

AZ
ORVOSI HETILAP
TUDOMÁNYOS KÖZLEMÉNYEI.
— KÜLÖNLENYOMAT. —

IV- — LXVI. ÉVFOLYAM. 34—37. SZÁM. —

Közlemény a kolozsvári magyar tudományegyetem sebészeti klinikájáról.

Az ulcus jejuni pepticumról.

Írta:

Vidakovits Kamill dr.,

egyet. cz. rk. tanár.

BUDAPEST 1920

PÁPAI ERNŐ MŰINTÉZETE VI., SZERECSEN-UTCZA 65

Alig ismerünk sebészeti beavatkozást, mely eredményével a beteget és az orvost egyaránt közvetlenül oly nagy örömmel és meglepéssel tudja eltölteni, mint a gyomor és duodenalis fekély, illetve pylorus-szűkület miatt sikeresen végzett gastroenteroanastomosis. Az addig minden életörömtől megfosztott, táplálkozni nem tudó és a legnagyobb kínok mellett lassan pusztuló beteg e műtét szerencsés kiállása esetén szinte egy csapással újra visszaadatik az életnek és örömeinek, és ezzel mint munkaképes egyén a társadalomnak is. Ezrei és ezrei e szerencsétleneknek, kikre a legszomorúbb sors várt, menttettek meg szenvedéseiktől, mióta *Wölfler* 1881-ben a gastroenterostomia szerencsés gondolatával megajándékozta az emberiséget. Ámde nincs öröm öröm nélkül. Minden nagyobb anyaggal rendelkező sebésznek nem egy ízben nagy szomorúságára tapasztalnia kellett, hogy gastroenterostomizált betegének a legbiztatóbb és legörvendetesebb módon helyreálló egészségében előbb vagy utóbb megint súlyos zavar állott be oly tünetek mellett, a minőket már eredeti bántalma is okozott. Ma tudjuk, hogy az állapot rosszrafordulásának az oka újabb fekély, mely nem a gyomorban, nem a duodenumban, hanem a jejunumban keletkezett. Sajnosan kell tapasztalnunk, hogy e szövődmény fejlődhet minden gastroenterostomia után, de nagy örömeinkre és nagy szerencséjére a betegeknek mégis csak nagy ritkán találkoznak vele.

Az ulcus jejuni ismerete nem régi keletű, a vele foglalkozó irodalom még alig húszéves. Eltekintve azon elszigetelten álló közleménytől, mely a múlt század közepén 1861-ben

jelent meg *Wagner* tollából, az ulcus jejuni igazi méltánylásban csak 1899 óta *Braun* első részletes leírása után részesült. Azóta számos casuistikai közlemény mellett a sebészek legjelesebbjeitől is több dolgozat jelent meg e betegségről, úgy hogy az ulcus jejunival foglalkozó irodalom ma már tekintélyes köteté nőtt meg.

Figyelmessé tétetvén *Braun* dolgozatával e kórképre, a sebészek és kutatók nagy buzgósággal láttak hozzá e betegség tanulmányozásához, mely különös jelentőséget nyert azáltal, hogy a fekély képződésének összefüggése a gastroenterostomia műtétjével kétségtelen beigazolást nyert. Ezen áldásos, nagyjelentőségű és rendkívül gyakori alkalmazásra szert tett műtét tekintélyének megóvása érdekében ki kellett deríteni, hogy mennyiben, mimódon és miáltal járul hozzá e műtét a fekély keletkezéséhez. E kérdés feltétlen megoldást követelt. Klinikai megfigyelések és kísérleti tanulmányok alapján sikerült is rövid idő alatt ismereteinket annyira gazdagítani, hogy ma már sok tekintetben tiszta fogalmaink vannak az ulcus jejuni kórképéről. Bármily nagy haladást mutat is azonban az elmúlt húsz év kitartó munkája, kimerítve a kérdés távolról sincs még. Különösen két tekintetben hiányosak még ismereteink, és pedig a baj aetiológiájának és terápiájának tekintetében. Ismerjük a fekély lényegét, mely azonos a gyomor- és duodenalis fekélylyel, ettől csak megjelenésének körülményei által különbözvén; ismerjük a kóroktanban szereplő tényezők egy részét, azoknak fontosságát; de éppen olyan kevéssé ismerjük a fekély létrejövetelének végo-kát, mint a hogyan egyáltalán nem ismerjük a gyomor vagy duodenalis fekélyét sem. Tudjuk, hogy mindig a gyomorbélszájadékkészítés műtétje után fejlődik, de nem tudjuk még, hogy melyik az a momentum, a mely az egyik esetben kiváltja a fekélyt, máskor meg nem, holott sokszor teljesen hasonló viszonyok, a gyomor ugyanazon secretionalis és működésbeli viszonyai mellett, ugyanazon technikával végezzük a műtétet. Éppen így vetődnek fel kérdések a terapia szempontjából is, melyekre ezidőszert még nem tudunk határozott feleletet adni. Bár aziránt alig van kétség, hogy a terápiának sebészinek kell lennie, mégis adódnak esetek, melyekben a sebészi beavatkozás nem látszik célszerűnek: ilyenek például azok az esetek, melyekben a fekély a hasfallal és a szomszéd szervekkel kiterjedten összenőtt, ezek az úgynevezett lobos tumoros esetek. Ezeknek műtéve oly nehéz és olyan veszélyes lehet, hogy szívesebben kíséreljük meg a műtét nélküli terápiát. Ide sorolhatjuk például azon eseteket, melyek diagnostikailag nem tisztázhatók eléggé;

továbbá azon eseteket, melyek nem okoznak olyan súlyos tüneteket, hogy miattuk a beteg maga követelné a műtétet. Ime, csak néhány eset, melyekben a követendő eljárás tekintetében határozott megállapodás még nem jött létre.

Mindeme kérdések tisztázása céljából a sebészre és egyáltalában az orvosra még nagy munka vár, melyből részét kivenni mindenkinek kötelessége, a ki gyakorlati sebészettel foglalkozik. E feladatnak megfelelőünk elsősorban azzal, ha minden kezünk ügyébe eső beteget pontos tanulmányunk tárgyává teszünk, főleg a még homályos kérdések szempontjából, melyeknek megoldásától várható csak, hogy e súlyos, az életet is a legnagyobb mértékben veszélyeztető baj megelőzésének és gyökeres gyógyításának titka kideríthető legyen.

Jelen dolgozatomban is ezt a célt véltem szolgálni, midőn saját tapasztalataimról számolok be. A részletkérdések könnyebb megértése céljából szükségesnek láttam a betegségről szerzett eddigi általános ismereteinket röviden vázolni.

Megelőzőleg eseteink rövid kórtörténetét közlöm.

I. eset. T. M., 27 éves napszámos. Felvételét 1907 május hó 1.-én.

A kórelőzményben az örökölhetőség tulajdonságával bíró betegséggel nem találkozunk. Állítólag már 10—12 éves kora óta gyomorbeteg; baja mintegy 3—4 évenként újul ki és 4—5 hétig tart. Ilyenkor erős gyomortáji fájdalmakat érez, széke csak 4—5 naponként van. Baja utolsó kiújulásáig nem hányt. Felvétele előtt félévvel lett ismét rosszul, fájdalmai azóta igen intensívek lettek, sokat hány. Úgy érzi, mintha a gyomorban lévő étel okozná a kellemetlenségeket, ezért mesterségesen idézi elő a hányást azáltal, hogy ujját a garatjába dugja. Hányás után megkönnyebbül. Most is állandóan székszorulásban szenved.

Status praesens: Jól fejlett, lesóványodott beteg. A tüdők, valamint a szív részéről eltérés nem állapítható meg. Pulsusa kissé szabályos. Nyelve bevont, nyelése szabad, torka eltérést nem mutat.

Hasa rendes terjedelmű. Gyomra táján időnként a gyomor alakját utánzó peristaltikás összehúzódások láthatók és válthatók ki. A gyomor alsó határa körülbelül másfél ujjnyira a köldök alatt van. Ütögetésre a gyomor felett locschanás hallható. A has alsó részében, különösen baloldalt, az ujj alatt eltűnő diónyi göbök (skybala) érezhetők. A köldöktől jobbra homályos resistentia tapintható. Máj- és léptompulat normalis. Vizeletben idegen alkotórészek nem mutathatók ki.

A próbareggeli után nyert gyomortartalom vizsgálata a következő eredményt adja: Összaciditas 52, szabad sósav 38, tejsav nem találtatott.

Kórjelzés: *Ulcus pepticum ventriculi cum stenosi pylori.*

I. műtét 1907 június 5.-én. Műtő: Makara tanár. A műtétkor igen tág gyomor találatott, a pylorus hegesen megszűkült. Gastroenterostomia antecolica anterior végeztetik Braun-féle anastomosis nélkül.

A műtét után több ízben, több napon keresztül nagyfokú vérhányás jelentkezett, a mi a beteg kihever. Gyógyultan, panaszok nélkül távozik 1907 július 6.-án. Testsúlya 50 kg.

Másfél évig jól van, meghízott, ereje visszatért. 1909 január havában ismét kezd hányni, eleinte kétnaponként, majd naponként, legutolszó időben pedig napjában kétszer is: rendszeren esténként. Ismét nagyon lesoványodott. Gyomorfájdalmak nincsenek.

Újra felvétetik 1909 június 5.-én. Testsúlya 49 kg.

Status praesens: Gyomor alsó határa egy ujjal a köldök alatt, kifejezett gyomorperistaltica. A gyomormosásokról négy nappal azelőtt elfogyasztott ételmaradékok találtak a gyomorban.

II. műtét 1909 június 10.-én. Műtő: Makara tanár. A műtét alkalmával a következő status találtatott: A jejunum odavezető kacsá anynyíra tágult, hogy gyomor benyomását kelti, az elvezető kacs rendes tágaságú. A gastroenterostomia nyílása a hüvelykujj hegyét befogadja. Az odavezető kacsból az elvezető kacsba nyúlva, a szájadékkal szemben sarkantyú érezhető.

Végeztetik: Anastomosis az elvezető és odavezető kacs között. (Braun-féle anastomosis.)

A beteg a beavatkozást jól tűrte és panaszok nélkül távozik 1909 június 28.-án.

Ezen műtét után $1\frac{1}{4}$ évig jól érzi magát. 1911 június hó 17.-én újból felvéteti magát azzal a panasszal, hogy három hó óta ismét nagy gyomortáji fájdalmak vannak, sokat hány; hányása epés és nagymennyiségű szokott lenni, sokszor olyan ételeket hány ki, a miket négy nap előtt evett.

Status praesens: Epigastrium tája nyomásra igen érzékeny; locs-csanás a gyomor felett. Élénk gyomorcontractiók. Tumor vagy resistentia a gyomor táján nem érezhető.

Jelenleg az összaciditas 70, szabad sósav 50, tejsav 0.

Röntgen-vizsgálat alkalmával a gyomor alsó határa a köldök alatt két harántujjnyira észlelhető; igen élénk peristaltica; a bismuthpép egy része még 24 óra múlva is a gyomorban látható.

