

Jegyzőkönyvek

az „Erdélyi Múzeum-Egyesület“ orvostudományi szakosztályának szaküléseiről.

XIII. szakülés 1913. október 4-én.

Elnök : DAVIDA LEO.

Jegyző : KONRÁDI DÁNIEL.

I. FUGULYÁN KATALIN: IMRE professzor úr megbízásából alkalman van egy 22 éves beteg nőről referálni, akit 2 és fél évvel ezelőtt GYERGYAI tanár úr volt szíves bemutatni a t. szakosztálynak. A beteget 1911 január 14-én meglőtték az állán keresztül, fölfelé irányított lövéssel közvetlen közlelről. Márc. 9-én a sebészeti klinikára ment, aból előadta, hogy a lövés után 2 hétig nem tudott nyelni, arca és jobb szeme megdagadt. Sérülése után 8 hétig feküdt, azonban erős fülzúgása és kettős látása miatt felkereste a klinikát.

Az akkori kórtörténet adatai szerint a lövés nyomát csak az áll alatt, a bőrön találták meg kis kerek heg alakjában, azonban a szem részéről feltűnő elváltozások voltak. A jobb szem a balnál 5 mm.-rel előre állt (21—16). A jobb oldali felső szemhéjak crei tágak, a bulbaris kötőhártya vérmes volt. A háttér mindkét szemem kissé vérmes, az opticus szintén, azonban a jobb papillán finom szürkeség is látszott. A j. szem mozgásai a baltól minden irányban kissé elmaradtak, de különösen a n. abducens mozgatás irányában a középvonaltól kifelé nem mozdult. Emiatt jobbra, balra, föl és lefele nézéskor egynevű kettős képeket látott a beteg.

Klinikai tartózkodása alatt a beteget megvizsgálták minden irányban, időközben kettős látása elmúlt s a klinikáról eltávozott.

Múlt hó 27-én a beteg klinikánkon jelenkezett és előadta, hogy füle éjjel-nappal zúg, jobb halántéka, sőt majdnem fél feje fáj, időnként szédül, különösen, ha jobb oldalra hajlik. Ezen az oldalán nem is tud aludni. A klinikát azért kereste fel, hogy részint subjectiv kellemetlenségeitől szabaduljon, részint kozmetikai ezélből.

A betegre ránézve feltűnik, hogy a bal szem a jobbnál sokkal előre áll. Exophthalmometerrel megmérve az előrelátás fokát, látjuk,

hogy a bal cornea elülső felszine a szengődör szélétől 18 mm.-nyire van, a jobb corneáé ellenben 28 mm.-nyire, tehát 10 mm.-rel előbbre áll a jobb szem, mint a bal.

Figyelmesebben megnézve azonban a szem állását, észreveszszük, hogy ez nemcsak előre, hanem kifelé és lefelé is eltolódott. Az ornyeregétől a belső bal szarúszél 28 mm.-nyire, a jobb 33 mm.-nyire áll, a különbség a kettő közt 5 mm. A bal szarú alsó széléhez állított vízszintestől a jobb szarú mintegy 3 mm.-rel áll alább. Jóllehet a szem előreállása ilyen nagyfokú, a szemhéjak mégis jól összecusukódnak, a szem nyitvatartásakor pedig a felső szemhéj valamivel mélyebben áll, mint a bal. Ennek oka az, hogy a felső szemhéj egészében véve megnagyobbodott, vastagabb, bőrien megvastagodott erek tűnnek át, melyek meglehetősen kanyargósak. Azonban nemcsak a szemhéj bőre alatti, hanem a kötőhártya erei is megvastagodtak, kanyargósak, különösen a belső szemzúg közepében látszik egész gomolyag sötétvörös vena. A kötőhártyán kékesen áttűnnek a megvastagodott, mélyebb scleralis erek is. Egészen jól látszik, hogy a venák a szarú körül kis koszorút képeznek és innen radialisan futnak a bulbuson hátra. A szarúhártya teljesen tiszta, fénylő, átlátszó. A szivárványhártya színe a balnál kissé sárgásabb. A pupilla jobboldalt szűkebb, 2 mm.; baloldalt kissé tág, 4 mm.; mindkettő jól reagál. A szembe bevilágítva a háttér mindkét szemben vérmes, a papillaris erek teltek, vastagabbak, kanyargós lefutásúak, azonban lüktetés sehol sem látszik rajtuk. A jobb papilla határai kissé elmosódtak. A beteg látása mindkét szemem teljes, $\frac{1}{6}$. Kettős képei nincsenek, a szem az ujjat minden irányban jól követi. Maddox-cylinderrel is csupán kiscusukó esophoriát lehetett kimutatni mindkét szemem, jóllehet ezelőtt $2\frac{1}{2}$ évvel, a sérülés után, a szemizmok működésében feltűnő elváltozások voltak. Ha behunyatjuk a beteg szemét, a felső szemhéjnak már jelzett elváltozásain kívül feltűnik, hogy az orbitaszél alatt levő gödör jobboldalt egészen ki van töltve. Megtapintva a szemet, érezzük, hogy ez a balnál melegebb, tovább figyelve, kezünk alatt szabályszerű lüktetést érezhetünk a szem felett, az orbitaszél alatt. Ha kissé oldalról nézünk a lecsukott szemhéjra, láthatjuk is ezt a lüktetést. Rátapintva erre a helyre, az incisura supraorbitalis alatt kb. mogyorónyi, elől síma felszínű, puha daganatot tapintunk s ujjunkat az orbita széle alatt hátratulva, ez a daganat patkóalakúan hajlott, igen vastag kötegnek tetszik, mely azután befelé folytatódik. Két ujj közzé véve a daganatot, némileg összenyomható, azonban az ujjak közül könnyen kiesúszik.

A daganat lüktetése a pulssal egyidőben üti meg ujjunkat, azonban hulláma a pulssnál hosszabb, nagy hullám. Surranás fölötte nem érezhető. Stetoskoppal meghallgatva, távoli gőzgép zúgá-

sához hasonló, surrogó zörej hallatszik, melybe a pulsuslökések elején vékony, éles hang vegyül és a mely zörej minden pulsuslökések előtt pillanatra szünetel.

A talált daganat egészen jól, a szemgolyó kisebb fokban az orbitába fájdalom nélkül visszatolható, a szemgolyón lüktetés nem érzik.

A leírt symptomák alapján felállíthatjuk az *exophthalmus pulsans* diagnózisát, de hogy tovább juthassunk, meg kell mindenekelőtt állapítanunk ennek lényegét, különösen jelen esetre vonatkoztatva.

Az *exophthalmus pulsans*nak 3 fő tünete van: 1. A szem kiállás, az *exophthalmus*. 2. A szemgödör fölött valahol érezhető lüktetés és 3. A fölötté hallható zörej, a mely tünetek mindenike jelen esetünkben megtalálható.

Az *exophthalmus pulsans* oka lehet vagy az orbitában, vagy a koponyaüregben (SATTLER).

Az orbitában előidézhetheti:

1. Aneurysma verum.
2. Aneurysma traumaticum.
3. Aneurysma arteriosovenosum.
4. Aneurysma per anastomosin.
5. Valódi angioma.
6. Valamely igen érzett, lüktető daganat.

