érzési csökkenés (anaesthesia vagy hypaesthesia) van jelen. Itt e kimondásom a legfényesebb bizonyítékot nyerte.

Végül szabadjon még felemlítenem, hogy Lipcsében való utazásom alkalmával részben Wagner tnr. úr, részben segédje Strumpell tr. úr szóbeli közleménye folytán egy betegre lettem figyelmessé téve, kinél teljes érzéstelenség volt jelen és a ki ennek daczára minden mozgást a leghelyesebben vitt ki mindaddig, míg a mozgásokat szemeivel ellenőrizhette. E teljesen érzéstelen betegnél egyik legmeglepőbb tünet az volt, hogy ha valamely előbb be nem tanult mozgás kivitelénél a beteg szemei hirtelen befogattak: a végtag a szemelzárás pillanatában elfoglalt helyzetét tartotta meg anélkül, hogy a czélzott mozgást tovább folytatta volna és néhány ingás után saját súlyánál fogva hanyatlott alá. Erről a beteg mit sem tudott és később csodálkozva nézte végtagjának néha egészen természetellenes helyzetét.

Ez esetben nem vitethetett ki viszgálat az érzés vezetés milyensége felett; miután a teljesen érzéstelen bőrterületeken ilyen vizsgálatok kiviteléről természetszerüleg szó sem lehetett.

Ha még is felemlítettem: oka abban rejlik, hogy a Hermann nőbetegen észlelt tiszta érzésvezetési elkéséssel szembe állítva, összrendezetlenségi elméletem megszilárdítására használjam fel.

Vizsgálataim eredménye röviden összevonva következő:

1. Mozgási összrendezetlenségnél — az általam észlelt esetekben — érzés-vezetési elkésés volt *mindig jelen.*

2. Az összrendezetlenség foka a legnagyobb valószínűséggel egyenes arányban áll az érzés-vezetési lassulással. (Sőt ha a bántalom oka a gerinczagyban székel, csaknem bizonyosnak merném ezt állítani.)

Budapest, 1879. junius hó.

A dysphagia lusoria, s annak boncztani okáról.

Közli Pertik Ottó tr. v. egyetemi tanársegéd.

(Vége).

II.

Az alaktani viszonyok méltatása után áttérvén most tárgyam gyakorlati jelentőségére, itt mindenekelőtt előre kell bocsátanom, hogy e tekintetben specialis esetemen kívül figyelembe jő az eltérések azon összes csoportozata, midőn egyik, vagy másik kulcscsontütér a függérívnek azon felső végtaggal ellentétes oldalán ered, melyet utóbb ellát.

Tehát két eset lehetséges: *vagy* a jobb subclavia ered a bal mögött, azaz az ívnek legkörnyibb pontján, s innét tart az ellenkező oldalra, a mely lehetőség többnemű alakban elég gyakori, (*Hyrtl* szerint állítólag 2%); *vagy* a bal kulcscsontütér a legkörnyiebben eredő (azaz a jobb mögött), a minek ismét több módosúlata van, melyeknek azonban csak kis része párosul az egész ív jobb oldali helyzetével.

Megegyeznek azonban mindez esetek a rendellenes kulcscsontüterek befutásának helyrajzi viszonyai tekintetében; azok t. i. vagy a légcső, s a közös fejüterek között [a mi legritkább, milyenek a *Walter és Hunauld* észleletei], vagy a légcső és a bárzsing, vagy az utóbbi s a gerinczoszlop között tartanak az ellenkező oldalra. Leggyakoribb s legfontosabb e két utóbbi lehetőség.

Hogy első sorban — bár mindenesetre igen ritkán — a *műtőt* meglepheti e rendellenesség, mutatja *Liston*-nak a „Lancet“ 1839-diki folyamában közzé tett esete, a hol az anonyma szándékba vett alákötésénél az ív első ága a jobb carotis volt, míg a bal-mögött eredő jobb subclaviát, mely a légcső mögött kanyarodott jobbra, külön kényszerült lekötni.

A jobb subclaviának legkörnyibb, tehát a bal mögötti eredésében vélte továbbá *Hyrtl a sutaság boncztani okát meglelni.* Érvelése az, hogy miután a bal subclavia a szívhez közelebb ered, a systole befolyása rajta inkább fog érvényesülni; a benne uralgó oldalnyomás, tehát capacitása, s így vérmennyisége is nagyobb lesz, mint a jobbé; a végkövetkezés ilykép a bal felső végtag bővebb tápláltatása, tehát izomzatának túlsúlya.