III. műtét 1911 július hó 1.-én. Műtő: Makara tanár. Lelet a laparotomia alkalmával: Összenövések a cseplesz és hasfal között. A gastroenterostomia nyílása alig fogadja be a kisujj hegyét. A Braun-féle anastomosis rendes tágaságú. A gyomorszájadék körül callosus hegek. Egyszerűen új gastroenterostomia a hozzávezető kacs rövidsége miatt nem végezhető, azért reszekáljuk a gyomorbélszájadékokat, a Braun-féle anastomosis meghagyatik. A bél és gyomor nyílásának elvarrása után gastroenterostomia retrocolica posterior.

Megjegyzés: A pylorus felhúzódt, peripyloritis, de szűkület nincsen.

A beteg a beavatkozást jól viselte el, utána jól érzi magát, nem hány. 1911 július 24.-én távozik. Testsúlya 53 kg.

1913 augusztus havában véres székletét miatt újból jelentkezett felvételle. Sem fájdalmakról, sem hányásról ez alkalommal nem panaszkodik. Ulcusdiaeta. Vérése itt léte alatt nincsen. Panaszok nélkül és meghízva távozik. Tíz nap alatt állítólag 5 kg.-ot hízott. (Tévedés!)

$2\frac{1}{2}$ évig jól érzi magát.

1914 február 20.-án újra jelentkezik felvételle azzal a panasszal, hogy mintegy hat hó óta igen heves gyomortáji fájdalmak vannak ismét. Fájdalmak étkezéstől függetlenül jelentkeznek és olyan erősek, hogy csak összekuporodva tud ülni; feküdni, kinyújtózni egyáltalában nem tud. Étvágya azonban nem rossz. A statusa különben a régi. Próbaregeli után összaciditas 30, szabad sósav 25, tejsav 0.

Röntgen-vizsgálat: A gyomor szélesebb, mélyen lenyúlik a köldök alá, rajta élénk contractiók észlelhetők. A bismuthpép nagy része a pyloruson át távozik, a curvatura majoron át (gyomorbélszáj) alig

valami, a kása legnagyobb része a nagy hajlattól balra 3—4 ujjnyira összegyűl és itt 15—20 percz mulva gyermektenyérsnyi árnyék látható, mely állandóan előre és hátrafelé való mozgásokat mutat (tág bélkacs). Az árnyék 24 óra mulva is még ugyanazon magasságban látható, 36 óra mulva 5 koronányi; maga a gyomor 12 óra mulva üres.

A beteg testsúlya 54½ kg.

IV. műtét 1914 márczius hó 13.-án. Műtő: Makara tanár. Lelet: A gyomor előlő falán számos szalagos összenövés. A pylorus nagyfokban szűkült. A gastroenterostomia anterior helyén harántirányú heg (homokóraszerű behúzódás), anélkül azonban, hogy a gyomor lumene meg volna szűkülve. Heges összenövések a gyomor hátulsó fala és az odavezető jejunumkacs között, mely utóbbi erősen tágult, éppúgy zacskószerű tágulást mutat az elvezető kacsnak az anastomosis előtti része is. A Braun-féle anastomosis nagyfokú szűkületet mutat.

A gyomorszájadékkal együtt a környező jejunumot, a Braun-féle anastomosisal együtt, reszekáljuk; az aboralis belet bevarrjuk a gyomorszájadék nyílásába, a régi odavezető kacsot pedig az előbbenivel end to side kapcsolatba hozzuk. Tehát hátulsó Roux-féle gastroenteroanastomosis.

A műtét után a beteg úgylátszik nem sokáig érezte magát jól, mert 1916 május hó 22.-én azzal a panaszszal véteti fel magát újra, hogy mintegy 2 év óta megint igen heves gyomortáji fájdalmai vannak, egy év óta különösen rosszul érzi magát. Fájdalmai kevés kivétellel majdnem egész nap tartanak és az étkezéstől függetlenül jelentkeznek. Fájdalmái szinte tűrhetetlenek most és csak hasonfekve szűnnek némileg, különben állandóan összekuczorodva kénytelen ülni. Csak ritkán hány; széke olykor fekete, mint a tinta. Vért vagy feketét soha nem hányt. Állandó székszorulásban szenved.

Status praesens: Mint utolsó alkalommal. Contractiók nem észlelhetők, epigastrium tája deszkakeményen összehúzódott. Tumor vagy resistentia nem tapintható.

Ítléte alatt székében állandóan vér van. Június 4.-én nagymennyiségű vért hány.

V. műtét 1916 június hó 14.-én. Műtő: Vidakovits dr. Lelet a laparotomia alkalmával: Összenövések a gyomor, cseplesz és hasfal között; ezeknek szétfajtása után kiderül, hogy a gyomor még külön a colon transversummal is össze van növe. A gastroenterostomia helyén kisalmányi tumor, melyhez a colon odanőtt. A gastroenterostomia nyílása alig fogadja be a mutatóujj hegyét. A colon lefejtésekor kiderül, hogy a colon és a gyomor között kis tályog van, mely a lefejtéskor megnyílik. A gyomorbélszájadékot megtapintva kiderül, hogy szélei vastagok, callosusak.

Végeztetik: A gastroenterostomia nyílásának resectiója az oldal-anastomosisal együtt. A jejunumvégek end to end egyesíttetnek, új gastroenterostomia retrocolica posterior. A műtét a jejunum hozzávezető kacsának rövidsége miatt igen nehezen volt kivihető.

Jodoformgázecszik a colonnak fekélylél érintkezett helyére, egyébként réteges hasfalzárás, nyílást hagyva a gázecsk számára.

A készítményen azon a helyen, a hol a colon a gyomorhoz nőtt, 2 cm. hosszú fekély látható a gastroenterostomia gyűrűjében.

A beteg 1916 szeptember hó 7.-én jó közérzet és panaszok nélkül távozott és azóta klinikánkat többé nem kereste fel. Június közepétől távozásáig a beteg szigorú ulcusdiétán tartatott.

2. eset. G. E., 33 éves cipész. Felvétetett 1917 július hó 17.-én. Kórelőzmény: 1915 október hó 26.-án a harcztéren gránátszilánk által megsebesült a gyomra táján, a szilánk állítolag a köldöke felett a

középvonalban hatolt be, kimeneti nyílás nem volt található. A sérülés után azonnal vért hányt. A harctéréről rögtön elszállított Bácsba, a hol 6 nappal a sérülése után megoperáltatott. Sebe gyógyzott, de sem ételrészec nem távoztak rajta, sem epe nem folyt belőle.

A műtét neméről a beteg nem tud felvilágosítást adni. Utána egy évig teljesen jól érezte magát, annyira, hogy újból harctéri szolgálatot teljesíthetett minden panasz nélkül. 1916 október havának valamelyik napján éjjeli támadás alkalmával a fedezék egy gerendájába ütötte meg a hasát olyan erővel, hogy nyomban összeesett a nagy fájdalomtól. Azonnal és nagymennyiségű vért hányt. Azóta állandóan hány, sokszor véreset is és erős gyomortáji fájdalmakban szenved. Utóbbiak állandóan kínozzák, de mégis étkezés után 3—4 órával a legerősebbek, igen hevesek vizivás után. Miattuk kinyújtózkodni nem tud, összekuczorodva kénytelen az éjszakáit tölteni, mert lefeküdni nem tud. Balesete után ilyen keserves állapotban még egy hónapot a fronton töltött, majd kórházba került és 1917 április havában mint rokkant szabadságolt. Fájdalmai az utóbbi időben már tűrhetetlenné váltak, nagy fokban lesoványodott.

Status praesens: Nagyon lesoványodott, anaemiás férfi. Szeme beesett, nyelve száraz. Csont- és izomrendszere ép. Tüdők és vérkeringési szervek rendellenességet nem mutatnak. Vizeletben idegen alkotórészek nem mutathatók ki.

Hasa behűződött, az epigastrium táján a hasfali izomzat keményen összehúzódott, nyomásra érzékeny. A legérzékenyebb pont valamivel a köldök alatt van, resistentia vagy tumor nem tapintható. A gyomor táján időnként a gyomor alakjával bíró contractiók láthatók, ugyanitt loccsanás váltható ki. A gyomor alsó határa a köldök alatt két harántujnyira látható. A máj és a lép határai rendesek. A köldök és kardnyúlvány között hosszanti műtési heg látható.

Kórjelzés: Valószínűleg ulcus jejuni a gastroenterostomia nyílásának megszűkülésével.

Műtét 1917 július hó 17.-én. Műtő: Vidakovits dr. Metszés a régi hegvonalban. A gyomor igen tág, könnyen kiemelhető a hasseben át; a pylorus táján kiterjedt hegesedés, mely a gyomor pyloricus részét körülbelül 3—4 cm. hosszú csövé alakítja át és azt a benyomást kelti, mintha mesterségesen lett volna készítve (pylorusszűkítés!), az sincsen kizárva, hogy a lövésí sérülés következménye. A gyomor elülső falának ezen heges részéről körülbelül három milliméter vastag heges köteg vonul a máj alá, leszorítva a pylorust, melyet ligaturák között kímélünk. A duodenum rendkívül tág. A gyomron gastroenterostomia retrocolica posterior, melynek odavezető kacsja vastagbél módjára kitégült. A gyomorbélszájadék helyén gyermekökölnyi tumor, mely a colonnal összenőtt, az egész daganat a gerincoszlophoz lazán rögzített (a mesenterium nagyfokú zsugorodása következtében). A colón lefejtése után megvizsgálva a gastroenterostomia nyílását, kiderül, hogy az odavezető kacs felől be lehet jutni a gyomorba, ellenben az odavezető kacsba a gyomor felől ujjunkat bedugni nem tudjuk. A heges mesenterium sarkantyú alakjában benyúlik a gyomorbélszájadékba, melynek szélei meg vannak vastagodva, míg maga a nyílás mérsékelten meg van szűkülve. Mivel ezen lelet alapján az ulcus jejuni diagnosisa felett nem lehetett kétség, gyökeres műtetre határozzuk el magunkat, és pedig a gastroenterostomia nyílásának resectiójára az oda- és elvezető kacs egy részével együtt és új gastroenterostoma készítésére. A kivitele ezen tervnek az odavezető kacs rövidsége és a mesenterium heges zsugorodása miatt nagy nehézséggel sikerült csak. Először leválasztjuk a belet a gyomorról, kivágjuk a gyomor heges részét és újból bevarrjuk a gyom-

morsebet; majd reszekáljuk a belet, ennek végeit end to end ismét egyesítjük — ez volt a műtét legnehezebb része — és végül új gastroenterostomia retrocolica posteriort végzünk hosszabb idevezető kacsával.

A beteg a műtétet, mely éppen két óráig tartott, jól kiállotta és azóta jól érzi magát. Ulcusdiaetán él.*

A műtét útján nyert készítményen azt látjuk, hogy a fekély a gastroenterostomia nyílásával szemben a bélnek mesenterialis tapadása helyén van és harántirányban félkör alakúlag majdnem az egész nyálkahártyára kiterjed; körülbelül 3 cm. hosszú és $1\frac{1}{2}$ cm. széles; szélei vastagok, hegesek. A körülötte lefolyt hegesedés a mesenteriumot sarkantyú alakjában a bél lumenébe húzta, a sarkantyú az elvezető kacs felé billentyűszerűen elzárja a kimenetelt a gyomorból.