A koponyaüregben előidézhetheti:

1. Az art. ophthalmica aneurysmája.
2. A carotis interna aneurysmája.
3. A carotis interna rupturája a sinus cavernosusban, a hól u. n. aneurysma arteriosovenosum képződik.

Keletkezési módjuk szerint ismerünk önként létrejövő és erőművi ok következtében fellépő *exophthalmus pulsans*st, azonban ez utóbbiak sokkal gyakoribbak.

Az önként fellépő esetek rendszerint hirtelen állanak elő, az erőművi eredésűek szintén elég hamar kifejlődnek a sérülés után és ezek legtöbbször koponyaalapi törések után keletkeznek.

Koponyaalapi sérülésnél rendszerint eszméletlenség áll elő, mely néha meglehetősen hosszú ideig is eltarthat, azon kívül vérzések keletkezhetnek a fülből, orrból stb. Néha az is megesik, hogy a sérülés után közvetlenül, vagy néhány nappal később az egyik arcfél megbénul, a mi azután rendszerint elmúlik. Ritkán előfordul az is, hogy a sérülés után rövid idővel az erős vérzések következtében a szemgolyó kinyomul helyéből, a minek oka ilyenkor a szemüregi kötőszövetnek vérrel való átvándorlásában van.

A betegek, mikor magukhoz térnek, először heves fejfájásról

panaszkodnak s nem ritkán sajátosságos fej- és fülzúgásról. A fájdalom rövidesen el szoktak mulni, azonban a zúgás nem, sőt inkább erősödik. A betegek legtöbbször felső szempillájukat nem, vagy alig tudják mozgatni, szemekik mozgása szintén korlátolt és kettős képek lépnek fel a megfelelő izombénulásokkal. A látás a sérülés után elég jó szokott lenni, néha azonban el is vesztet rövidebb-hosszabb idő alatt. A hallóképesség is szenvedhet azon az oldalon, a hól a sérülés történt.

Nemsokára ezek után fellépnek az exophthalmus feltünő jelei is: az erek kitágulnak, a szem előrenyomul (ez idővel fokozódik is); legkésőbbre szokott a liktetés és a szemgödör fölött hallható zörej kifejlődni.

A betegség lefolyását ritkán lehetett egész végig megfigyelni. A megfigyelt esetekben azonban láthatjuk, hogy a leírt jelenségek egyideig még fokozódnak, a liktetés és a daganat kiterjednek. Ha a folyamat elérte tetőfokát, az exophthalmus, szemhéjdaganat, chemosis részben visszafejlődhetik, a daganat azonban továbbra is fennáll, a subjectív jelenségek szintén és a látás lassanként elvész.

Végződhetnek az esetek hirtelen halállal a szemüregből, orrból előjövő vérzések következtében.

Vannak azonban olyan esetek is, a hól magától visszafejlődik minden, de visszaesések azért itt is lehetnek.

Statisztikai adatok szerint az exophthalmus pulsans leggyakoribb oka a carotis interna repedése a sinus cavernosusban, a mely nem csupán sérülés után, hanem önként is keletkezhetik. Koponyaalapi töréseknél pedig a sinus cavernosus és a vele összefüggésben levő képletek helyzetük folytán könnyen sérülhetnek.

Ha a carotis interna a sinus cavernosusban megreped, az arteriában levő erősebb vérnyomás a vér egy részét behajtja a sinusba, melynek erős fala a nyomásnak csak kevéssé enged, ellenben áttévődik a nyomás a v. ophthalmica superiorra, melynek fala vékonyabb és laza kötőszövetben halad. A nyomás következtében a v. ophth. sup. tetemesen kitágulhat s a vértömeg tovább vezet az arteriális vér lökését. A sinus cavernosussal összefüggésben levő idegek is részben az erőművi ok, részben a fokozott nyomás következtében sérülhetnek meg.

A mi esetünkben is koponyaalapi törés volt a kiinduló pont, a mit részben az anamnezisből következtethetünk, részben pedig a sebészetben 2½ év előtt készített Röntgen-képekből, melyeken kivehetjük, hogy a löveg az ikéből alsó oldalsó részébe fúródott be és itt az ikesont törését és a sinus cavernosusban levő képletek sérülését okozhatta.

A sérülés helyének megállapításában vezetnek még a nervus oculomotorius részéről fennálló működési zavar és az abduceus

bénulása, melyek a sérülés után léptek fel és idővel maguktól javultak. Úgy látszik nem maga a sérülés, hanem inkább a gyógyulás alatt fennálló vizenyő nyomása okozta a bénulásokat és a vizenyő megszűnésével az idegek rendes vezetése is helyreállt.

Az exophthalmus pulsans orvoslásában az exophthalmus foka és a kísérő tünetek mértéke szerint különböző gyógyító eljárásokat kíséreltek meg. A különböző kenőesők és borogatások alkalmazása az enyhébb esetekben, ha a betegség lényegét tekintjük, csak látzólagosan segítettek elő az önmagában javuló folyamatot. A daganat punctióját is megkísérelték, sőt befecskendezett, véralvadást elősegítő anyagokkal (vasechlorid) is próbálkoztak. Hosszas digital-compressióval is értek el egyesek eredményt. Ha erős vérzés vagy más sürgető tényező miatt gyors beavatkozásra volt szükség, legtöbb esetben az arteria carotis communis lekötésével vetettek véget a folyamatnak. A gyógyítás legideálisabb módja a tágult erek kiirtása és a v. ophth. superioriának lehetőleg mélyen való lekötése lenne.

Jelen esetben az exophthalmus foka nem olyan nagy, hogy ebből a szemre valamilyen baj származhatna. A szemén sem kívül, sem belül, a háttérben, gyuladás jelei nincsenek. A beteg látása teljes, kettős képei nincsenek, subjectív panaszai sem olyan erősek, hogy ezek miatt sürgős sebészeti beavatkozásra volna szükség. A beteget egyelőre hazabocsátjuk és megfigyelés végett időnként berendeljük.

II. ELFER ALADÁR dr.: *A duodenalis sonda klinikai jelentőségéről* szól. A duodenalis váladék vizsgálatára a legalkalmasabb eszköznek tartja. Ezért kórismeit jelentősége elsőrangú. Nemkülönbön fontos a szerepe a mesterséges táplálásnál. HATIEGAN és DÖRTI dr. klin. gyakornokok vizsgálatai ezen felfogását csak megerősítik.

III. BENEDEK LÁSZLÓ dr. és ZSAKÓ ISTVÁN dr.: *Dystrophia musculorum progressiva (= juvenilis alak) esete.* (Betegbemutatás.)

B. I. 17 éves polgári iskolai tanuló a beteg, a kinek atyja 55 é. korban halt el tüdőtuberculosisban; anyja él, egészséges; családjában sem hasonló, sem egyéb idegbetegség nem fordult elő; elmebetegség, iszákosság, vagy egyéb terhelő momentum — atyja tuberculosisán kívül — a felmenő ágakon sem directe, sem collaterálisan nem mutatható ki. A beteg rendszerető, tiszta gyermek volt; 5 elemi és 3 polgári osztályt végzett; jelenleg a 4. polgári osztályt folytatja és jó előmenetelt tanúsít. Lnest, vagy egyéb nemi betegséget és alkohol élvezetet tagad, — nagyon ritkán dohányzik.

