BUDAPEST, 1888. 2. SZ. JANUÁR 8.

ELŐFIZETÉSI ÁR: helyben és vidéken egész évre 10 frt, fél évre 5 frt. A közlemények és fizetések bérmentesitendők.
HIRDETÉSEKÉRT soronkint 15 o. é. kr.

MEGJELEN MINDEN VASÁRNAP.
Megrendelhető minden kir. postahivatalnál, a szerkesztőségnél nádor-utcza 13. szám, Kilián Frigyes és Grill Richárd könyvkereskedésében.

ORVOSI HETILAP.

HONI S KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

HARMINCZKETTEDIK ÉVFOLYAM.

Felelős szerkesztő és tulajdonos **Markusovszky Lajos** tr. Főmunkatárs **Balogh Kálmán** tanár.

TARTALOM: *Pertik Ottó* tnr. Új adat a gyomortágulások kóroktanához. — *Torday Ferencz* tr. Az angolkór lényege és gyógyitása. (Folytatás.) — *Elischer Gyula* tnr. Az »Erzsébet-kórház« nőgyógyászati osztályának kimutatása $188^4/_5$—1886. évekről. (Folytatás.) — *Breiner Adolf* tr. Tetanus traumaticus gyógyult esetei. — *Könyvismertetés.* Handbuch der allgemeinen chirurgischen Pathologie und Therapie in 40 Vorlesungen von Dr. A. Landerer. — Die Scrofulose, ihre Pathologie und allgemeine Therapie. Von Dr. O. Kanzler. — *Lapszemle.* Periostitis albuminosa. — A nyelv gümőkórja. — Chloroform- és aether-altatás. — A chloroform-altatás halálos utókövetkezményeiről. — Bujakóros vérömlenyek újszülötteknél.

TÁRCZA: *Heti szemle.* Országos közegészségi egyesület. — Gyógyszerészsegédi vizsgáló bizottságok. — A közegészségi statistikának kiterjesztése a fogászatra. — Budapesti önkéntes mentőegyesület. — Vegyesek. — Felszólítás. — Előfizetési felhivás az »Orvosi Hetilap« 1888. évfolyamára. — Pályázatok.

Új adat a gyomortágulások kóroktanához.[1])

PERTIK OTTÓ tr. egyetemi magántanártól.

Ha megkisértjük a gyomortágulások oki mozzanatairól szerzett ismereteinket általános tételbe összefoglalni, úgy *Leube*, *Penzoldt* és *Eichhorst*-tal körülbelül azt kell mondanunk, hogy: a gyomor kitágulásának feltételei mindannyiszor megadvák, a mikor a gyomorbennék élettani irányú eltávolítására szolgáló erők elégtelenekké lettek.

Eltekintve azon ritka esetektől, hol vagy maga a gyomortágulás *(Andral)* vagy az azt előidéző ok (stenosis pylori *Pauli*) veleszületett, a gyomorbeli izomerő ilynemű insufficientiája fellép vagy azért, mert I. *a gyomorkimeneten szokatlan akadályok tornyosodtak* fel; vagy mert II. *a gyomor izomereje nagyobb-kisebb fokban aláhanyatlott;* vagy mert III. *a továbbitandó bennék* pl. nagy evőknél *szokatlanul nagy tömegességű.*

E három csoportba osztható okok részletezése helyett legyen elég csupán azok legfőbbjeinek nomenclaturájára utalni.

Az *első csoportot* illetőleg ismeretes, hogy a gyomorbennék kilépésének akadályai közül legközönségesebb a szűkülés, melyet vagy kerek fekélyek okozta hegek, rákos (scirrhoticus) zsugor, a pylorusbeli izomzat vagy nyákhártya túltengése, esetleg nyákhártyahabarczok vagy a pylorustáji nyákhártyából kiinduló daganatok okoznak, mihez a mondott tájra gyakorolt nyomás útján még jobboldali vándorvese, a máj, omentum, pancreasfej vagy haránt remese szomszédos részeiben ülő daganatok járulnak.

Tudvalevő továbbá — s ez az okok mondott *második csoportját* illeti, — hogy a gyomor izomrétege helybeli vagy általános okokból betegedhetik meg, a mi a gyomorcsuk teljes átjárhatósága mellett is tágulásra vezethet. Ily helybeli okok közül pl. az idült gyomorhurut, kiterjedt fekélyedés, a muscularis rákos beszűrődése vagy előidézett vongálás útján hashártyabeli adhaesiók, az általános okok közül a vérszegénység, a tüdővész, a hagymáz, bizonyos agyi s gerinczagyi bántalmak stb. említendők fel, szóval oly kóros viszonyok, melyek a szervezetet kimerítik s az izomzsongot csökkentik.