Miután *Oehl pávíai tanár* két ismert suta egyénnek ily nekroscopicus leletét közli, mikhez Hyrtl situs inversus két esetét csatolja, hol szintén sutaság forgott fenn: nincs jogunk kételkedni e tényekben; mindazonáltal statisticára alkalmas nagyobb számú esetek volnának a véletlen biztos kizárhatására szükségesek. Megjegyezhetném még, ha ugyan ily csekély dolgokban az eléggé divatosnak látszó prioritás kérdése figyelembe jöhet, hogy e kérdésben az *Murray-t* illeti meg, a ki még Anthenrieth előtt a svéd tud. akadémia 1768. kiadványaiban utalt a rendellenesség s a jobb felső végtag gyengébb volta közötti oki összefüggésre.

A rendellenességek fennebb jelzett *összes* csoportozatának, melyben valamelyik kulcscsontütér a légcső s bárzsing, vagy ez s a gerinczoszlop között fut az ellenkező oldalra, utolsó és annak idejében elég zajt keltett gyakorlati jelentősége azon *nyelési nehézség,* melyet az állítólag előidézhet, s melyet *Bayford*[1]) a londoni orvosi társaság 1789-diki kiadványaiban említ a „*dysphagia lusoria*“ neve alatt először.

Bayford esete egy 61 éves asszoyt illet, ki kora gyermeksége óta szenvedett nyelési nehézségben, mely az ivarérettség időszakában, s itt ismét minden erősebb mozgás után, még inkább súlyosbodott úgy, hogy az asszony 20 éven át napjában csak egyszer vett táplálékot magához. A nyelési akadályt beteg a szegycsontmarkolat alsó széle magasságának megfelelőleg irta le, a mi tehát a bárzsing, s a rendellenes edény kereszteződési helyének elég pontosan felelne meg; e helyig érve az étkek ki nem hányattak, hanem itt egy ideig megakadni látszottak, mi alatt beteg a legnagyobbfokú aggály, dyspnoe s szívdobogástól lepetett meg. Beteg Bayford szerint végre inanitióban húnyt el. A bonczvizsgálat a jobb kulcscsontütérnek baloldali eredése- s a lég és étcső közötti lefutásán kívül egyéb rendellenességet nem mutatott légyen.

E közleményre következő 17 év alatt négy más ily eset tétetett közzé *Monro, Walter, Hulme s Plonquet*-től, ki a bajt *Dyskatabrosis angioloca*“-*nak* keresztelte el.

Csak töredékesen ismerem e közleményeket; de sikerült Mihalkovics tnr. úr szivességéből *Anthenrieth*-nek[2]) 1807-ben e tárgyról irt terjedelmesebb értekezését kezeimhez kapni, kinek nevével e tárgy azóta igen kapcsolatos.

Ebben három eset alapján a dysphagia lusoriát a következő tünetcsoportozat által biztosan kórismérhetőnek mondja, a mikből egyébkint kiderül, hogy lehetőnek egyedül a jobb kulcscsontütérnek baloldali eredését tételezi fel. A jelzett tünetek ezek:

1) heves szívdobogás és fuldoklási érzés minden nyelési kísérletnél; mit a lefelé haladó falatnak a subclaviára gyakorolt nyomásából s az ez által okozott pangásból vezet le, melynek átterjedését a jobb szív s kis vérkörre nagy határozottsággal meri kimondani.

2) a jobb orsóütér-hullámnak kisebb volta viszonyítva a balhoz, mint az ütérre ható külnyomás, s a vér hosszabb útjának következése.

3) a jobb kar izomzatának gyengébb fejlődöttsége a bal karéhoz képest.

4) a nehéz nyelés időszakossága és görcsös jellege; levezetve a különben meg nem vizsgált idegfonatoknak feltételezett vongálása és nyomatásából.

5) a tünetek súlyosbodása az első havi vérzésnél, sőt annak minden egyes rendes visszatérésénél; levezetve a mellkasi szerveknek ez alkalmakkor szerinte fellépő congestiv vérbőségéből.