A beteg előadása szerint négy év előtt a mezőn munka közben a nedves före feküdt pihenni; rövidebb idővel a fölkelés után mindkét csípő izületében szokatlan gyengeség érzése lepte meg, a mely miatt a hegyen át hazafelé vezető útat megjárni egyedül nem volt

képes és kísérijének karján is a kb. félórai útát 3—4 óra alatt tette meg. Hetek múlva lassanként a csípő izomzat erőtlensége a czomb izmaira is reáterjedt. Egy év múlva pedig a folyamatba a vállöv izomzata is bevonatott. Úgy a váll-, mint a medence-öv izmaira nézve a tömeg-fogyás az izomzat erőtlenségével párhuzamosan jelentkezett, illetve haladt előre. A paresis és atrophia legnagyobb fokát a bal váll izomzatában érte el. A m. quadricepsben néha járásnál jelentkező fájdalmaktól eltekintve, érzési izgalmi jelenségeket a beteg magán nem észlelt.

Két hét előtt vétette fel magát a dicsőszentmártoni közkórházba; tegnap este küldetett át hozzánk bemutatás czéljából.

Koponya a rendesnél nagyobb, assymetriás, a mennyiben a bal asterion és a jobb homlokdudor tája mérsékelt fokban előemelkedő; fülek a rendesnél kisebbek, lenőttek; scáphák keskenyek, DARWIN-csúcs jól fejlett. Nasus aduncus. Spontán nystagmus olykor-olykor.

Arcz symmetriás. Úgy az egyszerű, mint a mimikai és egyéb összetett mozgások az arczizomzat részéről jól sikerülnek. A m. orbicularis oris és oculi jól működnek mindkét oldalt. Nyelvmozgások rendesek. Lágyszájpadfelek egyenlően innerváltak. Nyelés, rágás, hangképzés szabadok; fejmozgások szintén, minden irányban. Pupillák egyenlők és jól reagálnak minden tekintetben.

A beteg gyengén táplált, vértelen és vézna csontrendszerű. Külső nemi részek épek, másodlagos nemi bélyegek — korához képest — eléggé kifejezettek. Belső szervek részéről eltérés nem találtatott. Vizeleése, székelése rendes.

Izomzat erőművi ingerlékenysége a sorvadtt izomterületeken kifejezetten csökkent. Elektromos ingerlékenység ugyan ezekben erősen csökkent; qualitative normális a reactio. Az in- és csont-hártya-reflexek testszerte kialudtak. A beteg jól lát, jól hall. Úgy az epikriticus, mint a protopathicus és mély érzések jól megtartottak.

Feltűnő a betegnél a supra-, infra spinatus és az infra claviculáris árkoknak erősen besüppedt volta. Mindkét acromion erősen előugró; a regio pectoralisok ellaposodók. A váll ízületben izesülő csontvégek határai jól láthatók, lapoczkák szárnyszerűleg és lazán elállóak.

Karok petyhüdten lógnak le; mindezen rendellenességek baloldalt erősebben szembetűnőek. Mindkét oldali gluteus maximus és medius tömegfogyása miatt a trochanter maior és caput femoris közti táj besüppedt. Bal paravertebrális vonal mentén az erector trunci nak megfelelően — a lumbalis tájon — sekély hosszanti árok van. Felkarok és czombok kerületei symmetriásan fogyást mutatnak. Az ágyéki tájon állásnál kifejezett lordosis, a mely ülésnél kiegyenlítődik. Az említett területekhez tartozó izmok tapintásra

is petyhüdtébbek. Hideg behatására a gluteusok és deltoideusokban fibrillaris rángások jelentkeznek. Hasfal izomzata tapintásra rendes feszültségű; mellkas körvonalai a „darázs mellkas“-ra emlékeztetnek. Erőltetett légzésnél a légzési segédizmok nehezen vehetők igénybe. Alkar-izmok, a kis kéz-izmok kevésbé vannak megtámaszva, kis lábizmok éppen nem.

Felszólítva a beteget, hogy ülő helyzetéből felálljon, ennek csak nagy erőlködéssel tud eleget tenni. Leginkább jellemző a betegnél a fekvő helyzetből való felállás, mely annyira szépen kifejezett, mint azt az ide vonatkozó képeken szoktuk találni. Ilyenkor ugyanis a beteg hasra fekszik, majd térdeit maga alá húzza, miközben felkarjaival a földre támaszkodik, majd térd ízületeit kifeszítve, — csípő ízületeinek hegyes szögben való behajlítása mellett — állandóan kifeszített felső végtagokkal igyekszik súlypontját lábai felé vinni; majd kezeit térdére és czombjára támasztva, — mint mondani szokás — felkapaszkodik az alsó végtagjain; könyök ízületénél fogva — adducált felkarok mellett — a beteget felemelve, a lapoczkák lazán rögzített volta még inkább kitűnik, a mennyiben ezek egészükben fölfelé mozdúlnak el. Kezek szorító ereje gyengült. Alkarok hajlító erejükben különösen baloldalt megfogytak, felkar abducálása, illetve emelése oldal- és előre felé a vízszintes helyzetet csak jobboldalt éri el. A serratus anticus, deltoideus és pectoralisokon kívül a latissimus dorsi működése is lecsökkent, ép így a rhomboideusoké is.

Fenti tényleges mozgásoknál rendkívül szembeötlő az augulus inf. scapulae előemelkedése. Felkar és a czomb be- és kifelé való forgatásánál az izomzat már kis ellentállást sem képes legyőzni; járás „kacsajárás“-ra emlékeztet, a medence oldallirányú hullámzásai miatt. A lépesőjárás erősen befolyásolt.

Érdekes az eset a szorványos előfordulás és a pseudohypertrophiák teljes hiánya miatt is.

IV. LECHNER KÁROLY előadása: *A beszámítás és a jogorvoslás kérdése a büntető törvénykönyv revíziója alkalmából.* (Lásd Értesítő 261 - 265. 1.)

(Megjelent a „Gyógyászat“ 1913. évf. 45. számában egész terjedelmében.)

XIV. szakülés 1913. október 18-án.

Elnök: KLUMÁK ADOLF.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

I. HEVESI IMRE. *Spondylitis ankylopoëtica.* Betegbemutató.

Ty. Á. 33 éves, napszámos. Betegsége 10 hónap előtt kezdődött külső ok nélkül. Semmiféle aetiologiai momentumot sem sike-

rült kikutatni nála; WASSERMANN negativ. Gerincze lassanként meg-
görbült és megmerevedett.

A különben ép, erős testalkatú férfibeteg hátgerince iv alakban
előre görbült annyira, hogy álla szegycsontjához ér. A gerincez annyira
merev, hogy az áll és szegycsont közzé csak egy ujjat lehet beszorítani.
Legélesebb a görbület a dorso-cervicalis részen, míg a lumbalis tájon
a sagittalis síkban beállott eltérés inkább az élettani lordosis eltü-
nésében jut kifejezésre. Háromszoros, mérsékelt scoliosis elhajlás
észrevehető torsio jelenségekkel. A test egyéb izületei szabadok. Az
idegrendszer részéről számbavehető zavarokat nem lehet kimutatni.
Teljesen merev az occiput és atlas, valamint az atlas és epistropheus
közti ízület is. ROENTGEN felvételeken a dorsocervicalis részen a csigolyatestek árnyéka összefoly egymással és a nyulványok és oldal-
izületek árnyékával; lejjebb a csigolya közti hézagok kivethetők.