* * *

I. Az ulcus jejuni fogalma, jelentősége és gyakorisága.

Az ulcus jejuni fogalmának tisztázása céljából a következőket kell előrebocsátani. A gastroenterostomia után a varrások helyén olyan elváltozások jönnek létre, melyek tévesen mint jejunális fekélyek lettek értelmezve: a varrások széleinek heges megvastagodása és a nyílás megszűkülése. Ilyeneket látunk első számú esetünkben majdnem minden műtét után fejlődni. Az ilyen elváltozások sokáig mint jejunális fekélyek szerepeltek és lettek leírva, sok félreértésre és téves magyarázatra adva okot. Ma ezeket élesen megkülönböztetjük az igazi jejunális fekélyektől, úgy hogy ezzel a névvel csakis fekélyt illetünk, vagyis olyant, mely vagy önállóan fejlődik a jejunumban vagy pedig a gastroenterostomia varrásai helyén képződik. Nem számítjuk ide az előbb említett elváltozásokat, akár felismerhetők még a gyulladásos tünetek — lobos infiltratum a nyílás szélein, — akár már nem, vagyis midőn már csak szűk gyűrűt találunk a gastroenterostomia helyén. *Wilkie* éles különbséget tesz a két elváltozás között, bár klinikailag ugyanazt a képet mutatják. *Haberer* szerint az utóbbinak létrejövésében egész más tényezők szerepelnek: így első sorban a pylorus szűk voltának megszűnése, a mi gastroenterostomia után előfordulhat, de főleg a Murphy-gomb alkalmazása után látjuk gyakran a gyomorbélszájadéknak megszűkülését, mert a gomb csak mérsékelten tág nyílás készítését engedi meg. Állításának igaz voltát azzal bizonyítja, hogy egyik esetében, melyet pontosan megvizsgáltatott, a gastroenterostomia megszűkült nyílásának szélein semminemű heges folyamatot nem észlelhetett; azért arra a következtetésre jut, hogy a gastroenterostomia nyílása

* A beteggel 1918 december havában találkoztam újból, utazás közben, véletlenül; ekkor előadta, hogy teljesen jól érzi magát, meghízott, semminemű gyomorpanasza nincs.

lobosodás és fekélyképződés nélkül is megszűkülhet. Ezek után és alapján fel kell tételezni, hogy az esetek egy részében a varrások helyén infectio következtében lobosodás áll be, lobos daganat képződésével, anélkül, azonban, hogy fekély is képződnék. Erre okot szolgáltat valószínűleg a varrásra használt selyemfonál, mely néha hónapok alatt sem tud leválni és ellökődni. Úgy látszik, hogy vannak egyének, akiken minden varrás idővel — előbb-utóbb — ezen elváltozást szenved el, amint ezt az I. sz. betegünk mutatja, úgy hogy arra kell gondolni, hogy ezen egyének különös hajlandósággal bírnak a béltractus laesiói után hypertrophias heg képződésére.

Az *ulcus jejuni pepticum* jelentősége nem annyira gyakoriságában, mint inkább abban rejlik, hogy nagy hajlandósága van egyrészt vérzésre, másrészt pedig áttörésre a szabad hasürbe vagy a szomszédos szervekbe. Különös jelentőséget ad e betegségnek az is, hogy csakis gastroenterostomia után fejlődik, tehát következménye egy igen gyakran végzett sebészi beavatkozásnak; és mivel még nem tudjuk, hogy mennyiben járul hozzá ezen műtét is — talán technikai kivitele által — a fekély képződéséhez, a jejunális ulcus révén a gastroenterostomia kérdésének teljesen új áttanulmányozása vált szükségessé az egyes műtéti változások értékének megállapítása céljából. És ebben rejlik az *ulcus jejuni* egy másik jelentősége.

A mi klinikánkon körülbelül 180 jóindulatú gyomorbántalom miatt végzett gastroenterostomia után két ízben láttunk *ulcus jejunit* (ha az I. sz. esetünkben a II. műtét után észlelt elváltozást is annak vesszük); ez az arányszám megegyezik más szerzők észleleteivel is, v. *Roojen* szerint 939 gastroenterostomiára esik 10 fekély, tehát körülbelül 1%-ban fordul elő.

Férfiakon aránytalanul gyakrabban észlelhető, mint nőkön; a *van Roojen* által összegyűjtött 66 eset közül 52 észleltetett férfin és csak 14 nőn; tehát férfiakon 79%-ban; *Paterson* szerint 78, *Schostak* szerint 91%-ban. E számoknál azonban tekintetbe kell venni, hogy gastroenterostomiát férfiakon egyáltalán sokkal gyakrabban végzünk, mint nőkön, innét a nőkre eső sokkal kisebb szám. A nők tudvalevőleg inkább a gyomorfekély iránt bírnak hajlandósággal, már a duodenalis fekély is sokkal gyakrabban fordul elő férfiakon, mint nőkön. Talán a duodenalis fekélyek iránti nagyobb inclinációja a férfi nemnek az oka annak is, hogy a jejunális fekély is gyakrabban észlelhető férfin. Klinikánkon 31 gyomor- és duodenalis fekély perforációját észleltük (10 év alatt), ezek között csak két nő szerepel,

mindkettő gyomorfekélylyel, míg a férfiak csaknem kivétel nélkül duodenalis fekélylyel bírtak.

Egy másik gyakorlatilag fontos tapasztalat az, hogy az ulcus jejuni a gastroenterostomia különböző válfajai után különböző gyakorisággal fejlődik, gyakrabban az elülső, mint a hátulsó gyomorbélszárkésztések, leggyakrabban a Roux-féle gastroenterostomia után. v. Roojen kimutatásából kiderül, hogy 189 elülső gastroenterostomiára esik 6, 444 hátulsóra pedig 4 jejunalis fekély, vagyis 444 elülsőre 14 fekély. Eszerint az elülső gastroenterostomiára több mint kétszer annyi jejunalis fekély esik. Pontosabb kimutatás készítése azért nem lehetséges, mert az esetek mindenütt csak summarisan vannak említve és nem részletesen, hogy például a Roux-féle műtét után talált fekélyek száma egyáltalában hány ilyen műtét után észleltetett.

v. Roojen következő táblázata is csak ily szempontból értékesíthető, és csak azt mutatja, hogy az egyes műtéti válfajok után egyáltalában hány esetben észleltetett a fekély.

Gastroenterostomia antecol. ant.			29
"	"	és anastomosis	12
"	"	y-formis	10
összesen			51.
" retrocol. post.			22
"	"	és anastomosis	1
"	"	y-formis	3
"	antecol.	"	1
összesen			27
" retrocol. anter.			1

Eszerint az elülső gastroenterostomia után hétszer gyakoribb a fekély, mint a hátulsó után. Hogy az egyes számok hány megfelelő műtét után észleltettek, erre nézve csakis az egyes szerzőknek összstatisztikája adhat felvilágosítást. A táblázatnak ilyen értelmezése mellett például a Roux-féle gastroenterostomia után jelentkezett 13 esetben igen magas számot jelent, mert a műtétnek ezt az alakját általában sokkal kevesebbet gyakorolják, mint a többit, ha ennek dacára még itt is elég magas számot kapunk, ez azt bizonyítja, hogy a Roux-féle műtét után aránytalanul gyakoribb a jejunalis fekély, mint a többi után.

Mi elvileg csakis hátulsó gastroenterostomiát végzünk és csak kivételes esetekben, kényszerítő körülmények hatása alatt fordulunk más műtéti válfajhoz, így az I. sz. esetünkben a műtő a Roux-féle műtétet végezte, és ebben az eset-

ben csakugyan képződött is fekély. Egyébként csak még egy esetben láttunk jejunális fekélyt, ez esetben azonban a gastroenterostomosis nem a mi klinikánkon végeztetett (talán Murphy-gombbal!). Úgy, hogy azt mondhatjuk, hogy mi hátulsó gastroenterostomia után egyáltalában nem láttunk jejunális fekélyt.

II. Az *ulcus jejuni aetiologiája.*

Az *ulcus jejuni pepticum aetiologiájában* igen különböző tényezők játszanak szerepet, ezek között kétségtelenül a sósav, illetve a gyomor emésztőnedve játszsza a főszerepet, mely a gastroenterostomia után oly bélrészeket ér, melyekkel különben csakis az epével és pankreasnedvvel való közömbösíttetése után jut érintkezésbe. Minél távolabb esik a gyomorbélszájadék készítéséhez vett béldarab a gyomortól, annál kisebb a resistenciája a gyomor emésztőnedvével szemben, azért gyakoribb a fekély az elülső gastroenterostomia után, melyhez tudvalevőleg sokkal hosszabb bélkacsot kell használnunk. Épp úgy gyakoribb azon műtéti válfajok után, melyeknél a sósav közömbösítetlenül éri el a belet, tehát főleg a *Roux-féle* műtét után, valamint a *Braun-féle* anastomosissal párosult elülső gastroenterostomia után.

Mindkét tekintetben a mi eseteink különös figyelmet érdemelnek, különösen az I. sz., mely valóságos kísérleti értékekkel bír.

Az I. sz. betegen az első műtét után — gastroenterostomia antecol. ant. *Braun-féle* anastomosis nélkül — nem fejlődik *ulcus jejuni*, dacára annak, hogy nagyfokú hyperaciditás van jelen. A gastroenterostomia nyílása megszűkül, a jejunumban sarkantyú képződik, melynek következtében az odavezető kacs gyomorszerűen kitégüli, vagyis *circulus vitiosus* fejlődik ki. Ezen lelet alapján, különösen a sarkantyú miatt, mégis fel kell vetni a kérdést, vajjon a sarkantyú nem volt-e egy a gyomorszájadékkal szembenfekvő jejunális ulcus következménye? A kérdésre nemmel kell felelnünk, és pedig azért, mert eltekintve attól, hogy a műtéti lap nem emlékezik meg arról, hogy a sarkantyú nagyfokú (vagy egyáltalában) heges megvastagodást mutatott volna, a mi ulcus esetén mindenesetre jelen lett volna, a beteg nem panaszkodott fájdalomról. Már pedig nem gondolható, hogy a gyomorszájadékkal szemben lévő ulcus ilyeneket nem okozott volna. Tapasztalataink azt mutatják, hogy az itt székelő ulcusok igen fájdalmasak. Ezt a tényt mindkét esetünk igazolja, ahol, midőn az ulcust e helyen találtuk, a betegek a legrettenetesebb fájdalomról panaszkodtak, a mi abból magyarázható, hogy a fekély úgy a gyomornedv — mely hyper-

acid volt —, mint az ételrészek mechanikai izgatásának is állandóan és közvetlenül ki van téve. A beteg csak nagy mértékű hányás állott fenn, fájdalmai ellenben nem voltak. A hányások a második műtét után, mely anastomosis készítésében állott az oda- és elvezetőkacs között, megszűntek és a beteg utána 15 hónapig jól érzi magát. Ezen jólléte is amelletts bizonyít, hogy nem lehetett ulcusa, mert különben mégis csak lettek volna valamelyes kellemetlenségei ezen második műtétje után is. Most azonban egyszerre fájdalmakról kezd panaszkodni a beteg, nagyfokú hyperaciditás mellett. A harmadik műtétkor olyan leletre akadunk, mely kétségtelenül ulcus mellett szól. Ugyanis a gastroenterostomia nyílása rendkívül módon meg van szűkülve, szélei callosusak, körülötte kiterjedt összenövések vannak. Ilyen callosus tömeg csakis ulcus után vagy mellett észlelhető. Sajnos, a kórrajzban a műtét után nyert készítmény leírása hiányzik.