[1]) Idegen nyelven kivonat vagy közlés joga fenntartatik.

Végre az okok *harmadik csoportjára* vonatkozólag kiemelendő, hogy a gyomron idült tágulás lép fel akkor is, ha izomzatától túlságos erőkifejtés tartósan igényeltetik. Ide tartoznak különösen a nagy evőknél, növényevőknél, diabeticusoknál észlelhető gyomortágulások, a melyek magyarázatául *Kussmaul*[1]) s vele *Jakobi*[2]) a pylorusnak résszerű keskenyedését, előidézve a nagymennyiségű bennék okozta vongálás által, veszi fel, míg *Penzoldt*[3]) helyesen jegyzi meg, hogy keletkezésmódjuk tulajdonképen olyan mint a pylorus-szűkülésnél, mert tényleg a pylorus relativ szűkülésének viszonyai forognak fenn, azaz a normalis terjedelmű nyilás a gyomorbennék nagy tömegéhez viszonyítva aránylag szűk.

A gyomortágulások okaira e nehány szóval azért utaltam, hogy adatom helyét az adott keretben eleve megjelölhessem. Tartozik az az első csoportba, csakhogy az akadály nem a pyloruson, hanem a duodenumban székel; tapasztalásszerűleg pedig duodenumbeli akadályok (hegek, dagok) a pylorus-szűkülés hatásával egészen egyenértékűek.

A boncztani viszonyok észlelt esetemben, mely 45 éves férfit illet, ki traumaticus eredetű genyes agyhártyalobban múlt ki, *következők voltak:*

A gyomor kis fokban tágult, nagy hajlása a köldök alatt állt; a nyákhártyaredők, mint az gyomortágulásnál tudvalevőleg közönséges, teljesen elsimultak, eltűntek; a gyomorfalzat általában, tehát az izomréteg is, mindenütt vékonyodott. Miután *Henle*[4]) szerint a telt gyomor legnagyobb haránt átmérője 26 és 30 cm. között váltakozik, átmetszetének függélyes átmérője a fundus és test határán 8—10 cm. s ez a pylorus felé harmadfél cm.-re sülyed; s mert másrészt esetünkben, hol a gyomor felmetszett állapotban hosszasabban alcoholban feküdt, a jelzett három méret 28 : 15 : 4 cm.: látható, hogy a tágulás főleg függélyes irányban és, mint az a kezdetszakaszokban közönséges, különösen a fundusban érvényesült. Megjegyzendő azonban, hogy most — azaz a feszülésnek a felmetszés okozta megszünése s az alcohol zsugorító hatá-

[1]) Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. VI. pg. 470.
[2]) Berlin. klin. Wochenschr. 1872. Nr. 38.
[3]) Die Magenerweiterung. Erlangen 1875. pg. 26.
[4]) Splanchnologie pg. 180.

sának érvényesülése után — a gyomron a tágulás azon foka, melyet a tetemben felmetszés előtt mutatott, korántsem látszik.

A duodenum egész felső harántága s részben függélyes részének egy szakasza, a valvula pyloritól számítva mintegy 12 cm. hosszúságban, szintén tágult. E részletben t. i. a nyákhártyaredőknek, melyek a felső harántágban tudvalevőleg élettanilag is hiányzanak, semmi nyoma sincs; az egész falzat feltűnően vékonyodott s a felmetszett bél szélessége (peripheriája) e területen belül 12—13 cm.-nyi, míg azon alul csak 8—9 cm.-nyi.

A tágult doudenalis részlet alsó határát egy 8 cm. hosszú, körülbelül 3 cm. átmérőjű kesztyűujjszerű s vakon végződő zacskónak széles rés alakjában tátongó nyilása képezi.

E zacskónak úgy külső mint belső színe nyákhártyából áll, azaz falzatát nyákhártya duplicatura képezi, melynek lemezei laza kötszövet vékony rétege által egyesítvék.