6) a bárzsing-szükület jeleinek hiányzása.

Anthenr. után *Fleischmann*[1]) közöl esetet, hol a bonczvizsgálat a szóbanforgó rendellenességet, de a kórtünetek dysphagiát nem mutattak. Szerinte azért dysph. ez edényrendellenesség folytán egyátalán létre nem jöhet.

Utóbb Anthenrieth nagyhírű tanítványa *Schönlein,* ki ily esetet nem észlelt, tett e tárgyra vonatkozó aprioristicus észrevételt, mely szerint e rendellenes edénynek csak a bárzsing és gerinczoszlop közötti lefutása mellett várható nyelési zav r, míg ha az a bárzsing és légcső között terjed tova, ilyen létre nem jöhet, miután az ütér mell-, v. i. a légcső hártyás része felé térhet ki a falat elől.

Végre *Ernst Frandsen* az utolsó, ki a dysph. lusoriát Kielben 1854-ben megjelent felavató értekezésében irodalmilag bővebben tárgyalja. Betegét kórodailag fél éven át észlelte, kinél a megejtett hullavizsgálat a jobb subclaviának legkörnyibb eredését balra tartó iránnyal a bárzsing mögött mutatta ki. Észleletei alapján tagadja, hogy jelzett edényrendellenesség a szóbanforgó kórt előidézhetné, helyette azonban egy hosszú hypotheticus fejtegetéssel kimutatni törekszik, hogy az a bal szív jelen volt túlgengésének okozója. „A tények, úgymond, a dolgoknak csupán ez összefüggését engedik meg“. Hogy mást is megengednek, azt a mellékelt bonczjegyzőkönyv mutatja, hol a felényire zsugorodott mindkét vesének szemcsés felülete, erősen összenőtt heges tokja stb. nagy pontossággal van leírva. Figyelemre méltó azonban, hogy szerző a jobb orsó ütérhullám könyen érzékelhető kisebb voltát a balénál ismételten constatáltnak mondja, de annak a nyelés alatti magatartása meg nem vizsgáltatott, miután arra a figyelem nyelési nehézségek hiányában felhíva nem volt; bár szerző véleménye szerint nagy falat nyelésekor a megfelelő orsó ütérhullám kimaradása a kórismét megállapíthatta volna.

S ha most végezetül t. O. Egyl.! bírálólag visszapillantunk az iménti irodalmi szemlére, az első, mi benne szemre áll, a tények hézagossága.

Sehol a kérdéses ütér s a bárzsing érintkezési pontjának bonczviszonyai pontosan le nem írvák; sehol a bárzsing falának ez edényrendellenesség — okozta netáni szervi elváltozásai — tudtommal egy eset kivételével — fel nem említvék.

S ha másrészt figyelembe vesszük, hogy Schönlein észlelet nélkül pusztán áll aprioristicus véleményével, hogy Fleischmann, Frandsen s a „Journal de médecine“ nehány Antenriethtel egykorú névtelen czikke a szóbanforgó kórkép ellen nyilatkozik: tulajdonképen csak Bayford és Anthenrieth-nek részletesen, Monro, Walter, s Plonquet nek részemről csak kevéssé ismert tényei maradnak vissza.

Anthenr-nek azon 3 esete azonban, a melyekből a vázolt, meglehetősen kikerekített kórképet construálta, közelebbről vizsgálva elégtelen tényleges alapnak bizonyodik.

Azok elsejében a dysphagiát azért veszi fel, mert az illető 61 éves nő életének utolsó nyolcz napjában erősen állította, hogy pálinkánál egyebet nyelni nem tud; de ezt jól nyelte;

[1]) Memoirs of the medic. society of London. Vol. II. 1709. (másod kézből).

[2]) Reil-Anthenrieth's Archiv. V. Bd.

[1]) Abhandl. d. phys. med. Societ. zu Erlangen. Bd. II. 1812.

a másodikban azért, mert a szóbanforgó edényrendellenességet egy igen elsoványodott egyén hullájában találta, aki azért szerinte bizonyosan dysphagia okozta inanitióban húnyt el;

harmadik esetét csak kórodailag észlelte, s az egyén Auth. értekezésének megjelenése után még élt.

Ő tehát lényegileg Bayford-ra támaszkodik s analogia alapján érvel.