A betegség eddigi lefolyásából következik, hogy amíg a gyomornedv epével és pankreasnedvvel együtt haladt át a gyomorbélszájadékon — tehát az első műtét utáni állapotnál —, fekély nem képződött, mert hiszen az egyszerű gastroenterostomia antecol. anteriornál e nedvek először regurgitálnak a gyomorba; de igenis képződött, mikor a Braun-féle anastomosis az epe-pankreasnedvet vagy annak legalább is egy részét továbbította a bélbe anélkül, hogy a gyomorbélszájadékkal érintkezett volna.

Ezen harmadik beavatkozás alkalmával végzett hátulsó gastroenterostomia után a beteg két és fél évig jól érzi magát, csak közben van egyszer véres széke. Tehát ulcusnak kell jelen lennie! Ezen idő elteltével fájdalmakról kezd panaszkodni és ismét rosszul lesz. Az utolsó műtét után két évvel végzett újabb — tehát negyedik — műtét alkalmával kiderül, hogy a gastroenterostomia nyílása ép, ellenben a Braun-féle anastomosis nyílásánál van a passagezavar. Arról nincs említés téve, hogy itt ulcus volna, ellenben kiterjedt összenövések találtak a gyomor hátulsó fala és az oda varrt belek között. Itt is felvethetjük a kérdést, vajjon nem képződött-e most az anastomosisnál fekély? A fájdalmak fekély mellett szólnak, éppúgy az előző vérzés is. Hogy a gyomorbélszájadékban nem volt fekély, azt a műtéti lelet külön kiemeli. A Braun-féle anastomosisnál fennállott akadály oka az összenövésekben is lehetett. Joggal kérdezhetjük tehát, vajjon nem a régi pylorikus fekély okozta e újból az ulcuspanaszokat? Mert hiszen az ulcus gyógyulására nézve a nagyfokú pangás miatt igen kedvezőtlen viszonyok állottak fenn.

Ezen feltevés mellett szól a Röntgen-vizsgálat is, melylyel az találatott, hogy a bismutpép legnagyobb része ismét a

pyloruson át távozik, hogy tehát a gastroenterostomia nem jól működött, hogy a pylorus ismét nagyobb munkát volt kénytelen végezni és így nem volt nyugalomba helyezve Feltevésünk tehát annál inkább jogosult, mert amint a műtét alkalmával kiderült, a pylorus is nagyfokban meg volt szűkülve. Szűk és működő pylorus fekély esetén nagy fájdalmat okozhat. A véres szék nem szól a pylorus ulcusa ellen, mert abban az időben a beteg még egyáltalában nem hányt, azaz az innét eredő vér a bélbe jutott és nem a gyomorba, illetve abból hányás útján kifelé.

Mindezek alapján nem állíthatjuk, hogy a Braun-féle anastomosis nyílását zsugorodó ulcus szűkítette volna meg.

Ez alkalommal olyan gastroenterostomiát végeztek, mely után a beteg panaszai úgyszólván azonnal visszatértek. Amint a műteti jegyzőkönyvből kiderül, *Roux-féle* műtét végeztetett, vagyis az a félesége a gyomorszájadékkészítésnek, mely után a fekélyképződésnek előbb említett káros körülményei leginkább érvényesülnek, midőn a sósav közömbösítetlenül érintkezik a jejunum egy darabjával és midőn a szájadékkészítéshez távoli béldarabot kell használni. Valóban a betegén most igazi ulcustünetek jelentkeznek: rettenetes fájdalmak, melyek úgyszólván állandóan fennállanak és nagyfokú vérhányás, valamint véres székletét is. A két évvel később végzett újabb beavatkozás alkalmával tipusos ulcus jejunit találunk a gastroenterostomia helyén.

Ezen utolsó beavatkozás után az ulcusalán már azonnal a műtét után keletkezett, daczára annak, hogy a gyomorsav viszonyai nem voltak nagyon abnormalisak, összaciditas 30, szabadsósav 25.

Ezen esetünk a kísérlet tanulságának erejével igazolja a mondottak igaz voltát. Bizonyító erejük e tapasztalatoknak annál nagyobb, mert egy és ugyanazon egyénen szereztettek, amikor tehát mindig ugyanazon egyéni viszonyokkal, ugyanazon dispositióval számolhattunk; úgy hogy ezen észlelésekből joggal azt a következtetést vonhatjuk le, hogy a fekélyképződések oka itt — dispositio mellett — csakis a különböző műtetekben, illetve az általuk teremtetett különböző viszonyokban rejlik.

Levonhatjuk ezen megfigyelésekből azt a következtetést is, hogy az ulcus jejuni nem mindig csakis hyperaciditas mellett képződik. Az utolsó műtét után aránylag alacsony sósavértékek mellett leggyorsabban keletkezett az ulcus. Ezzel szemben mikor a sósav igen soknak találtatott, ulcus csak lassan vagy egyáltalában nem fejlődött. Eszerint azt kell hinni, hogy nem szükséges mindig hyperaciditas jelenléte az ulcus kifejlődéséhez, hanem inkább csak az, hogy gyomornedv egyáltalában jelen legyen. Hyperaciditas mellett talán még

gyorsabban képződik a fekély, ha erre egyébként a feltételek meg vannak adva. Klinikai tapasztalataink amellelt szólnak, hogy rendesen sósav túltermelése mellett jön létre a fekély. Hiszen az ulcus jejunit chronikus fekély eseteiben észleljük csak, és csak egyetlen egy esetet ismerünk, amikor anacid gyomor mellett fejlődött fekély a jejunumban, *Lennander* esetében, amelyben carcinoma és nem ulcus ventriculi után képződött. *v. Roojen* szerint 25 eset közül 17-ben hyperaciditas volt jelen.

Az állatkísérletek sem dönthettek teljes bizonyossággal a hyperaciditas jelenlétének feltétlen szükségessége mellett. Hazai szerzők közül *Borszéky* foglalkozott az ulcus jejuni pepticum kísérleti úton való előállításával. E célból 12 kutyán végzett mindenféle gastroenterostomiák, pylorus-szűkítéssel és anélkül, és állatait hónapokon keresztül sósavval etette. Mégis csak egyetlenegy esetben észlelhetett jejunalis fekélyt (az állat a műtét utáni 16. napon perforatio következtében elpusztult).

Katzenstein két esetben látott ulcus jejunit kísérleti állatain, megjegyzendő azonban, hogy mindkét esetében a bél nyálkahártyáját durván sértette és tiszta sósavval étette. Nyilvánvaló, hogy az így keletkezett ulcusokat nem szabad az emberben előfordulókkal azonosnak tekinteni, legalább is nem a létrejövetei viszonyokat illetőleg. Ilyen durva sértés a műtétkor sohasem történik. A többi szerző kísérleti eredményei igen ellentmondók, csak kivételesen találkozunk egy-egy trauma nélkül fejlődött ulcussal, így *Watts* esetében. *Bickel* esetében az epe-pankreas közös vezetéke a bőrbe volt kivezetve.

Az ulcus jejuni kifejlődésében tehát nemcsak a sósavnak jut szerep — ez kiviláglik különben abból is, hogy az esetek egy részében az odavezető kacsban találtatott az ulcus, tehát olyan helyen, ahová a sósav el sem szokott jutni —, hanem valószínűleg más tényezőknek is. Ilyen első sorban az előbbi kísérletekben már említett trauma, a nyálkahártya sérülése. Nagyon valószínűnek látszik, hogy egy a gyomor-emésztéshez nem szokott bélnyálkahártyán lévő sérülés a gyomornedv hatása alatt fekélyyé alakul át. Ezt az aetiologiás momentumot az emberi ulcus jejuni-nál sem lehet elutasítani, mert a műtét alkalmával kisebb-nagyobb trauma mindig éri a belet, különösen a bélfogók alkalmazása által, de kemény ételrészecskék által utólag is sérülhet még a nyálkahártya. Talán a sarkantyúképződés is ilyen a gyomornyílással szemben fekvő nyálkahártyasérülés következménye, kisebbfokú sérülések esetén, amelyeknek helyzeténél fogva a bélrészlet nagyon is ki van téve. Azonban kívülről is érheti a belet trauma.

II. számú esetünkben a külső traumát mint aetiologiás momentumot nem lehet elutasítani. Azt látjuk, hogy a beteg a gastroenterostomia után egy évig teljesen jól érezte magát,

ekkor gyomra táját erősen megüti gerendába. Azonnal vért hány és igen heves fájdalmakat érez; ezen pillanattól kezdve beteg. Nem tehető fel, hogy neki addig lett volna már ulcusa; annak ugyanis a harcztéri rendetlen élet és táplálkozás mellett okvetlenül kellett volna tüneteket okoznia annál is inkább, mert az ulcus, mint a műtét alkalmával látható volt, a gyomor nyílásával szemben foglalt helyet. Azért joggal tehetjük fel, hogy az ütés a gastroenterostomia helyét érve, megsértette a nyálkahártyát, mely sérülés a sósav hatása alatt ulcussá alakult át. Ebből magyarázhatók az azonnali fájdalmak és a későbbiek is. Hogy csakugyan a gyomor vagy bél durvább sérítése jött létre a megütés alkalmával, azt az azonnali vérhányás bizonyítja. Trauma és fekélyképződés olyan gyorsan követte egymást, hogy köztük az ok és okozati viszonyt fel kell venni.

Ezek mellett az okok egész sorát vették még fel. Így *Rotgans*, *Schostak*, *Haberer* és mások a nyálkahártya varrásának nem elég szabatos voltát okolják, mint a fekélyt megindító egyik momentumot. Az előbb elmondottak alapján a varrás hiányossága mellett éppen úgy maradhatnak sebhelyek, mint a traumás sérülések után, ezért arra kell törekednünk, hogy a nyálkahártya egyesítése a legnagyobb pontossággal történjék. *Kocher* egy ízben görcsös alapon fennálló stagnatiót észlelt az egyik kacsban és hajlandó feltételezni, hogy az ulcus kifejlődése e pangás következménye volt. Mások a pankreasnedv és epe hiányából. — a bél egy részében — magyarázzák a fekélyképződést, amint azt *Bickel* már említett esete bizonyítaná, melyben az epe és pankreas vezetéke a bőrbe volt kivarrrva. *v. Roojen* szerint azonban e kísérleteknek nem szabad túlnagy jelentőséget tulajdonítani, mert a papilla Vaterin túl is fordulhat elő duodenalis fekély, tehát közvetlenül az epének a bélbe való ömlése helyén is. Másrészt a jejunum odavezető kacsában is létrejöhet a fekély. Különben is *Katzenstein* kísérleteiből tudjuk, hogy a gastroenterostomia bármely fajtájánál epe mindig regurgitál a gyomorba, tehát epe mindig található minden bélrészletben a gyomorbélszájadékképződés után. Végül *Tiegel* és mások a mesenterialis erek sértését, illetve azoknak sclerosisos voltát okolják mint előidéző tényezőket.