A zacskó hátsó felének belső színe egyenesen a duodenum tágult részletének hátsó falába folytatódik, míg a zacskó hátsó felének külső színe a már nem tágult és nyákhártyaredőkkel ellátott duodenum hátsó falába folytatódik s pedig erősebben fejlett submucosus kötszövetréteg által vastagodottnak látszó Kerkring-féle nyákhártyaredő közvetítésével.

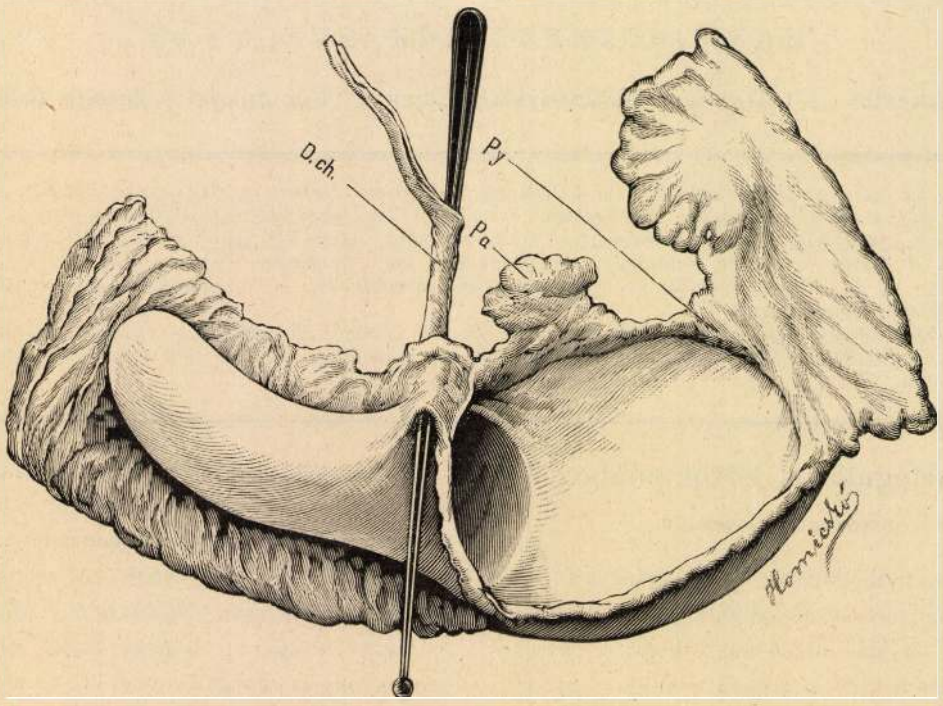
A zacskó mellső felének mindkét nyákhártya-lemeze szabad nyákhártyaszéllel megy át egymásba. Ezen szél a zacskó nyilásának szabad ajkát képezi s jobbra-balra Kerkring-féle nyákhártyaredő maradványába megy át. A zacskó nyilásának hátsó felét, mint már jelezve lett, nem szabad szél, hanem maga a tágult duodenumrészlet hátsó fala képezi. Nevezetes, hogy a szabad ajk közepe táján nyilik a közös epevezeték.

Látható ezen leírásból, hogy a gyomorból jövő bennék egy részének mindenekelőtt e zacskóba kellett jutnia, mert szabad szélének kiemelt magatartása s nevezetesen a hátsó zacskófél belszínének közvetlen folytatása miatt a duodenum hátsó falának nyákhártyájába annak nyilása a gyomor felé többé-kevésbé tátongva tekint.

Épen ez úton van megadva a gyomorbennék keringési akadálya, a mint az a zacskószerű nyákhártyagurdély (diverticulum) szájadéka felett fekvő duodenalis részlet már jelzett tágulásán kivül legjobban kiviláglik abból, hogy közvetlenül e szájadék alatt mutatkozik a Kerkring-féle nyákhártyaredők elseje, s hogy ugyanitt a bél vékonyodással járó tágulásának jóformán egy csapással vége szakad.

A boncztani magatartás ezen vázolása után a *nyákhártyagurdély genesisének, keletkezésmódjának kérdése* merül fel.

Tény értelmezésénél, a milyen most szóban forog, józan tárgyilagosság, mely lehetőleg ismert más tényekre támaszkodik s minden erőszakolástól távol marad, lesz szem előtt tartandó.



Az ábra magyarázata: *Py* = pylorus, *Pa* = pankreas maradék, *D. ch.* = duct. choledochus. A többi a szövegből érthető.