A bemutatott kóralak külső megjelenésében a BECHTEREW féle
tipushoz hasonlít, azonban aetiológiájában sem öröklés, sem lues,
sem trauma nem szerepelnek, valamint hiányzanak az idegtünetek
is. Prognosisa quoad restitutionem kedvezőtlen.

II. SZABÓ JÓZSEF: Két ideggyógyászati eset bemutatása.

1. A *conus medullaris* és *cauda equina* traumás laesiója. 26
éves, napszámos f. évi szept. 2-án azzal a panasszal jelentkezett,
hogy két hónap előtt egy fáról leesett. Ekkor elvesztette eszméletét.
Néhány napig volt eszméletlen, mikor magához tért, alsó végtagjait
nem tudta mozgatni, székét, vizeletét tartani nem tudta.

Vizelete folyton csepegett, széke szivárgott anélkül, hogy érezte
volna; nemi képessége azóta elveszett. Eleinte nagy fájdalmai
voltak a keresztízáján, hólyag, végbél, gát tájékán és végtagjaiban.
Állapota lassan javult. Fájdalmai enyhültek. Végtagjait is mozgatni
kezdte. Egy hónapja már járni is tud. Vizelete időnkint kiürül,
a nélkül, hogy érezné. Vizeleté ingere nincs. Széke is 2-3 nap-
ban ürül. Sem merevedése, sem nemi ingere nincs most sem.

A vizsgálat bal oldalt a III., IV., V. sacralis segmentum be-
idegzési területén, valamint a bal czomb hátsó, medialis részén
a czomb felső harmadában, továbbá jobb oldalt a IV. és V. sacralis
segmentumnak megfelelő területén érintési, hideg meleg és fájdalom-
érzés hiányát mutatja. A nyomásérzés és nyomásfájdalom is csök-
kent. Alsó végtagok mozgása szabad. A bal Achilles inreflex nem
váltható ki, a jobb Achilles inreflex és mindkét patelláris reflex
normalis. Hasi reflex, cremaster és talpi reflexek rendesek. Anális
reflex hiányzik. Teljes elfajulásos reactio a sphincter ani externusban
és a levator ani-ban. Végbél, húgyveső és hólyag nyálka hártájája
anaesthesiás. Incontinentia urinae et alvi. Impotentia coeundi.

Betegnél a bántalom székhelye a conus medullarisban, illetőleg
a cauda equinában keresendő. A tünetek symmetriás elhelyeződése,

továbbá a kezdetben volt nagyobb fájdalomosság a cauda laesiója mellett szól, valószínű azonban, hogy a conus is sérült. (Hämatomyelia conus). Ezek a tünetek csak a commotio cerebri tüneteinek elmúltával lettek nyilvánvalók. A baj oka a trauma. A beteg állapota előre láthatóan, lényegében változatlan marad.

2. A *nervus medianus* izolált bénulása. 56 éves, nem iszákos férfi, három hét előtt jobb könyökével bal kéztőizületére támaszkodott, mialatt bal keze egy asztalon feküdt, ilyen helyzetben egy órahoszat beszélgetett. Ekkor vette észre, hogy bal keze elzsibbadt és fáj. A kezét minden irányban jól tudta mozgatni.

A vizsgálat a bal kézen a kéztő izülettől distal felé, a kéz volaris felületén a n. medianus érző beidegzési területének pontosan megfelelő anaesthésiát talál, mely azonban partialis, a mennyiben a nyomás, nyomásfájdalom és helyzetérzés eléggé megtartatott. Két heti kezelés után már fájdalomérzés és extrem hideg és melegérzése is visszatér, csak az epicriticus érzésekkel szemben van még kifejezett hypaesthesia.

A beteg a bajt úgy szerezte, hogy miut megmutatja, pontosan a n. medianus kéztő ingerlési pontjára könyökölt. Minthogy periferiás ideg enyhébbfokú nyomási bénulásáról van szó, pár hét múlva teljes gyógyulás várható. Érdekes, hogy a bénulás csak az ideg érző ágait illette, a motoricus functiók és a villamos ingerlékenység a n. medianus által beidegzett kézizmokban teljesen normalis.

III. BENEDEK LÁSZLÓ és ZSAKÓ ISTVÁN előadása: *Juvenilis paralysis progressiva*. (L. Értesítő 266—268. 1.)

IV. BENEDEK LÁSZLÓ és ZSAKÓ ISTVÁN előadása: *Spasticus spinalis paralysis esete* (L. Értesítő 269—271. 1.)

V. BENEDEK LÁSZLÓ előadása: *Acut traumás cerebellaris ataxia esete* (L. Értesítő 272—274. 1.)

VI. DITRÓI GÁBOR előadása: *A kancsalság orthopaedikus kezelése*. A kancsalság kérdése szemorvosi megvilágításban. Anatómiai nyugalmi helyzet. Convergentia és kancsalság. Hypermetropia és convergentia; myopia és convergentia. Anisometropia; a kiscokú anisometropia elterjedt volta. Binocularis látás. Fuzio, fuziobőség, fuziokényszer. Exclusio. A kancsalság kifejlődése a periodikus kancsalságtól a monokularis kancsalságig. Amblyopia. A kancsalság kezelése, műtéti indicatio, orthopaedikus kezelés indikált volta. Az amblyopiás szem látása. Atropin kura a gyermekeknél; váltakozó szembekötések. Az optikai correctio kérdése. Bimacularis látás, az exclusio leküzdése. Fuzioösztön felkeltése az utóképekkel. Monocularis gyakorlás. Fuziobőség fejlesztése. Mélységbecslés. (Megjelent egész terjedelmében a „Szemészet” 2. számában.)

Hozzászól: IMRE JÓZSEF dr. Rámutat arra a nagy előhaladásra,

mely az utóbbi években észlelhető a szem működési hibáinak kijavításában s az ilyen kijavításoknak nagy jelentőségére a szem használhatóságát illetőleg. Különösen fontosnak tartja annak a tudatnak terjedését, hogy a kancsalság csak egy specialis esete a kétszemes látás igen gyakori hiányzásának s mivel gyakoribb, még fontosabbnak látja azt az esetet, mikor kancsalság nélkül (lappangó kancsalságként) van meg ez a hiba. Mivel a kétszemes látás a DITRÓI dr.-tól leírt módokon és teljes optikai kijavítás után helyreállítható, sürgős kötelesség az ilyen állapot felfedezése és kezelése, a mihez az iskolaorvosok és szemészek közös és kitartó munkája kívántatik. Ennek eltervezése, részletes megszabása a szemorvosok feladata lesz.

XV. szakülés 1913. évi október hó 25.-én.

Elnök: DAVIDA LEO.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

BENEDEK LÁSZLÓ: *A Noguchi-féle Luetin-nel paralyticus betegknél végzett bőrreakciókról.* Szerző az irodalmi adatok előreboesátása után reátér az oltás technikájára: ismerteti a negatív és pozitív reakciók alakjait, az észlelt secundár és torpidformákat. Hangsúlyozza, hogy a reakciók leolvasásánál nem csak azoknak egy tulajdonsága, pl. a felületi kiterjedés, hanem az összreakció veendő figyelembe, mert csak így kerülhetők el biztonsággal a technika különbségeiből eredő hibák. 81 paralyticusnál végzett reakcióból 28 = 34.6% „erős”, 23 = 28.4% „középerős” és 14 = 17.4% „gyenge” reakciót adott, 16 = 19.7%-ben negatív volt az oltás eredménye. 10 dementia praecox-ban szenvedő egyén közül egy adott „gyenge” jelzésű reakciót.