Végül meg kell még emlékeznünk az idegbefolyás szerepéről is az emésztőtractus fekélyes folyamatainak kóroktanában. Azonban ismereteink e téren még olyan szűkösek és ellentmondók, hogy végleges ítéletet ezek alapján nem szabad még mondanunk. Nem fér azonban kétség ahhoz, hogy bizonyos fekélyek létrejövetelében nagy jelentősége van, így elsősorban fiatal chlorotikákon. Ezen rendkívül labilis érbeidegzés alatt álló egyéneken az erek falában beálló tartós görcsös állapot

olyan táplálkozási elváltozásokat okozhat a gyomor falában, mely a fekély kifejlődésének jó talaja lehet. Ugyancsak idegbefolyás következménye ezen egyéneknek hyperaciditása is. Ha e két feltétel találkozik — rosszultáplált gyomorral és hyperaciditas —, könnyen fejlődhetik fekély is. Másképpen áll a dolog a vagusbeidegzés kiesése mellett. Általánosságban ma azt kell mondani, hogy a vagus átmetszése után fekélyek fejlődhetnek a gyomorban. A szerzők egy része pozitív eredményű kísérletekről számol be. Így *Zironi* eseteinek 63% ában látott fekélyt fejlődni, ha állatainak vagusát a cardia felett átmetszette; *Ophüls* és *Szeren* hasonló eredményekről számol be; viszont más szerzők tagadják a vagusnak a szerepét, így *Donati*. Ugyancsak állatkísérletek alapján ismerjük a ganglion coeliacum és plexus coeliacus szerepét a gyomor, illetve bélfekélyek kifejlődésében. *Kawamura* e képletek kiírtása után pozitív eredményt észlelt, de nemcsak akkor, ha e képleteket kiírtotta, hanem akkor is, ha ezeket egyszerűen megbolygatta, illetve az állat hasüregét összeturkálta. E tapasztalat mindenestre nagy értékkel bír számunkra gyakorlati szempontból, mert hiszen minden műtéti beavatkozás a gyomron vagy bélén a hasüreg szerveinek megbolygatását jelenti. Azonban meg kell jegyeznünk, hogy e kísérletek eredményét nem szabad minden további kritika nélkül az emberre is vonatkoztatni, más az állati szervezet és más az emberé, a mi már abból is kitűnik, hogy állatokon idiopathiás gyomor- vagy bélfekélyt nem is észlelünk, de kísérletileg is csak igen nehezen sikerül ilyent létrehozni. Tudjuk, hogy a kutya gyomornedvében olyan nagy mennyiségben van jelen sósav, a milyen mennyiségben emberben még a leghatározottabb viszonyok mellett sem fordul elő. Ezért van az, hogy a kutyát igen koncentrált sósavval kell etetni, és gyomrát vagy belét igen súlyosan kell traumásan sérteni, hogy e szervek nyálkahártyáján fekély képződjék. E kísérletek eredményét tehát csak cum grano salis szabad az emberre vonatkoztatni, miért is az idegbefolyás szerepének kérdését is nyílt kérdésnek kell tekintenünk és megoldását annyi- val inkább nehezebbnek tartanunk, mert olyan kísérleteket, mint az említettek, emberen — érthető okokból — nem lehet végezni.

Végül meg kell említenünk *Gundermann* kísérleteit is, a ki a máj ereinek lekötése, illetve a májnak ezáltal okozott szöveti sérülése után a jejunumban, illetve a duodenumban multiplex fekélyképződést észlelt. Hogy mennyiben alkalmazható e kísérletek eredménye az emberre, azt szintén nem lehet még megítélni.

Mindezen okok felvétele azonban még nem elegendő a fekély létrejövetelének magyarázatához, mert ha csak ezek

szerepelnének, akkor sokkal gyakrabban kellene a jejunalis fekélyrel találkozunk, mint ahogy azt eddig észleltük. A gastroenterostomiával létesített új állapot mindig ugyanaz, a gyomor savbeli viszonyai sem változnak meg egyszerre a gastroenterostomia után, a technikánk is mindig ugyanaz és mégis körülbelül csak egy százalékban fejlődik ulcus. Itt tehát még valaminek kell közreműködnie, a mit eddig nem ismerünk, ezt az ismeretlent jobb híjján dispositiónak nevezük. Ma a dispositio még általános fogalom, de talán sikerülni fog idővel ezt a valamit is helybeli vagy általános szervezetbeli elváltozások alapján közelebbről meghatározni. Hogy a dispositio nagy szerepet játszik az ulcusok aetiologiájában, azt I. sz. esetünk kétségtelenül bizonyítja és bizonyítják azok az esetek is, melyekben az egyik ulcus meggyógyulása után másik keletkezett, a mint azt műtétek és obduc-tiók alkalmával nem egy ízben tapasztalták már.

Az ulcus jejuniról — a minket érdeklő — tudnivalók kiegészítése céljából még a következőket említhetem. Az ulcus helye igen különböző lehet, mint ezt v. Roojen következő táblázata mutatja:

A varrás gyűrűjében	--- --- --- ---	42-szer
A hozzávezető kacsban	--- --- --- ---	6-szor
Az elvezető kacsban	--- --- --- ---	8-szor
A Braun-féle anastomosisnál	--- --- --- ---	2-szer

találtatott. A mi eseteinkben a varrás helyén vagy annak szomszédságában (sarkantyú!) találtatott a fekély.

Előfordulhat egy vagy több ulcus is.

Az ulcus kifejlődhetik vagy azonnal a gastroenterostomia után, vagy csak hetekkel, hónapokkal később. *Herczel* esetében az ulcus a műtét utáni 10. napon már perforált.

Legfontosabb sajátása azonban az ulcus jejuninak az, hogy úgy vérzésre, mint perforációra nagy hajlandósággal bír. Az utóbbi történhetik vagy szomszédos szervekbe, vagy a szabad hasürbe.

III. Klinikai kérdések.

1. Tünettan (a fájdalom és hányás jelentősége).

Részletesebb megbeszélést kívánnak eseteink klinikai megjelenésük szempontjából. Ismeretes, hogy az ulcus jejuni tünetei igen különbözők lehetnek, a legenyhébb általános tünetektől a legkínosabb helybeli fájdalomig minden változatát észlelhetjük a kellemetlenségeknek; a teljesen negatív lelettől a súlyos helybeli elváltozásokig mindenféle eltérés észlelhető, a mi nem ejthet csodálkozásba, ha elgondoljuk azt, hogy milyen súlyos szövődményekkel járhat a betegség. A

szerzők legtöbbje hajlandó ezért klinikailag több csoportot megkülönböztetni, így v. *Roojen* megkülönböztet olyan eseteket, melyekben az ulcus nem okoz tüneteket, olyanokat, melyekben csak általános és bizonytalan tünetek állanak fenn, olyanokat, melyek a perforatio képében kerülnek elénk, olyanokat, melyekben lobos tumor van jelen és végül olyanokat, melyekben a gyomor-colonsipoly tünetei észlelhetők.

Nem lévén célom a betegség tünettárával részletesen foglalkozni, inkább csak arra akarok kiterjeszkedni, vajon vannak-e a nem komplikált eseteknek is olyan tüneteik, a melyek révén a jejunális ulcus mint olyan felismerhető és mennyiben szolgálnak a mi eseteink erre vonatkozólag adatokat? A nem komplikált esetekben a subjectív panaszok lépnek előtérbe az objectív lelettel szemben. A subjectív panaszok lehetnek csak olyan általánosak, a minőkkel minden gyomorbetegségben találkozunk, mint gyomornyomás érzése, savanyú felbőfögés, hányás, fájdalom; vagy lehetnek olyanok, a melyek csakis a fekély helyére vonatkoznak: mint a fekély helyén érzett fájdalom, e hely rendkívüli érzékenysége nyomásra. Kétségtelen tünete a fekélynek csakis a véres szék vagy a vérhányás, de nem sajátos tünete az ulcus jejunitnak, mert gyomor- vagy duodenális fekélyből is eredhet.

Mindezen tünetek között a fájdalomnak van legnagyobb jelentősége diagnostikai szempontból akár mint subjectív érzés spontán megnyilvánulása, akár mint nyomási érzékenysége. A többi tünet inkább csak egymással kombinálva vagy együttesen értékesíthető.

Az ulcus jejunit kísérő fájdalom a legkülönbözőbb fokú lehet, a kisebb égés-érzéstől a legirtózatosabb kinokig minden változatban lehet jelen. Mindkét betegünkön olyan nagy fokot ért el, hogy e miatt össze kellett kuporodniok. A fájdalom sok tekintetben különbözik a többi kétféle ulcusétól, a gyomorulcusétól abban, hogy rendetlenül jelenik meg vagy állandó, nem váltatik ki az étkezés által azonnal; rendszeren meg sem szűnik, vagy megszűnik pár napra és ekkor az étkezés nem befolyásolja, mint azt II. számú esetünk mutatja. Beáll egyszerűen víz ivása után és pedig a legnagyobb mértékben ilyenkor. Viszont nem tűnik el ételfelvétel után, mint a duodenális fekély melletti fájdalom. A fájdalmat tehát a rendetlenség vagy állandóság jellemzi, melyben lehetnek napokig tartó szünetek is. Alkáliákra csökken éppúgy, mint a gyomor és a duodenális fekély melletti fájdalom. Maguk a betegek is különbséget tesznek ezen és a régebben érzett fájdalom között, különösen a hevesség tekintetében. A fájdalom szúró, vágó, égető jellegű. A betegek egészen más helyre is loka-

lizálják a fájdalmat; míg azelőtt a gyomor egy bizonyos része felett vagy inkább a jobb hypochondrium táján érezték azt, addig most a fájdalom helye inkább a köldök vagy annak valamely környéki pontja, rendszeren egy bizonyos hely attól balra. A nyomásra legérzékenyebb pont is helyet cserélt, az is az előbbi helyéről a köldök körül valamely újabb helyre költözködött, szintén rendszeren a köldöktől balra valamely pontra, a mely felett a hasfalizmok nem ritkán görcsös összehúzódásban vannak és a mely mögött sokszor resistentia észlelhető.

A fájdalom milyenségéből és a fájdalom helyéből egyéb tünetek hijján is meg lehet ismerni az ulcust, még biztosabb a kórisme, ha véres hányás vagy véres szék is társul a tünetekhez.

Mint a gyomor- vagy duodenalis fekély, úgy a jejunalis fekély is ulcusellenes diatára javulhat, illetve tünetei el is mulhatnak. Bár sok szerző kétségbe vonja, hogy az ulcus jejuni magától is gyógyulhat, nem tagadható, hogy találkoztunk, és pedig nem ritkán, gastroenterostomia után olyan állapottal, a melyet ulcus jejunira lehet visszavezetni, mely a nevezett kúrára javul, sőt teljesen meg is szűnhetik. Nem lehet megállapítani, hogy ezen állapotoknak hányszor valóban ulcus jejuni az anatómiai substratuma és hányszor áll fenn más pathologiai vagy csak változott physiologiai alapon, például hyperaciditáson. Tény az, hogy azon esetekben, midőn gastroenterostomia után ilyen kellemetlenségei támadtak a betegnek, melyek ulcusdiatára nem javultak és a betegek műtetre kerültek, nem ritkán találtak ulcus jejunit is. Ide tartoznak a *v. Roojen* által felállított második csoportba sorozható esetek.