Az előtérbe kerülő első kérdés tekintetében: — nem világra hozott bántalommal, veleszületett anomaliával van-e dolgunk? — a fejlődéstan semmi támpontot sem nyujt, ha csak valamely Kerkring-féle nyákhártyaredőnek erőteljesebb fejlettségében anomaliát látni nem akarunk.

A második lehetőség mellett, hogy egyik Kerkring-féle redőnek billentyűszerű átalakulásával van dolgunk, — (s itt a felvétel, hogy e redő már eleve túlerős fejlettségű volt, csak az önkényes segédhypothesis szerepét játszhatja) — szólanak a zacskó falzatának rétegeiről s azok viszonyáról a duodenumbeli nyákhártyaredőkhöz elmondottak, nevezetesen azon átmenet is, melylyel a zacskó szabad széle szomszédos, azaz vele egy síkban fekvő nyákhártyaredő-maradványba folytatódik. Ezen tények alapján e második felfogás felé hajlunk, mely esetben a zacskó fejlődésének első időszakában a nagy edények félholdképű billentyűinek alakját utánozta; ez pedig a beléje jutó chymus által mindjobban tágítva, végre a keztyűujjszerű vak zacskó alakját érte el. Boncztani tény arra is nyujtana támpontot, hogy e nyákhártya-billentyű miért lett egy bizonyos ponton túl mindinkább mélyebb s nem egyszerűen szélesebb. A Kerkring-féle redőknek u. i. mint tudva van, csak csekély része teljesen gyűrűalakú, míg legtöbbjük a bél körzetének csak harmad részére vagy felére terjednek, melyek között még rövidebbek is találhatók.

Végre azon tény, hogy a közös epevezeték a zacskó nyilásának mellső szabad szélén (ajkán) és nem a hátsó falon nyilik, tisztán látszik szólani a mellett: 1. hogy a zacskó nem fejlődhetett azon nyákhártyaléczből, mely a choledochus szájadékát környező papilla vagy caruncula alatt mint ú. n. frenulum carunculae nem állandóan található; 2. hogy nem képződhetett az ú. n. diverticulum Vateri-ből sem. Ezen gurdély alatt t. i. mint azt *Haller* »in disputationibus anatomicis« kifejti, *Vater* a nyákhártya alatt fekvő ampullaszerű kis öblöt ért, melybe a ductus choledochus és pancreaticus beszájadzanak, s mely a papillának körülöltése s alákötése után a choledochuson át belövelt anyag által tágul s belőle retrograd irányban a ductus pancreaticus is megtelik.

Mindezen tények tehát nemcsak a mellett szólanak, hogy közönséges duodenalis nyákhártyaredőnek átalakulásával van dolgunk, hanem a mellett is, hogy e redő a choledochus normalis beszájadzásának niveaujában vagy hozzá igen közel feküdt.

Még tovább menni s azon kérdést feszegetni: mi volt azon mechanikai hatány, mely a nyákhártyaredőnek ez átalakulását okozta? annyi volna, mint a tiszta speculatiók terére lépni, a mitől óvakodunk. Kiemelendő, hogy epekövek ilynemű oki mozzanatkint kizárhatók; ilyenek a tetemben nem találtattak s hiányoztak előrement cholelithiasisra valló egyéb elváltozások is, mint pl. a nagy epeutak tágult volta, epehólyagbeli nyákhártyahegek stb.

Az előidéző hatány tekintetében minden formulázott véleménytől tartózkodva, a tények egészben oda nyilatkoznak, hogy a duodenum legfelsőbb részletének s magának a gyomornak tágulását egyik duodenalis nyákhártyaredőnek — minden valószinűség szerint szerzett — billentyű- vagy zacskószerű átalakulása okozta, oly tény, mely a gyomortágulások kóroktanát új adattal gazdagítja, milyenről az irodalom eddigelé meg nem emlékezik. Vele távolról rokonságos észrevételt *Penzoldt*[1]) szerint e század elején *Chambon de Montaux*-nál találni, ki a gyomorbennék keringési akadályaként a pylorus *előtt* élesen kiemelkedő *gyomorbeli* nyákhártyacsíkokról tesz említést.

Az angolkór lényege és gyógyítása.

Torday Ferencz tr. magántanártól.

(Folytatás.)