Három lues cerebri-ben szenvedőnél feltűnően nagy „gummaszerű” reakciókat észlelt, szemben a 81 paralyticus esetnek általában torpidabb reakcióival. A különbségeket 2 aquarellfestményen és 2 moulage-on mutatja be.

A WASSERMANN-reakciónak STEIN és MÜLLER által észlelt megváltozása egy esetben sem fordult elő. Erysipelas-szerű reakciót nem látott.

Neosalvarsan a gummaszerű reakciót nem befolyásolta.

A lues cerebrinél talált igen erős reakciók közül egyiket szövettanilag is feldolgozta. A göresövi lelet, a melyet VESZPRÉMI tanár ellenőrzött, érdekes az óriássejtek, epitheloidsejtek és az infiltrációs területek elhelyezkedése és alkata miatt.

A NOGUCHI-féle luetin befecskendezésekkel egyidejűleg WASSERMANN-reakciók is végezettek összehasonlítás céljából.

Összefüggés e tekintetben nem volt található. A WASSERMANN-reactiók a kontroll kedvéért a bőrgyógyászati klinikán végeztettek. A NOURCHÉ-tól kapott luetin egy részét GÉBER tanársegéd volt szíves átengedni tovább kísérletezés céljából. (Megjelent egész terjedelmében az „Orvosi Hetilap” 1913. évi 46. sz.-ban.)

Hozzászólás: GÉBER JÁNOS dr. A reactiót határozottan specificusnak tartja, mely azonban inkább a syphilis késői alakjaiban következik be, tehát ott, hol a WASSERMANN-féle reactio néha eszenbenhagy. Sem a hg., sem a salvarsan-kezelés *nem* befolyásolja. Éppen ezért a syphilis gyógyult voltának megállapításánál jól használható, mert ha a W.-reactio negativ volta mellett a luetin-reactio is elmarad, a gyógyulást igen valószínűnek mondhatjuk.

XVI. szakülés 1913. évi november hó 8.-án.

Elnök: KLUMÁK ADOLF.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

I. GÉBER JÁNOS bemutat: *a)* egy 19 éves leányt, kinél majdnem egész arczára ráterjedő Lupus erythematosus van jelen, mely kb. 2 éve áll fenn és lassan terjed tovább. Feltűnő az igen nagyfokú elszarusodás, mely főleg az orrháton tetemes. Foglalkozik a folyamat aetiológiájával és annak a tubereulosishoz való viszonyával. Szembeállítja az ez irányban végzett vizsgálatokat és arra az eredményre jut, hogy azt a kóros folyamatot, melyet mi l. e.-nek nevezünk, mely egy lassan terjedő chronicus gyuladás, mely exulceratio nélkül hegszerű atrophiahoz vezet, gyakran a tubereulosis bacillus idézi elő, azonban más különböző okok is előidézhetik. Mint ilyen, nem tartja egységes betegségnek; *b)* egy 22 éves embert, kinél súlyos Rupia syph. van jelen. Az illetőnél a fertőzés 4 hó előtt történt, mely után már 2 hó múlva a most is meglevő súlyos elváltozások léptek fel. Főleg a terapiájával foglalkozva kiemeli, mily bámulatos hatása van ilyen esetekben a salvarsannak, melyet kis dosisokban (0.2-0.3 neosalvarsan) adunk.

II. APÁTHY ISTVÁN előadása: *A kiválasztó szervek különleges főtüdése resorcina fuchsínával.* (Készítmények bemutatásával.)

III. ÁCS-NAGY ISTVÁN előadása: *A tüdőtuberculosis korai diagnosisa a Koch-féle tuberculinnal.* A tüdőtuberculosis korai megállapítása igen fontos nemcsak a beteg, hanem a nemzetgazdaság szempontjából is. A halálozás kétségtelenül tetemes alászállása mutatja ezt a művelt államokban.

Mi a tubereulin körjelző értékét a vázolt szempontokat tekintve tanulmányoztuk. Ezzel kapcsolatban célunk a tubereulinak a

gyakorlatban a lehetőség szerint való általánosítása is. Természetesen a tuberculin hatását mindig csak a klinikai tünetek összességével együtt értékesítettük.

Adagolási módszerünk a módosított Koch-féle eljárás ama különbséggel, hogy mi nem emelkedünk 10·0 mgr.-ig. Szerintünk az 5·00 mgr. adag — mint legmagasabb — teljesen elégséges. Adagjaink tehát 0·2, 1·0, 5·0 a szükséghez képest.

161 esetünk közül 130-nál a köpet állandóan bacillustól mentes. 22 esetben a tuberculin befeeskenése után a köpet bacillustartalmúvá lett. 9 beteg, a kiknek köpetében bacillusokat nem találtunk, az 5·0 mgr.-ra nem hatott.

A 130 eset közül az esetek felében a tuberculin hatása a befeeskenés után 12—18 óra múlva jelentkezett. Ritkább már a hatás föllépése a 6—12, még ritkább 18—24 óra és 36—48 óra között. Végre a 48—60 és az 1—6 óra között beálló hatást csak 1—1 esetben észleltük.

A lázas hatás tetőfoka a reakciónak rázóhideggel, avagy borzongással való föllépésétől függ.

A hőmérséklet az esetek túlnyomó számában folytonos. Nehány esetben a már elmúlt lázas hatás után újabb reactio állott elő 24 órán belül.

A lázas hatás rendszerint 1, ritkábban 2 s még ritkábban 3 nap alatt zajlott le. 1—1 esetben azonban észleltünk 6, 7 és 9¹/₂ napos lázas hatásokat is.

A hőemelkedés után a főfájás, bágyadság és a hányásinger voltak a leggyakoribb általános tünetek.

A tuberculinnak a tüdőcsúcsban föllépő helyi hatását — szörtyözörejek alakjában — csak 14 esetben kaptuk. Éppen ezért mi a tuberculin helyi hatását — a tüdőtuberculosisnál — nem tartjuk fontos tünetnek.

A szűrési hatást csaknem minden esetben észleltük kisebb-nagyobb fokban.

A tuberculinnak az általános anyagcsereére való hatását az előzetes pár heti észlelés alatt elért állandó hízás után ítéltük meg. A hatás e tekintetben különböző volt. Előfordult, hogy alacsony és rövid idei lázas hatás után fogyás volt és viszont. Máskor magas és hosszabb idei lázas hatás után erősebb a gyarapodás, mint alacsony és rövid idei reactio után.

A physikai elváltozások és a hatást létrehozó tuberculin-adag mennyisége között kapcsolatot nem kaptunk. Az esetek n. i. váltogatás nélkül felelészben 1·0 mgr., felelészben pedig 0·2 és 5·0 mgr.-ra hatottak.

A tuberculinhatás a physikai tünetek összességével szemben nincsen előnyben. A gondos betegészlelés mellett alkalmazott physikai

vizsgálati eszközeink u. i. mindig mutatták a korai tüdőtuberculosist a tuberculin adása előtt.

A tuberculin adása után positiv köpetű eseteinknél a lázas hatás az utóbbi sajátos voltát mutatja.

Szövdést csak 1 esetben észleltünk múltó véres vizezés alakjában.