A fájdalom diagnostikai jelentősége I. sz. esetünkben kétségtelen. Nagy fájdalmai csak akkor vannak a betegnek, mikor a műtétkor ulcus-találtatott; az első műtét után bár circulus vitiosus fejlődött ki, a mi mindenesetre igen nagy kellemetlenségekkel járt, mégsem panaszkodik fájdalmáról, de kiállhatatlan fájdalmáról panaszkodik akkor, midőn a *Roux-féle* műtét után az ulcus a gastroenterostomia helyén fejlődött. A II. sz. beteg is türehtetlen fájdalmáról panaszkodik, nála is e tájon volt az ulcus. Valószínű, hogy az ulcus helye lényeges befolyással bír a fájdalom fokára; minél közelebb van a fekély a gastroenterostomia nyílásához, minél inkább van közvetlenül a gyomornedv hatásának kitéve, annál nagyobb fájdalmakat kell okoznia, a távolabbra esők kevésbé érzik a sósav hatását. Ezt per analogiam is lehet következtetni a béltractus más helyen előforduló fekélyeinek kisebb érzékenységéből.

Néha a hányás is értékesíthető a kórjelzésben. Voltaképpen nem állandó tünete az ulcusnak. Mindkét betegünkön

azt látjuk, hogy az ulcus kifejlődési szakában, vagy akkor, midőn stenosis még nem keletkezett, hányás is ritkán jelentkezett. A szűkület nagyobbodásával a hányás is mind gyakoribb lett. A hányás tehát elsősorban a szűkület következménye és tünete, a ritka hányás reflexes hányásnak tekintendő, kiváltva az ulcus fájdalommassága által.

Mig a hányás egymagában nem bir nagy diagnostikai értékkel, addig a fájdalommal együtt igen fontos lehet; hányás fájdalom nélkül nem szól ulcus mellett, nagy fájdalom és ritka hányás ulcus mellett értékesíthető, éppúgy nagyfokú fájdalom és nagyfokú hányás is. Ez utóbbi ulcus és stenosis mellett szól. Minden egyes eshetőségre látunk példát az I. számú betegen.

A hasfal-tumorról járó eseteket, továbbá a bélsipoly vagy gyomor-colonsipoly eseteket, éppúgy a perforatiós eseteket klinikai tüneteik alapján könnyebben lehet felismerni; ezekről, mint eseteinkkel vonatkozásban nem állókkal, nem foglalkozom, csak annyit akarok megjegyezni, hogy a colongyomorsipolyos eseteket arról lehet megismerni, hogy bélsárhányással és diarrhoeával járnak, midőn is a székletétben az étkezés után már 1—2 órával megjelenik az elfogyasztott étel emésztetlenül.

2. A therapia.

A második, kissé részletesebb megbeszélést igénylő kérdés az *ulcus jejuni therapiájának kérdése*. Arról ma már nincsen vita, hogy annak lehetőleg sebészetinek kell lennie. Az ulcus jejuninak vérzésre és perforatióra való nagy hajlandósága miatt — v. *Roofen* szerint 77 eset közül 15 perforatio a szabad hasürbe — a jól körjelzett esetekben sebészileg kell eljárni; de a jejunalis fekély más sajátságai is a sebész intervencióját követelik. Így ismeretes, hogy a szomszéd szervekkel, a hasfallal szeret össze kapaszkodni, hogy nagy hajlandósága van átalakulni callosus fekélyvé és hogy különösen a colomba szeret áttörni (*Pólya* 19 esetet gyűjtött össze), mindezen complicatióknál a belső kezelés sok eredményt nem ígérhet. Ezekkel szemben mégis felvetendő a kérdés, vajjon nem lehetséges-e, hogy az ulcus jejuni magától is meggyógyul? vagy nem érhetünk el megfelelő diaetával és antiulcusos kúrával is gyógyulást?

Key azt tartja, hogy egyszerű fekély esetén a spontan gyógyulás nincsen kizárva, sőt hiszi azt is, hogy némelyik jejunalis ulcus teljesen tünet nélkül állhat fenn és mulhat is el, mint azt a minden tünetet nélkülöző hirtelen perforatiós esetek mutatják. v. *Roofen* ezzel szemben nem hisz a spontan

gyógyulásban, mert szerinte az ulcus jejuni keletkezése egészen más körülményekre vezetendő vissza, mint az ulcus ventriculié. A mi itt a létesítő ok, az egyszersmind fenntartója is az ulcusnak. Ha tisztán a klinikus szemével nézzük a kérdést, akkor nem tagadható, hogy az ulcus jejuni sem nélkülözi teljesen a gyógyulási tendenciát, sőt kórboncztanilag sem tagadható teljesen e tulajdonsága, a minnek bizonyítéka, hogy némely esetben nem tudjuk teljes biztossággal eldönteni azt, hogy a megszűkültnek és hegesnek talált gastroenterostomiás gyűrű nem tekintendő-e mégis kis ulcus következményének?

Klinikailag meg éppen ismerünk eseteket, melyekben a gastroenterostomia után hyperaciditas mellett mindama tüneteket észlelhetjük, melyek ulcus jejuninál is megállapíthatók, mint a milyen a fájdalom, a hányás, sőt véres hányás és melyek megfelelő diéta kezelésre javulnak, sőt teljesen el is mulhatnak. Ezen esetek egy részében a műtéti beavatkozás szükségtelen és így a kellemetlenségek valódi oka kideríttelen marad. Az eseteknek egy más része azonban műtetre kerül vagy bonczolásra és ezekben található néha ulcus jejuni is. A kérdés eldöntésének nehézsége abban rejlik, hogy az eseteket emberen nehezen lehet ellenőrizni, de azért teljesen kétségbe vonni azt, hogy megfelelő ulcusellenes kezelés mellett a jejunalis fekély is ne gyógyulna, klinikai tapasztalatok után nem lehet. A klinikai tünetek alapján azt kell mondani, hogy ha a fenti eseteket ulcus jejuninak tekintjük, akkor azok egyszerű kezdődő fekélyek lehettek, melyek gyógyulásuk esetén észrevehető nyomot alig hagynak maguk után. Az való, hogy heges tömeget mutató gyógyult jejunalis fekélyről, eddig nem tettek említést, de ez csak azt bizonyítja, hogy a chronikus fekély nem gyógyul és ebben megegyező a szerzők véleménye.

Ezen esetekben tehát, melyek inkább a nem pontosan körjelezhető esetek sorába tartoznak, a belső kezelés határozottan indokolt és eredményes is lehet. Ha azonban már az ulcusra valló súlyosabb tünetek vannak jelen, hasfal-sipoly vagy gyomorsipoly tünetei, vagy hasfal-tályog, vagy perforatio, akkor a belső kezelés elvesztette jogosultságát. Éppúgy követelni fogják maguk a betegek is a műtétet azon esetekben, midőn tűrhetetlen fájdalmakat okoz a fekélyük, midőn sem nyugodni, sem táplálkozni nem tudnak miatta, midőn elvesztették életkedvüket és teljesen munkaképtelenné váltak. Még fogunk azonban az ulcus jejuni egy szövődményével találkozni, melynél ismét a belső kezelésre és palliatív eljárásokra vagyunk utalva.

Megkülönböztetve szövődményeik szerint az egyes eseteket, kérdés, hogy miben álljon ezen különböző csoportokban

a beavatkozás? Általában azt kell mondani, hogy a műtétnek ott, a hól kivihető, radikálisnak kell lennie, mert tapasztalás szerint ez adja a legjobb eredményeket. A radikalitás a fekélyt tartalmazó bélrész kimetszésében és a gyomorbélcsatorna re-constructiójában áll. Maga a fekély kimetszése bélresectio nélkül ritkán lesz kivihető, mert ritkán találni a fekélyt olyan messze-ségben a gastroenterostomiától, hogy kimetszésre alkalmas volna; de tapasztalás szerint a fekély egyszerű kimetszése nem is ígér sok eredményt, mert nem szüntettük meg vele a fekély létrehozó okot is. Igaz, hogy ez a radikális resectionál sem történik meg, de ott esetleges új gastroenterostomiával mégis kedvezőbb viszonyokat teremtünk megint. Ezen kérdés eldöntésekor csakis a gyakorlatra hivatkozhatunk, mely a radikális műtét mellett szól. Hiszen végeredményben sem a fekély okát, sem az arra való dispositiót eddigi ismereteink alapján megszüntetni nem tudjuk.

A műtét nemének a talált elváltozásokhoz kell alkalmazkodnia. Általában azt kell mondani, hogy az idevágó műtétek a súlyos és komplikált műtétekhez tartoznak; gyomor-, colon-, jejunumresectiók egymás közt kombinálva és megtoldva új gastroenterostoma készítésével. Ezen műtétek súlyosságát növeli még az a körülmény is, hogy rendszeren kivérzett és végleg elgyengült egyéneknek vagyunk kénytelenek operálni.

Messze meghaladná tervbe vett célomat, ha az egyes esetekben követett műtéti eljárásokat mind fölemliteném, ezekről számos kitűnő monographia (v. *Roojen*, *Schostak*, *Paterson*, *Pólya* stb.) nyújt áttekintést; inkább arra törekszem, hogy a magunk eseteiben követett eljárást részletesebben ismertessem.

A mi a műtéti indicatiót illeti, azt az eset természete szabja meg. Absolut beavatkozást igényelnek a szabad hasürbe perforált esetek. Ezeknek operatioja aránylag egyszerű, mert indicatio vitalisból végeztetik. Mivel rendszeren csak az egyszerű, friss fekélyek perforálnak, műtétjük a perforatiós nyílás elvarrásában áll. vagy excisióban és elvarrásban, a mi friss esetekben a bél különös megszűkítése nélkül vihető ki. A közvetlen eredmények nem rosszszak, v. *Roojen* szerint 7 eset közül meghalt 2, az sem peritonitisben.

A lobos tumort okozó esetekben eljárásunk nem olyan határozott. A műtéti eredmények nem biztatók, ezért ezekben csak kényszerítő körülmények alapján nyulunk a késhez. A műtét a nagyfokú összenövések miatt, melyek sokszor megoldhatatlanok, rendkívüli nehézségekkel járhat, s ezért rendkívül veszélyes is (belső sérülés vagy szomszéd szervek sérülése miatt). A therapia ezen esetekben részben belső lesz: alkáliák, ulcusdiaeta, atropin (*Brodnitz*), részben helybeli: meleg pépes borogatások. v. *Roojen* 42 idevágó esetet em-

lít, 32 esetben történt műtét, melynek következtében meghalt 4. 13 esetben recidiva jelentkezett, tehát az esetek több mint felében a műtétek nem volt sikere.

A gyomor-colonsipolyt- okozó esetek feltétlenül megoperálandók, mert különben inanitióban hamar elpusztulnak. Ezeknek műtévése a legváltozatosabb műtétekkel történt. *Pólya* 15 methodust gyűjtött össze. Szerinte 16 operált eset közül meghalt 3. Három beteg kétszer, egy pedig háromszor került műtetre. A műtét igen komplikált lehet, de az eredmények nem rosszak, tekintve a súlyos és majdnem feltétlenül halálos betegséget.

Maradnak végül azon esetek, melyek nagyfokú fájdalom és hányás miatt kerülnek műtetre és melyekben klinikailag lokálisan semmilyen, vagy csak kis eltérést találunk. Ide tartozik a mi két esetünk is.

Az anatómiai elváltozás, mely miatt a beavatkozás történik, különböző lehet: fekély a gastroenterostomia gyűrűjében, vagy más helyen: a bélben vagy az anastomosisnál; lehet jelen a gyomorbélszájadék, vagy az anastomosis, vagy a bél szűkülete, összenövések a fekély körül a szomszédos szervekkel: a colonnal, gyomorral, a pankreassal vagy a bél többi részével.