A *végtagok angolkórját* kezdetben jó ideig csupán a nagyobb érzékenység és fájdalom jelezik; a fájdalom fokozódik a megfogásnál, a végtagok activ és passiv mozgatásainál, ezért a gyermekek kevésbé mozgatják végtagjaikat, mintegy tunyákká, kedvetlenekké válnak; később fogy az izomerő is, fokozódnak a fájdalmak a csonthártyában, csontrészeken és az izületekben, mi által a gyermekek a mozgásokra vagy épen járásra képtelenek lesznek; fogy a bőralatti zsírpárna, fokozódik a köztakaró halvány színe, előtűnnek a megvastagodások a hosszú csontok végein, meggörbülnek a csonttestek, ellazulnak az izületek szálagai.

A *csontduzzanatok* legelőbb és legerősebben jelentkeznek az alsó kar csontjainak alsó végein, a hol legélénkebb a hosszirányban növekedés, míg az a felső végeken sokkal lanyhább (*Kölliker, Wagner, Ollier*) és csak keveset járul a növekedéshez.

A *csonttestek meggörbülései* vagy épen megtörései homorú oldallal legtöbbször befelé a hajlító izmoknak megfelelőleg már az angolkór előrehaladt nagy fokát jelentik. Itt is előljárnak az alsó kar csontjai a hajlító és borító izmok túlerős hatása következtében, mihez járul később még a test felső részének megtámasztása is. Az orsócsont rendesen erősebben meggörbül mint a singcsont.

Az alsó végtagokon a lábszár csontjainak meggörbüléséhez már legnagyobb tényező a test súlya; de a sípcsont sokszor már előbb meggörbül, mintsem a test súlyjával reánehezednék; a mi *Heubner* szerint csakis úgy magyarázható meg, hogy itt a görbülésre határozott befolyással van az izomzat tevékenysége is, kiváltképen a hajlítóké, mely izmok a magzatkorban rövidebbek, és csak később érik el rendes hosszúságukat, miért is újszülötteknél a teljes nyújtás a térdizületben majdnem lehetetlen. *Kassowitz* a lábszár görbületeit egyenesen már a magzatkorban támadtaknak tartja; *Baginszky* (Rhachitis. Tübingen 1882) egészen ellenkezőleg az angolkóros meggörbülés keletkezését kizárólag a járástanulásnak tudja be. *Jenner* (Drei Vorlesungen über die Rhachitis. Journ. f. Kinderk. Bd. 35, 1860), úgyszintén *Parker* egyátalában kizárják az izomactiót, hivatkozván az izmok petyhüdt, zsongtalan állapotára.

A czombcsont görbülései csak az angolkór későbbi, előrehaladott szakában támadnak, és többnyire a test egyenes tartásának kierőszakolása által hozatnak létre; azonban alig vonható kétségbe, hogy a görbülésnek kezdete itt is már korábban bevezettetik az izmok hatása alatt, és pedig a hajlítók, s talán részben az adductorok túlságos ereje által.

A *hosszú csontok infractióit* illetőleg a nézetek eltérők. *Virchow* (Das normale Knochenwachsthum und die rhachitische Störung d. letzteren. Archiv Bd. 5, 1853) szerint valamennyi görbülés valódi infractiókra vezetendő vissza. Hasonló nézetben vannak *Ritter v. Ritterhain* (Pathol. und Ther. d. Rhachitis. Berlin 1863) és *Schütz* (Die Rhachitis bei Hunden. Virchow Archiv Bd. 46, 1870). Nem osztják ezen nézetet *Rokitansky* és még inkább *Volkmann* (Rhachitis und Osteomalacie. Pitha und Billroth's Handb. d. spec. Chirurgie. Bd. 2, 1863). *Kassowitz*

[1]) l. c. pg. 15. Penzoldt itt csak Voigtel-t idézi, l. Voigtel Pathol. Anat. Bd. II. pg. 452.

szerint ritka a valódi infractio, de előjöhet; akkor azonban a csonthártya nincs megsérülve. Az élőben nehéz a valódi angolkóros csonttörés kórismézése, mivel a crepitatiók egyáltalában hiányoznak. Igen ritka a pseudoarthrosis is.