A második pont, melyről meg kell emlékeznünk, Antenrieth egyénisége. Ugyanazon értekezésének t. i., melyben az említett kórképet vázolja, egész első felében a nevezett edényrendellenesség képződési törvényeit egy mai napság megfoghatatlan, mert tisztán speculativ elmélettel fejti meg. Ha olvassuk e fejtegetéseket, concrét esetben látjuk magunk előtt *Schelling* természetbölcseletének minden árnyoldalát, nevezetesen a subjectiv és objectiv általa felállított absolut azonosságának minden ferde következéseit. Ez iskolának egyik utolsó epigonja volt Anthenrieth, a ki — mint iratai mutatják — részben már a tények talaján áll, de azért ezekkel még mindig egyenjoguaknak tartja azon phantasticus cons ructiókat, melyeket ez iskola kevés szerénységgel s az ember szellemi erejének túlbecslésével emelt, hogy azokba a természetet belekényszerítse. Megengedtem magamnak ezen, tán nem egész helyén levő kitérést azért, mert világot vet Anth.-nek azon eljárására, melyet esetünkben követett. Ő t. i. a tények hézagosságát a speculatió valószínű és kevésbé fáradságos eredményeivel egészíti ki.

S így nincs mit csodálnunk, ha látjuk, hogy a dysph. lusoria említett kórképet ő utána senki teljesen nem constatálta, s hogy e tárgyra vonatkozó közlemények épen a legújabb és exactabb korban, — ahol hullavizsgálattal ellenőrzött oly sokszoros beteg megfigyelés történik folytonosan — majdnem egy csapással megszakadnak.

De azt fogja mondani talán a t. egyesület, hogy előadásom a dysph. lusoria kórtüneteit illetőleg inkább az emlékbeszéd jellegével bír felette. Ez eset fenn nem forog; mert még mindig valószínűséggel bír Bayford esete, constatált tény marad Frandsen szerint a jobb orsóütér hullámnak ez edényrendellenesség-okozta (állandó?) kisebb volta a balénál, s biztosan meg nem cáfolhatók maradnak Walter, Monro, Plonquet részemről csak tökéletlenül ismert esetei.

Nem érzem hivatva magamat a kórodai dolgokról itéletet mondani, s a t. egyesület bizonyára nem várja tőlem, hogy aprioristicus valószínűségi fejtegetésekbe bocsátkozzam; egyebet pedig annál kevésbé tehetnék, mert esetem kórelőzményeit illető lépéseim teljesen eredménytelenek maradtak. Az egyén önkívületi állapotban vétetett fel a kórházba, hol 24 órára meghalt. A tények alapján azonban joggal vélem megjegyezhetni, hogy mindazon esetekben, — s ezek nem a közönségesek! — hol a tárgyalt edényrendellenesség a bárzsing falában érzékelhető helybeli elváltozást szül, hol e két képlet egymáshoz szokatlanul tömött kötszövet által van tűzve: a kórtünet felmerülése nem lehetetlen. Ilyen pl. Patruban tnr-nak a rendellenesség milyenségének tekintetében az enyimmel egyező esete, hol a ligament. aorticum (sorvadt Botall-vezeték) a bárzsing hátsó bal részletét annyira strangulálta, hogy ott egy helybeli izomsorvadásos barázda s a felette fekvő izomrétegek compensatoricus túltengése létesült.

De ez esetnek kórelőzménye szintén ismeretlen.

Így tehát a bonczvizsgálatokkal ellenőrzött pontos kórodai észlelés vég-döntőszavának még mindig fenn lehet tartva súlya e tárgyban.

Budapesten, 1878. december hó 31-kén.

A terheseknél fellépő nehézkórról (eclampsia) és heveny húgyvérűségről (uraemia).

Fischer Adolf tr. és műtőtől Budapesten.

(Folytatás.)

Osborne[1]) az eclamptikus görcsöket urämikus hevenyded pókhálóagykérlobból, s az agy nyomásából (arachnitis subacuta) származó tüneteknek declarálta, ámbár nem könyű belátni, miként vezetne az agykér könyűd, vagy tetemesebb megvastagodása, vagy netaláni beszüremkedése húgyvérűségen alapuló nehézkóros görcsökhöz. Ha már az agyra történő nyomást fel is vehetnénk, a tünetek mégis mások mint az ily folyamattal szövődött húgyvérűségnél előfordúlni szoktak.