A műtét nemét itt is a talált elváltozások szerint a sebész érzéke fogja meghatározni. Nagyjából a következő beavatkozások képzelhetők el:

A gastroenterostomia nyílásának megszükülése esetén gastroenteroplastika vagy új gastroenterostoma készítése; pl.: hátulsó gastroenterostomia után elülső, a kacsok közötti anastomosisal. Vagy csak egyszerű új gastroenterostomia, ha például hátulsó gastroenterostomia után az elvezetés a gyomorból akadályozott. Vagy egyszerű anastomosis a gastroenterostomia 2 szára között, ha ilyen még nem volna; ez szóba jön elülső gastroenterostomia után, ha az odavezető kacsban van az akadály (hátulsó gyomorbélszájadék esetén az odavezető kacs rövidege miatt technikailag nehezen vihető ki, tárgult bélkacs esetén lehetséges). Mindezek azonban csak palliatív műtétek, melyek az ulcust érintetlenül hagyják. A műtéti eredmények kevéssé kielégítőek, mint az I. sz. esetünk is igazolja, melyben éppen ilyen anastomosis után fejlődött ki igazi fekély.

Radikális műtétek: az ulcus excisiója és a bél elvarrása, esetleg szűkület esetén bélresectióval, ha például a fekély a *Braun*-féle anastomosisnál van. Vagy a gastroenterostomia nyílásának resectiója a fekélyvel és a környező bélrészekkel együtt és új gastroenterostoma készítése, vagy end to side (tehát *Roux*-féle), vagy side to side anastomosisal.

Haberer 2 esetben a gastroenterostomia nyílásával együtt a gyomor egy részét is reszekálta (egyszer a pyloruson lévő fekélyvel együtt, egyszer pedig a pylorus resectiója nélkül) és a resectióhoz *Roux*-féle anastomosist csatolt.

Végül szóba jöhet új gastroenterostomia a gyomor és elvezető kacs között olyan esetekben, melyekben a fekélyt tartalmazó gastroenterostomiás gyűrű a pankreassal vagy erekkel úgy össze van kapaszkodva, hogy nem reszekálható; vagy — ugyanezen esetben — a pylorus resectiója (ha az nagyon szűk) és gyomorduodenum-egyesítés; esetleg még anastomosis a duodenum, illetve gyomor és elvezető jejunumszár között.

A mint látható, a beavatkozás igen komplikált lehet.

A mi eseteinkben a következő eljárásokat követtük: Az I. sz. eset harmadik műtétjénél, midőn a fekély a gastroenterostomia nyílásában képződött és annak megszűkülésével járt, az elülső gastroenterostomia gyűrűjét kíméltük és a bélvégeknek egyesítése után elülső gastroenterostomiát végeztünk (a *Braun*-féle anastomosis meghagyatott). Az ötödik műtét alkalmával a fekély megint a gastroenterostomia nyílásában találtatott (mely *Roux* szerint volt végezve). A műtét abban állott, hogy a nyílást reszekáltuk (a bél-anastomosissal együtt), a jejunum végeit ismét egyesítettük és új hátulsó gastroenterostomiát készítettünk. Úgy is lehetett volna eljárni, hogy a fekély és gastroenterostomiás nyílás resectiója után a belet vakon egyesítjük és — a bél-anastomosis meghagyásával — új gyomorbélszájadékot készítünk. Ez az eljárás egyszerűbb lett volna és könnyebben lett volna kivihető, mert nem kellett volna vesződni a hozzávezető kacs rövidsége okozta nehézségekkel, de hátránya lett volna az, hogy három bélvarrás maradt volna utána, míg a követett eljárásnál a gastroenterostomia mellett csak egy maradt, messze a gyomornyílástól a hozzávezető kacsban. E kacsot szándékosan hosszúra vettük, számítva azzal a lehetőséggel, hogy ez a szerencsétlen ember egy idő múlva megint csak meg fog jelenni újabb ulcusrecidívával, a mit, sajnos, az előzmények alapján nem lehet teljesen kizárni. Ennek újabb műtétjénél pedig a hosszabb odavezető kacs — ha resectiója szükségessé válnék — nagy segítségünkre lenne.

A II. számú esetben teljesen hasonlóan jártunk el. Itt is a fekély közel volt a gastroenterostomia nyílásához, közvetlenül vele szemben, a mesenterium tapadása helyén. Rendkívüli módon megnehezítette a resectiót és bélegyesítést az odavezető kacs rövidsége mellett a mesenterium heges zsugorodása is. Itt is ugyanazon praeventív óvatossággal jártunk el, mint az I. számú esetben, vagyis hosszabb jejunumkacsozt vettünk a gyomor-bélegyesítéshez, bár ez esetben nem kell

talán annyira tartanunk az ulcus recidiválásának veszélyétől és pedig azon okból, mert itt eredetileg nem idiopathiás gyomorfekélylyel volt dolgunk.

Sajnos, mindeme néha csak a legnagyobb nehézséggel kivihető műtétek legradikálisabbja sem nyújt teljes biztonságot a recidiva ellen, mint azt I. számú esetünk hosszú története mutatja. A fekély kiújulásának lehetősége teszi ma az ulcus jejuni elleni therapia legfontosabb, de egyzersmind legkevésbé megoldott kérdését is. Meggyőződünk arról, hogy a fekély eltávolítása az azt tartalmazó béllel együtt nem óv meg biztosan a recidivától. Úgy látszik, hogy e kérdés nem is lesz megoldható mindaddig, míg a fekélyképződés iránti dispositiót az egyénben nem leszünk képesek befolyásolni. Ezt ezidőszert még nem ismerjük és így tehetetlenek is vagyunk vele szemben. Eljárásaink ez irányban még csak bizonyos tág határok között mozognak, megfelelőleg eddigi ismereteinknek.

3. A prophylaxis.

Az *ulcus jejuni prophylaxis*ának kérdése szoros összefüggésben van annak therapiájával, és pedig egyrészt a műtéti beavatkozás kérdésével, másrészt az ulcus-therapiával általában, mert csak ezek révén tudunk az ulcus jejuni aetiologiájában eddig ismeretes káros tényezőkre befolyást gyakorolni. Ezek tudvalevőleg a bélnek sérülései, a hyperaciditas és a gyomornedvnek érintkezése ahhoz nem szokott béllel. A bél sértéseit kisebbíthetjük vagy elkerülhetjük a beavatkozás útján a technika tökéletesbítésével, a hyperaciditást befolyásolhatjuk belső kezeléssel és megfelelő diaetával. Az ulcus jejuni kóroktanában szereplő legfontosabb tényezővel, a dispositióval szemben, mint azt már említettük, tehetetlenek vagyunk.

Az első kérdés tehát, miképpen küszöbölhetők ki a műtéti beavatkozás révén keletkező kórokozó tényezők? Mindenekelőtt arra kellene törekednünk, hogy a műtéttel a normalis anatómiai viszonyokat lehetőleg kevésbé változtassuk meg. Ez megközelítőleg elérhető azzal, hogy a gyomorbél-szájadékkészítéshez a gyomorhoz legközelebb álló belet használjuk, mely physiologiailag is a legnagyobb ellentállással bír a gyomornedv emésztő hatásával szemben, vagyis a duodenumot. A *Kocher*-féle gastroduodenostomia után a gyomornedv megint csak a duodenumba ömlik, tehát physiologikus útját követi. Bármilyen plausibilis is azonban ez az ajánlat, az *ulcera peptica* prophylaxisában nem játszik nagy szerepet, mert mint ismeretes, a duodenum pepticus fekélyek

fejlődésére kiválóan alkalmas bél. A tapasztalat azt mutatja, hogy a gyomorfekély mellett nem is nagyon ritkán egyidejűleg duodenalis fekély is van jelen. Épp úgy nem talált elfogadásra az az ajánlat sem (*Goepel*), hogy a gastroenterostomiát inkább a fundusi részben végezzük, mert ebben nem annyira sósav, mint inkább pepsin képződik, a mivel elkerülhető volna az, hogy a varrási hely és a jejunum a gyomor sósavával közvetlenül érintkezzék. A gyomorral határos beleknek fekélyképződésre való hajlandóságát műtéttel megváltoztatni nem lehet, erről le kell mondanunk, de igenis megjavíthatjuk vele a gyomorkiürülési viszonyokat. Technikánk megjavításával és finomításával pedig elkerülhetjük a bél nyálkahártyájának traumás sértését.

Az aetiologiában elmondottak alapján nem lehet kizárni, hogy a jejunalis fekélyek egy része a varrás tökéletlensége folytán jelentkezik olyan helyeken, ahol a nyálkahártya nincsen pontosan egyesítve. Ezen helyek valószínűleg sebszámba mennek és kiindulási alapját adják a fekélynek épp úgy, mint minden más sérülése a nyálkahártyának. A pontos nyálkahártyaegyesítés legyen tehát a technikának egyik fő-törekvése. Sokan e célból a nyálkahártyát külön varrják felszívódásra alkalmas anyaggal. Különösen gyakran jelentkezik az ulcus jejuni a Murphy-gommbal végzett gastroenterostomiák után. Ennek oka is részben abban keresendő, hogy a gomb leválása alkalmával, ha a leszorított bélfal nem egyszerre hal el, a bélfal azt a részét, melyen még csüng, letépheti, ezáltal okozva defectust a nyálkahártyán, de főleg azért nem lehet alkalmas a Murphy-gomb a gastroenterostomia céljára, mert csak meghatározott nagyságú nyílás készítését engedi meg, és pedig csak akkorát, amely a gyomorbélszájadék készítésére tudvalevőleg kicsi. A jól functionáló gastroenterostomia nyílásának legalább is 6—7 cm. hosszúnak kell lennie. A kis nyílásnak az a hátránya, hogy nem engedi a gyomrot gyorsan kiürülni, miáltal a gyomorfekély nem helyeződhetik nyugalomba, ennek következménye megint az, hogy a hyperaciditas sem múlik el, a mi pedig sokak szerint az ulcus jejuni kóroktanában a legfontosabb tényező. Ugyanez áll a Roux-féle gastroenterostomiáról is, mely után a gyomornyílás szintén kisebb, mint a side-to-side-anastomosisoknál, melyeknél tudvalevőleg oldalával varrjuk a belet a gyomorhoz. Különben is nem állítható, hogy a Murphy-gommbal a gastroenterostomia egyszerűsíttetik vagy gyorsabban végezhető. Jó varrási technika mellett majdnem éppen annyi idő alatt végezhető. De feltéve is, hogy gyakorlat által valaki olyan készségre

tett szert, hogy a gombbal szemfényvesztő gyorsasággal tudja a gastroenterostomiát végezni, még akkor sem éri meg a pár percznyi időnyereség azt, hogy érte a műtét eredményét kétségesse tegyük, vagy hogy e pár percznyi időnyereségért cserébe jejunális ulcust kapjon a beteg. A Murphy-gomb tapasztalás szerint nem alkalmas a műtét végzésére és manapság majdnem mindenki elhagyta már.