A tuberculin alkalmazását — az ellenjavalatok legszigorúbb betartása mellett — az orvosi gyakorlatban is ajánljuk. Természetes, hogy a tuberculin hatásának tüneteit a meglévő klinikai tünetekkel mindig össze kell egyeztetnünk.

Discussio: ISSEKUTZ BÉLA, JANCÓS MIKLÓS.

XVII. szakülés 1913. évi november hó 15.-én.

Elnök: DAVIDA LEO.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

I. HATIEGÁN GYULA: *Egyoldali dobverőujjak az arcus aortae és arteria anonyma aneurysmájánál.* (Bemutatás.) Egy eset kapcsán ismerteti az egyoldali dobverőujjak keletkezési és előfordulási viszonyait. Ezen ujjdeformatio kifejezett esetét észlelte egy 41 éves férfinél, kinél a fisisalis és RÖNTGEN-vizsgálat egy az arcus aortaeről az arteria anonymára reáterjedő aneurysmát mutatott. Az eddigi irodalomból 15 hasonló esetet gyűjtött össze, de ezek közül is csak öt van klinikailag bebizonyítva; a többi esetekben az egyoldali dobverőujj nem áll közvetlen oki összefüggésben az aneurysmával.

II. HATIEGÁN GYULA és DÖRI BÉLA előadása: *Adatok a pellagra tünettanához.* Beszámolnak azon gyomor-bél vizsgálatokról, melyeket az utóbbi két évben a klinikán előforduló pellagrás betegeken végeztek. A gyomornedv elválasztás csökkenésével kapcsolatosan teljes achlorhydriát és aepsziát és az összesav nagymértékű megkevesbbedését észlelték, ezzel szemben a pancreas- és bélfunció (WOHLGEMUTH-, SCHMIDT-étrend) rendes viszonyokat mutatott. Vizsgálataik alapján a gyomor-bélrendszer hibás működésének cardinális kiindulását a gyomor lefokozott működésében keresik.

Hozzászól: BENEDEK LÁSZLÓ. A pellagra egyrészt igen gyakran van psychosisokkal complicálva, másrészt pedig a különböző elmebetegségekkel kapcsolatban klinikailag az endemiás p.-val identicusnak látszó tünetesoport „Syndromes pellagreux” nem éppen ritkán észleltetett.

Ezen psychosisok egy tekintélyes %-át (pl. MAIER FR. eseteinek 100%-át) a melancholia alkotja, gyakran „raptusszerű” anxietással.

Gyakori tünet a negatív érzéstonussal járó elmebetegségeknel az elválasztások csökkenése: viszont az is előfordul — nem éppen ritkán —, hogy a psychoticus tünetek visszafejlődésével az általuk kiváltott testi tünetek visszafejlődése nem tart lépést, sőt ezek hosszabb időn át — önállóan — fennmaradhatnak (pl. a „szorongási mozgások“ stb.).

Felszólaló utal továbbá a különböző dementiafajoknál észlelt gyomorsósav csökkenésre, hivatkozva többek között LEUBUSCHER és ZIEHEN (1892.) vizsgálataira a dementia paralytica progressivánál.

A „Dementia pellagrosa“ szintén elég gyakori combinatio.

Mindezeknél fogva figyelmeztet arra, hogy a szerzők által is talált sósavcsökkenés indirecte a komplikáló psychoticus jelenségek-ből is levezethető és nem okvetlen az általános intoxicatio által feltételezett direct tünetnek fogandó az fel minden esetben.

Érdekesnek tartaná az ilyen irányú vizsgálatokat.

Mindez, a felszólaló szerint, legkevésbbé sem érinti a szerzők munkájának értékét.

III. BENEDEK LÁSZLÓ előadása: *A Brown—Séguard-féle benu-láshoz.* ([Bemutatással.] L. Értesítő 275 - 280. l.)

XVIII. szakülés 1913. évi november hó 22.-én.

Elnök: KLUMÁK ADOLF.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

I. IMRE JÓZSEF: *Tehén szarvától okozott szem sérülés* esetét mutatja be. Idősebb földműves nov. 5.-én heves ütést szenvedett jobb szemén tehene szarvától; nagy szikrázást látott szeme előtt, heves fájdalmat érzett, vér szivárgott hosszabb ideig a szemrésből, de el nem szédült s nemsokára folytatta a dolgát. Szemhéjai azonnal bedagadtak. Másnap a szemklinikán jelentkezett, hól a következőket találták: A felső szemhéj igen vastag, nagy véraláfutástól feketés, lelóg az alsóra; belső zug közelében a szemhéjszélen tépelt felszínű, mintegy 4 mm. mély szakadás (coloboma); a szemhéjak széthúzásakor: a enj.-bulbi felül, a szarúszéltől 3 - 4 mm.-nyire eső félkörben beszakadt; reáfekszik a szarúnártyára, a kötőhártya sebc szélesen tátong; a sclera ép. A szemgolyó 15 mm.-nyire áll előre, teljesen mozdulatlan minden irányban; kézzel is alig mozdítható, az orbita feszes kitöltése miatt. A szarúhártya ép. *pu.* közép tág, nem reagál, fényérzete van; a szemgolyó belseje tiszta, háttérben semmi kóros, látó idegfő erei talán kissé szűkebbek, mint a másik felől. A bárom súlyos változás: exophthalmus (szemgödörbeli vérzés), szemizmok teljes bénulása és vakság bizonyosan azonos ana-

tomiai okból keletkezett, de nem lehet könnyen megjelölni, miből. Előadó nem hiszi, hogy mind a három mozgató ideg megbénulhatott volna, csupán a vérzésből, vagy a tehénszarvnak a bulbus- és szemgödőrfal közé való behatolásától és az e miatti kiemelkedésből (evulsio), valószínűbbnek tartja, hogy az orbita csücsében csontrepedés történt. Mintegy 2 hét alatt, a bemutatásig, az exophthalmus alászállott, a látás kézmozgás észrevételéig javult, de semmi mozgás nem tért vissza.

II. Feszty György előadása. A lőfegyverek tartását, illetve ezeknek és a töltényeknek eladását hatósági engedélyhez kötő városi szabályrendeletnek hatását intézetünk is megérezte. Volt idő, a midőn már arra kellett gondolni, hogy az említett fegyverekkel okozott sértések egészen eltűnnek intézetünk anyagából. Annál csodálatosabb, hogy most legutóbb 10 napon belül egymásután 5 lőfegyverrel okozott sérüléssel foglalkozhattunk s egy a sebészi klinikán kezelt 6-ik sérülésről, öngyilkoságnak kísérletéről is értesültünk. A hat eset között volt: 3 öngyilkosság, 1 öngyilkosság kísérlete, egy emberölés és egy gondatlanságból okozott testi sértés.

Mint hogy főként a két utóbbi eset törvényszéki orvosi szempontból érdekes, azokat rövid ismertetés mellett bemutatni kívánatosnak tartottuk.

Az emberölés havasi községben történt. Régi ellenségét az erdő-ört a falú népe üldözőbe vette. Az illető a Szamos széles hidján menekült; üldözői nyomon követték; menekülés közben egyszer a megtámadott a levegőbe lőtt, majd a hidon átérve, a mikor látta, hogy a szemközti legelőről is ellenség közeledik, a hidon utána a siető tömeg felé lőtt. A lövés a tömeg élén haladó vezért érte, a ki a tanúk állítása szerint megtántorodott, mintha egyet lépett volna és elterlüve a földön mozdulatlanul ott maradt. A nyomozással kapcsolatos orvosi szemle a nyakon egy lövési sérülést és elvérzési halált állapított meg.