A harmadik csoportra vonatkozó nézet az idegrendszer bántalmazottságán alapszik, mely úgy értelmezhető, hogy bizonyos befolyások által az agyban székelő gátlóközpont (Hemmungscentrum) tevékenységében korlátoltatik vagy végképen megakadályoztatik. E nézet mellett Wernich, Uspenszky, Nothnagel, részleg Scanzoni, Spiegelberg s Virchow állanak.

Scanzoni[2]) ugyanis a szülészek közül első volt, ki már említett nézetei mellett még az idegrendszer bántalmazottságára is fektetett súlyt, az ú. n. visszidegzési törvényre, melynek következtében nehézkóros görcsök váltathatnak ki. Ő megjegyzi, hogy ezen görcsök maguknak könyen törhetnek utat, ha valamely vesebaj-okozta vérvegy hat az idegekre. De ebből kitünik, hogy Scanzoni az idegbántalmazottságot hajlandó volt másodlagos kórtünetnek tartani.

Wernich[3]) hajlandó az eclampsia létrejöttét a Brown-Séquard s Westphal-féle kísérletekre visszavinni. Ő e tekintetben egyebek közt egy nyilatkozik: „Zur Herstellung einer Analogie erübrigt noch das Auffinden einer epileptogenen Zone", s ezen zona szerinte az újabb kutatások s közlések nyomán nem egyes testrészletekre van szorítva, hanem a legkülönbözőbb testrészeken keresendő.

Egyébként lehetséges az is, hogy az ivarszervek oly környi idegkerületekkel birnak, melyeknek izgatása a már különben is alterált edénymozgató (vasomotor) és görcsközpontokat (Krampfcentrum) tevékenységre készti.

Hecker[4]) erre vonatkozólag megemlékszik egy eclamptikus rohamokban szenvedő nőről, kinél a nagy szeméremajkak bemetszése új nehézkóros rohamokra szolgáltatott okot.

Spiegelberg megjegyzi szülészetében: „nem valószínűtlen, hogy a méhből eredő s a vesék idegfonatára visszaható befolyások a vesék edényeinek hosszan tartó görcsét okozzák, s így vérkeringési zavarokat okozván, eclamptikus rohamokat szülnek. Ezen befolyás egyidejüleg érheti az agy edényeit is, mi által agy- és vesevérszegénység támad.

Hogy ezen ideges elváltozás a méhből indúl ki s reflectorice a splanchnikusban lefutó agy- s veseedényidegekre káros ingerrel hat be, sem nem nehéz élettani úton megfejteni, sem nem szól ellene a kórodai tapasztalat; mert mint gyakran meggyőződhetünk, a szülfájdalmak, s görcsök közt mintegy oki összefüggés mutatható ki." (e. m. 561. l.)

De már a régibb szülészek is észlelték, hogy a szülfájdalmak alkalmával eclamptikus görcsök léptek fel, s e tekintetben leginkább Kiwisch túlzott, állítván, hogy eclamptikus görcsök szülfájdalmak nélkül sohasem lépnek fel.

Ha ez sok esetben igaz is, azért még sem állítható fel axiomának, mivel az ellenkező elég gyakran tapasztaltatik.

Ellenben tapasztalati tény, hogy a görcsös rohamok után csakhamar szülfájdalmak állnak be, melyek annál inkább szolgálhatnak oki mozzanatúl a görcsök előidézésére, ha a szülés kezdete húgyvérűségen alapszik. Ez Spiegelberg véleménye. Utóbbi gyakran meggyőződhetett a görcsök fellépéséről, ha a méh, a szülep kihajtása vagy vajudások létrehozása végett, összenyomatott. Spiegelberg látott eseteket, melyekben az egész kórfolyamat alatt fehérnyevizelés nem mutatkozott, sőt még csak nyomát sem lehete

[1]) Beiträge zu der Lehre von der Urämie, von Dr. Sigm. Oppler in Berlin. Archiv für pathol. Anatomie nnd Physiologie. B. 21. S. 202. 1861.
[2]) e. m.
[3]) Zur Ätiologie eclamptiformer Anfälle. Berlin. klin. Wochenschr. 1872. S. 505.
[4]) Klinik der Geburtskde. B. II. S. 161.