A gastroenterostomiától tehát elsősorban azt követeljük, hogy a vele létesített új gyomorszáj elég tág legyen. Tág nyílású gastroenterostomiánál a gyomor gyorsan ürül, a minek az a nagy előnye, hogy a gyomortartalom nem sokáig érintkezik a varrással, tehát nem sokáig izgatja azt; előnye továbbá, hogy az epe bőven visszafolyhat a gyomorba és közömbösíti a gyomornedvet, még mielőtt a varrással érintkezik. Nem szorul magyarázatra, hogy tág nyílás mellett a gyomorból távozó szilárd ételrészek is simábban hagyják el a gastroenterostomia gyűrűjét, míg a kis nyílás szélei inkább vannak kitéve a meg nem emésztett ételek traumás sértésének.

Különös gondot kell fordítanunk arra is, hogy a műtét végzésekor se kezünkkel, se pedig műszerrel a bél nyálkahártyáját ne sértsük. Nagy gonddal kell a nyálkahártyát törölni, mert az tudvalevően nagyon vulnérabilis szerv, a törlés helyett inkább „tupfoljuk” a nyálkahártyát. Különösen sértheti a nyálkahártyát és a mesenterialis ereket is a bélfogók alkalmazása, de mégis kevésbé, mint az azelőtt divatban volt lekötése a bélnek gazecsikkal. *Rotgans* ez okból teljesen el is hagyta a fogókat.

Dolgozatom egyik előbbeni részében megemlékeztem arról, hogy a jejunális fekély a gastroenterostomia különböző válfajai után különböző gyakorisággal jelentkezik. Ebből azt a tanulságot kell levonnunk, hogy az arra nagyobb dispositiót mutató eljárásokat ne gyakoroljuk, különösen ne a Roux-félet. Legajánlatosabb a hátulsó gastroenterostomia, mint a mely után legritkébb a fekély.

Legyen szabad a gastroenterostomia kivételét illetőleg végezni még egy fontos körülményre utalnom, melyre a magam esetei kapcsán lettem figyelmes. Mint eseteim műtétjeinek leírásából kiderül, a műtétet rendkívül megnehezítette az a körülmény, hogy a jejunum odavezető kacsza igen rövid volt. A bél resectióját a plica duodenojejunalisnál kellett végeznem, a mi még nehezebbé vált azáltal, hogy a mesenterium a rákapaszkodó ulcus miatt nagyfokú zsugorodást mutatott. Mivelhogy sohasem tudhatjuk, hogy melyik gastroenterostomia után leszünk kénytelenek ulcus jejuni

miatt újból beavatkozni, jól tesszük, ha minden hátulsó gastroenterostomiánál az odavezető jejunumkacsot kissé hosszabbra vesszük. Tapasztalás szerint a gastroenterostomia funkciója szempontjából a pár centiméterrel hosszabb bélkacs nem játszik szerepet, azonban egy esetleges későbbi operációnál ez a pár centiméter igen fontos lehet. Igaz, hogy a szűkülettel járó jejunalis ulcusnál ez a kacs rendszeren tárgult állapotban van és manipulációra alkalmasabb, de erre nem számíthatunk minden esetben. Különösen ajánlatos nagy fokban ektasiás gyomornál hosszabb kacsot venni, mert mint azt egy esetben tapasztalnom kellett, rövid kacs mellett a bél megtörése következett be a plica duodenojejunalisnál, a minnek annál inkább megvan a lehetősége, minél közelebb végezzük fixált pylorus mellett az egyesítést a pylorushoz.

Mindezzel azonban csak mérsékelt módon enyhítettük a sósav, illetve a gyomornedv hatását az egyesítéshez vett bél nyálkahártyájára. Tökéletesebb módon érjük ezt el a belső kezeléssel és az ulcusellenes diatával és ez a felvetett második kérdés alapja. Kivételt meg nem engedő szabályként kell egyszer és mindenkorra elfogadnunk, hogy minden ulcus miatt végzett gastroenterostomia után a beteget még hónapokon keresztül ulcusdiatán kell tartanunk, a mely álljon alkaliák adagolásában, továbbá főleg tejben és tejes ételekben gazdag étrendben, továbbá atropin, illetve novatropin nyújtásában. Ezzel alkalmat adunk a fekélynak a gyógyulásra, a mivel egyidejűleg a hyperaciditas is valószínűleg el fog múlni, de ezen óvóintézkedéssel a gyomorral egyesített bélnek is időt engedünk, hogy a fekélyképződés kisebb veszélye mellett hozzászokjék a gyomornedv befolyásához. Egy szóval, elérhetjük azt, hogy idővel ismét normalis gyomorviszonyok fejlődjenek ki. Ha azonban elfogadjuk a dispoziciónak nagy szerepét a jejunalis ulcusok vagy peptikus fekélyek aetiológiájában általában és elfogadjuk azt, hogy a jejunalis fekély is csak olyan ulcus, mint a gyomor vagy duodenalis ulcus, akkor még egy lépéssel kell tovább mennünk és betegeinknek azt a tanácsot adnunk, hogy egész életükön keresztül éljenek egy bizonyos diatán, mely az előbb vázolthoz legyen hasonló. Erre a legtöbb beteg magától is rájön, mert saját kárán úgyis megtanulta már, hogy mit szabad ennie és mit nem és szívesebben lemond egyes ételek élvezéséről, semhogy magát az általuk okozott kellemetlenségeknek kitegye.

Ezen műtét utáni kúrával nemcsak a gyomor- és duodenalis fekély gyógyulását segítjük elő, hanem valószínűleg sok jejunális fekély kifejlődését és — a mi ugyanaz — recidíváját is megakadályozhatjuk, melyben különben igen

nagy szerepet játszik még egy másik körülmény is — a mit szintén nem szabad figyelmen kívül hagyni —, ez a gyomor-ulcusok korai megoperálása, mert tapasztalat szerint a jejunalis fekély leggyakrabban szűkülettel járó régi gyomorfekélyek után jelentkezik.

* * *

Utóirat. E sorok még nem láttak nyomdafestéket és I. számú betegünk megint csak megjelent a láthatáron újabb recidivával s így sajna, beteljesedett az utolsó műtét után ez irányban kifejezett aggodalmunk. Utóiratképen röviden csak azt akarom megjegyezni, hogy a beteg fél évnél tovább jól érezte magát, azután megint csak előállottak fájdalmai és pedig megint hányás nélkül, épp úgy, mint előzőleg, midőn szűkület nélküli ulcusa volt. Fájdalmai most is ugyanolyan vehemensek és ugyanolyan természetűek voltak, mint utolsó alkalommal.

A műtét alkalmával — melyet október hó 5.-én végeztem — kiderült, hogy megint a gastroenterostomia nyílása mellett, a varrás hátulsó részének megfelelőleg, de valamivel az alatt van egy körülbelül 2 cm.-nyi callosus fekély. A műtétet egyébként teljesen az utolsóhoz hasonlóan végeztem, nem csekély nehézségekkel a nagyfokú környezetbeli összenövések miatt. A varrási gyűrűnek megfelelően megint ott találtuk a bélbe lógó selyemfonalat, mely tehát egy év után sem lökődött még el. Mivel csak a selyemfonál volt megtalálható, valószínű, hogy ez nem is volt a belső varráshoz használt fonál, hanem a seromuscularis varrás fonala. Most catgutot használtunk a belső nyálkahártya egyesítésére.

A recidiva okául jelen esetben két momentumot kell felvennünk: az egyik a selyemfonál mint idegen test, a másik, hogy a beteg szegény ember lévén, nem élhetett diétásan; jól érezvén magát, nem válogatott az ételben. Nem zárkozhatom el a gondolat elől, hogy a késői recidivák mégis csak e két okra vezetendők vissza. A tapasztalat ugyanis azt mutatja, hogy az igazi — tisztán csak dispositionon alapuló — fekélyek aránylag, de abszolúte is gyorsan jelentkeznek a műtét után; láttunk például olyant — *Herczel* esete —, melyben az ulcus már tíz nappal a műtét után perforált a szabad hasüregbe.

A késői ulcusok keletkezését mégis csak valami chronikus, hosszantartó izgató momentumra vagy momentumokra kell visszavezetni, ilyeneknek tekinthetők az idegen testként szereplő selyemfonál és a tartós diéta-hibák, természetesen arra disponált egyéneknél. Az első okot ki lehet zárni és

ezt meg is cselekedtük ezen utolsó műtét alkalmával; a másikkal szemben szegény embernél, a ki nem válogathat az ételekben, tehetetlenek vagyunk; még nehezebb a helyzet, ha a beteg nem rendelkezik elegendő intelligenciával, hogy teljes jólét mellett is legalább egy ideig betartsa az előírt étrendet.

Mindezek után nem csekély kíváncsisággal tekintünk a jövőbe, vajjon ezen minden cautelával végzett műtét eredménye végleges leend-e, avagy megint csak viszont fogjuk-e látni betegünket újabb recidívával?

Sajnos, erre nem lesz alkalmunk, még abban az esetben sem, ha a beteg újabb recidívával fel is kerésné a klinikát, mert arról 1919 október 15.-én. eltávolítottunk.

E dolgozatom 1918-ban készült a Szabó Dénes „Emlékönyv” számára, melyben papirhiány miatt más dolgozatokkal egyetemben nem jelenhetett meg. Az időközben bekövetkezett román megszállás lehetetlenné tette, hogy Budapestre felküldjem; ugyancsak a megszállás okozta izoláltságunk Kolozsvárt az oka annak is, hogy az utolsó másfél év irodalma (úgy hazai, mint külföldi) benne megemlítve és feldolgozva nincsen.

A szerző.

Irodalom. (Csak azon forrásokat említem meg, melyekre hivatkozás történik a dolgozatban.) *Bickel A.*: Berliner klin. Wochenschrift, 1909, 26. sz. — *Borszéky K.*: Beitr. zur klin. Chir., 1908, 57. kötet. — *Braun*: Verhandl. der Deutschen Gesellschaft für Chir., 1899, 59. köt. — *Brodnitz*: Ibidem, 1903. — *Exner*: Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 111. kötet. — *Gundermann*: Verhandl. der Deutsch. Gesellschaft für Chirurg., 42. kötet. — *Goepel*: Verhandl. der Deutsch. Gesellschaft für Chirurg., 1902. — *Haberer*: Ibidem, 1913. — *Katzenstein*: Ibidem, 1906. — *Kawamura*: Deutsche Zeitschrift für Chirurg., 109. kötet. — *Katzenstein*: Deutsche med. Wochenschrift, 1907. — *Key*: Nord. med. Arch., I. rész (v. Roojen szerint). — *Kocher*: Verhandl. der Deutschen Gesellschaft für Chirurg., 1902. — *Lennander*: v. Roojen nyomán idézve. — *Paterson*: Annals of surgery, 1909. Lancet, 1906. — *Pólya*: Deutsche Zeitschrift für Chirurg., 1913, 121. kötet. — *Rotgans*: v. Roojen dolgozatában részletesen említve. — *v. Roojen*: Archiv für klinische Chirurg., 1908, 56. kötet. — *Tiegel*: Mitth. a. d. Grenzgeb. der Med. und Chirurg., 1904. — *Wagner*: 1861, v. Roojen nyomán idézve. — *Wilkie*: Edinburgh med. Journal, 1910 (Haberer nyomán). — *Wetts*: Johns Hopkins Hospit. Bulletin, Vol. XIV, July 1913 (v. Roojen nyomán). — *Yzeren*: Zeitschrift für klin. Med., 1901, 43. kötet (Exner nyomán). — *Zironi*: Archiv für klin. Chirurgie, 91. kötet.