A halottnak későbbi törvényszéki megvizsgálása megállapította, hogy a nyak mind két oldalának legalsó részén, közvetlenül a kulcsesont közepe felett egy-egy eléggé szabályosan kerek lövési seb van. Mindkét sérülésnek megfelelően az ing, a bárányprémmel bélelt bekecs és az ujjas gallérjának alsó része át volt ütve.

A kettős nyilásnak látása a jelenlévők egy részében azt a gyanút keltette, hogy az illetőre kétszer vagy legalább is két golyóra töltött fegyverből lőttek. Az orvosi vizsgálat azonban kiderítette, hogy a két nyílás egymáshoz tartozik, hogy a golyó a nyak alsó-részének lágy részeit a homloki síkban haladva vízszintesen keresztül furta. A bemenetnek és a golyó kijövésének nyilását, a melyeket egymástól éppen a nyak lágyrészeit illető és sebesen haladó golyó által okozott sértések eseteiben nehéz megkülönböztetni, ebben az esetben már

a ruházatnak viselkedése is jelezte, a mennyiben a nyak baloldalán levő sértés helyén a bekecs bárányszőr bélésének szőrzete, mint egy vastag ecset kifelé nyomult. Megjelölte bemeneti nyílásként a jobb oldali sérülést az is, hogy ez kisebb, szabályosabban kerek volt, hogy szélein hámszögletes, keskeny gyűrű mutatkozott, a mely az ellenkező oldal sérülésén hiányzott. Ólom szemcséket, a melyek Demeter tr.-nak közelebbről előadásra kerülő vizsgálatai szerint még nagyobb távolságból jövő lövések eseteiben is a bemeneti nyílás környékén felfalálhatók, ebben az esetben nem találtunk, a mi a 60 lépésnyi nagy távolság mellett nem is meglepő.

A halál beállásának körülményei, a helyszíni szemle és a halottvizsgálatnak adatai a mellett szólottak, hogy a halál rögtön, úgyszólván a lövés pillanatában beállott. Ez adatok megczáfolták az elvérzést; a halott fekvő helyén a földön alig tenyér nagyságú vékony rétegű véryom volt s a ruházatnak beveződése sem árult el nagyobb vérvesztést, ennek nyomait a halottvizsgálat sem állapította meg; sőt a halott belső részei úgyszólván rendes vértartalmúak voltak s a sérülés az elvérzésre kellő nagyságú kapút nem nyitott. A lőcsatorna u. i. az egyik bőr gyűjtőér megszakítása után, a nagyobb vérzések sértése nélkül haladt keresztül a nyakon, útközben a légeső hátsó falát közvetlenül a gyűrűporoz alatt roncsolva. A felforgó körülmények között 3 halállal kellett számolni, nevezetesen a levegőemboliával, fulladással, és a u. u. Shokkal, imbibitíóval. A víz alatt megnyitott szívben levegő nem rejtőzvé, a levegő embolia nem jöhetett szóba. Nehezebb volt a másik két halál között a valódinak a kiválasztása; a légeső roncsolás, a mely annak lelapulását idézte elő a fulladás előidézésére mindenesetre alkalmas volt, tekintettel azonban a halál beállásának hirtelenségére, a vérömlés csekélységére, a sérülés vérbeszűrődésének kis fokára, a másik halál vált valószínűbbé.

A másik eset gondatlanságból okozott testi sértés esete annyiban hasonló az előbbihez, hogy a golyó a testnek erre kevésbé alkalmas helyén vajt magának két nyílást, okozva csatornát. A sérülés állítólag úgy keletkezett, hogy a terheltnek kezében egy 12 mm.-res revolver véletlenül elsült. A sérülés alakja egészen szokatlan: a hasnak jobb oldalán a bordaív szélénél a fehér vonaltól pár harántújjnyira legfelül egy hosszirányban elnyult horzsolás, azután egymástól 15 cm.-nyi távolságban, egy vonalban két kb. egyforma nagyságú kerek anyaghiany tűnik fel. A ruházat viselkedése és a magasabban fekvő sérülés szélein levő horzsolás elárulta, hogy a felső nyílás a bemenetnek a nyílása. A golyó tehát balról, felülről ferdén jobbra és lefelé haladó irányban, mintegy érintőleg hatolt keresztül a has falon. Ez csak úgy történhetett, ha a fegyver, tehát a terhelt keze is jóval magasabban állott, mint a sértett; de még egyéb

feltétel is szükséges volt a sérülés keletkezéséhez, nevezetesen a has bőrének ráncbaszedődése; a sérülés úgy keletkezett, hogy a sértett a lövés pillanatában ült a sértett oldala felé meghajolva, a terhelt pedig mellette fenn állott.

Egy további közös vonása ennek az esetnek az előbbivel az is, h. a hason levő két sértést, kivált a sértett álló helyzete mellett tarthatták volna két lövéstől, illetve két golyótól eredetnek. Ilyen tévedések a törvényszéki orvosi gyakorlatban, illetve a löfegyverek által okozott sérülések körüli nyomozásokban nem is nagyon ritkák.

Képben bemutatathatók egy esetet, mely szintén intézetiinben került évvekkkel ezelőtt észlelésre: a 14 éves fiúnak farán levő sértést seréttel töltött fegyver állítólag véletlen elsülése okozta. Azonban a terheltnek ez a védekezése gyanús színben tűnt fel, a mikor megállapítást nyert, hogy a faron levő sértésen kívül a végbél nyílás mellett is van egy második külön álló sértés. Az alaposabb vizsgálat azután kiderítette, hogy két sértés összefügg, hogy a végbél roncsolás a faron levő sértés löcsatornájába esik.

A másik három esetben különösebb érdekessége nincs, eltekintve attól, hogy egyiknél a lövés helye a mellkasnak szokatlan helyén magasan az első borda széle alatt közvetlenül a szegycsont mellett volt. Mindhárom mell-lövés útján elkövetett öngyilkosság.

III. LECHNER KÁROLY: *Az impressziókról és a revelációkról.*

Hosszú évek során eszközölt megfigyelések és kísérletek alapján előadó a következő eredményekre jutott:

1. Az impressziók olyan perzepeziós érzések, a melyek elégtelen, vagy hiányos ingerfelvétel mellett, tülerős, de összevágó reflexvisszahatások okából érzéki csalódásként keletkeznek.

2. A revelációk hasonló jelenségek, csak hogy tökéletlen reprodukziós képzetekből erednek, ha azokat igen heves reakciók kísérik. A reakciók többnyire affektusos visszahatások alakjait öltik magukra, a melyek tévedésnek minősítik az eseményt.

3. Mindkét jelenség élettani határok között is előfordul, a mikor úgy a csalódás, mint a tévedés korrigálható.

4. Mihelyest ez a korrekció többé nem lehetséges, kóros tünetekkel állunk szemben.

5. A kóros impressziók és a kóros revelációk az ingert felvevő szervek beteges gyöngeségéből, valamint a reakziós szervek tulságos ingerlékenységéből származnak, a mi többnyire öröklött ideges alkat, vagy szerzett ideges hajlandóság alapján fejlődik ki.