Angolkórnál az *izületek* is szenvednek a lobos folyamat alatt; így a szálagok veszítenek szövetük szivósságából, kevésbé képesek ellenállni a feszüléseknek, a mellett meg is hosszabbodnak; a porczok lágyabbak lesznek, jobban megduzzadnak; ezért akadályozva lesz a mozgás az izületekben, megváltozik a tagrészek rendes iránya is. *Mikulitz* az izületek deformitásait az izületek porczos és csontos részeinek valóságos eltorzulásai által látja megadva. *Kassowitz* szerint különösen az epiphysisek mindinkább fokozódó ferde állása képezi alapját az izületi alaktalanságoknak és a tengely szögállásainak; állítja, hogy az izületek deformitásai nem kifolyásai a növekedési folyamat egyenlő fokozódásának, hanem egyedül a megpuhult porcz- és csontréteg összenyomatásának és elhajlásának, a mihez járulnak még az összenyomatásból eredő alakmegváltozások is. Angolkórnál a perichondrium is bőven el van látva véredényekkel, míg normalis állapotban aránylag kevés véredénynyel bír. *Kassowitz* a megkésett felállás, járás okait főleg az izületek szálagainak, szálagos és porczos tokjainak lobos bántalmaira, a lob által támasztott élénk fájdalmakra — különösen a tapadási helyeken — vezeti vissza.

Hogy állásnál, járásnál és egyáltalában tagmozgásoknál a fájdalom jelen van és fokozódik: kétségbe nem vonható; de a tapasztalás nem igazolja azt, hogy angolkórnál az állandó és rögzített fájdalom székhelyei kiváltképen és fő részben az izületek volnának, mert a fokozott érzékenység, esetleg fájdalom elterjed valamennyi angolkóros csontra; azok megfogására, sőt már egyszerű gyengéd tapintására is a gyermekek összerezzennek, élénk sírásba törnek ki, vagy legalább az érintett testrész elrántásával és a kellemetlen érzést elárulló arczeltorzulással jelzik a rendesnél nagyobb érzékenységet. A fájdalom főrésze nagy valószinűséggel a vérdús csonthártyában létezik, miként azt már *Trousseau* is felvette.

Különben mozgásoknál a fokozott fájdalmat felemlíti már *Stiebel* (Virchow, Handb. d. spec. Path. und Ther. Bd.; 1, 1853) a nélkül, hogy a fájdalom székhelyét megjelölné. *Ritter* a fájdalmat kevésre becsüli, és a megkésett járási képesség okát a rosszabb táplálkozási viszonyok folytán fennálló izomsorvadásra vezeti vissza. *Senator* (Ziemssen spec. Path. und Ther. Bd. 13, 1875) angolkóros gyermekek felállásánál, járásánál csakis a félénkséget emeli ki; azonban eldöntetlenül hagyja, hogy mi képezi a félelem okát? valjon a fájdalom, avagy talán a gyengeség érzete. *Bouchut* és *Steiner* az állandó fájdalmat a csontokban vették fel, fokozódással már megfogásra is.

A test támasztó készülékeinek, a végtagok csontjainak angolkórja az állandó általános túlérzékenységen, fájdalmon kivül főleg a test mozgató szerveinek, a rajtuk megtapadó akaratlagos izmoknak minimumra csökkent működése által válik egyik lényeges tényezőjévé az összbetegségnek. Ugyanis az izmok nagy fokra leszállított tevékenysége, részben hosszú időn át teljes tétlenségre jutása kell, hogy káros behatással legyen első sorban magára az izomrostok táplálkozására, de azzal kapcsolatosan a test egész vértömegének tovamozdítására, tehát a vérkeringésre; a minek egyenes kifolyása lesz helybelileg az izmok gyengülése, részben sorvadása; általános kihatása pedig az egész véroszlop fogyatékos élenyülése, a vérszegénység fokozódása; annyival is inkább, mert az akaratlagos izmok rendes élettani működésének ki nem használása előbb-utóbb maga után vonja a tápcsatorna fogyatékos működését úgy az emésztő, mint a ki- és elválasztási folyamatot illetőleg.

Előadottakból eléggé kitűnik az, hogy *az angolkór kórodai fejtegetések alapján nem tekinthető tisztán helybeli bántalomnak, nem is egyedül a csontrendszer betegségének* (*Kassowitz*), *hanem általános, az egész testet lefoglaló olyan kóralaknak, mely megindulásában, lefolyásában és belterjességében esetről esetre nagy változatosságot mutat, olyat mint bármely más általános, idült lefolyást követő, táplálkozási zavaron alapuló betegség.*

Láttuk, hogy az angolkór kezdeti kórszakát jellegző tünetek egyenkint is, de kiváltképen összességükben az egész szervezet megtámadtatásáról tanúskodnak; hogy a későbbi szakokban is a