6. A kóros impressziókból és a kóros revelációkból könnyen téves eszmék keletkeznek, a melyek korrekció hiányában állandósúlnak, a belátás számára hozzáférhetetlenné válnak, az őket felhasználó értelmi munka által rendszerbe fűződnek, az öntudat összes tartalmába bekapcsolódnak és végre az egész egyént lelkileg átalakítják.

XIX. szakülés 1913. december hó 6-án.

Elnök: DAVIDA LEO.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

I. IMRE JÓZSEF: „Az anisometropia jelentőségéről.”

Előadó a felemás fénytörés fontosságát abban látja, hogy leg-hathatósabb előmozdítója a kancsalságnak s a két szem fénytörésbeli különbsége miatt kancsalság nélkül is igen gyakran az egész életen át tartó egy szemes látás, mely az egyént sokféle foglalkozásra alkalmatlanná teszi. Az egyetemi szemklinika forgalmából vett adatok közlése után megállapítja, hogy gyermek korban (körülbelül a 15 évig) mindenki elfogadja a két szemet egészen javító, tehát különböző üvegek rendelését, s hogy a legtöbb felemás szemű egyéneknek nincs jó kétszemes látása, de ez a fénytörés pontos kijavitása után fiataloknál helyre áll; ezt a kijavitást az egész életre kiható, a szemek teljes használhatóságát biztosító rendszabálynak tekinti. Előadja, mily szabálytalanul, rendszertelenül látszik kialakulni a két szem használatának módja, a felemás szeműeknél: a két szem szabályos működése, az egyik szem képeinek kizárása, a váltakozó használat, a kancsalitás; de a helyzet fejlődése, a fénytörési hiba minősége s a látás különböző élessége mellett leginkább a szem-izmok egyenletes vagy aránytalan fejlettségéről, ú. u. egyensúlyi állapotától függ. Ismerteti az izom-egyensúlynak és a szemek ú. u. nyugalmi helyzeteinek megállapítására szolgáló módszereket és eszközöket, melyekkel azt találta, hogy 6 - 20 év közti korban levő egyéneknek mintegy $\frac{2}{3}$ része *nem bír* jó kétszemes látással s az ilyenek tetemes részének, főleg az anisometriásoknak, nincs arányos izom-működése a két szemben. Minthogy pedig felnőtt egyéneknél már a különböző fénytörés nem sokszor javítható teljesen, (mert az egyik szem addig elnyomott képe is az öntudatba tolikodik s zavarja a fusio követelésével az addig megszokott nyugalmas egy-szemes látást), minél előbb kell a helyes szemüveg használatát megkezdenni s ebből az érdekből sürgősen ajánlja, hogy a tanulók szemeinek megvizsgálására, sőt általában érzékszerveik hibáinak kutatására az iskola-orvosok a részükre tartott tanfolyamokon rendszeresen gyakoroltassanak.

II. HATIEGÁN GYULA előadása: *Az alimentaris galactosuria klinikai jelentőségéről a máj különböző megbetegedéseinél.*

41 esetre vonatkozó vizsgálatról számol be. Vizsgálatai alapján, kimondja 1. hogy az alimentaris galactosuria az icterus catarrhalisnak állandó kísérő tünete. A kiválasztott galactose mennyiségének ismerete alapján még elkülönítő kórisménél is felhasználható egyéb icterusszal járó máj-megbetegedésekkel szemben.

2. A galactose beadása utáni hőemelkedést cholangitis eseteiben nem tartja szabályszerűnek és állandónak.

XX. szakülés 1913. évi december hó 13.-án.

Elnök: KLUMÁK ADOLF.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

I. SZABÓ JÓZSEF bemutatásai: a) *Syringomyelia* esete.

26 éves postaszolga 1909 januáriusában a jobb kezét nagyon megütötte. Keze 1½ hónapig fájt, akkor vette észre, hogy keze sorvadni kezdett. Ez a sorvadás lassanként fokozódott, keze gyengült. 1910 januáriusában a balkeze is gyengülni kezdett. Pár nap alatt ez a gyengülés annyira fokozódott, hogy balkezeit alig tudta használni. Ugyanekkor a balkéz izomzata is sorvadt. Jelenleg mindkét kézen a nagyujjpárna és a kisujjpárna izomzata, a kézközépcsontok közötti izmok sorvadtak, még pedig baloldalt inkább, mint jobboldalt. A sorvadt izmokban a villamos ingeriés jóformán kialudt, csak nagyon erős galvánárammal lehet még rángást kapni. A kezén és alkaron a fájdalom és a hőérzés csökkent, míg az érintésérzés és helyzetérzés jól megtartott. Bal pupilla tágabb a jobbnál, különben a pupillák lelete normális. A beteg 1910 őszén luest kapott. A WASSERMANN-féle reactio vérsavóval positiv. Az esetben érdekes, hogy a syringomyeliás tünetek közvetlenül egy erősebb trauma után léptek fel, mely a jobbkezet érte. Egy év múlva elég acute izom-sorvadás lépett fel a balkézen is, azóta a baj nagyon lassan halad.

b) *Apoplectiformis bulbaris paralysis* esete.

58 éves férfinál 1 év előtt szédülés, jobboldali trochlearis bénulás lépett fel. Luese nines. Jelenleg a szembénulás kijavult. Szédülése megvan. Nystagmus jobbra. A nystagmus viselkedése és a vestibularis készülék pontos vizsgálata arra enged következtetést, hogy a bal fasciculus longitudinalis posterior a vestibularis magvak és a trochlearis mag között laesiót szenvedett, a mely azonban csak partialis. A baj arterioscleroticus egyénben pár nap alatt fejlett, így feltehető, hogy kis kiterjedésű lágyulások gócz keletkezett. (Az eset közlemény alakjában is közölni fog.)

II. ELFER ALADÁR: *Lien migrans* egy esetéről tesz említést. A betegnél *kocsánycsavarodott* vándorlép miatt MAKARA professor lépkirtást végzett. Betegnél a nagy cseplesz gyűjtőereinek óriási thrombosisa volt jelen, mely magában is szerfelett ritkán észlelhető ilyen mérvben. Előadó a nagy cseplesz gyűjtőereinek ilyen fokú thrombosisát soha sem látta. Beteg jól van és remélhető a teljes felgyógyulása. A klinikai jelei a kocsánycsavarodásnak körülbelül 4 hétre vezethetők vissza. Már ezen adat is külön említést érdemel. A műtéti indikatio felállítása különösebb nehézséget nem okozott, mert az egyéb klinikai jelek mellett a hypertrophiás lép (malariás

ercdésű) a jobboldalt mellső szélével (jellegzetes bevágások) a középső vonal felé fordult. Egyébként röviden említést tesz az eddigi splenectomiás tapasztalásairól és azon kívül felemlíti a lép kiirtásának újabbí tagabbí indicatióit (Anaemia perniciososa).

Hozzászól MAKARA L.: A bemutatott esetnek kiváló érdekeességet kölcsönöz az a nagykiterjedésű thrombosis, mely nemcsak a tengelye körül többszörösen megesavarodott lépnek a kocsányában mutatkozott, hanem a gyomor fundusánál és a nagy csepleszben is ujjvastagságú, kanyargós, tömött venakötegek voltak. A has megnyitása-kor a thrombotisált cseplesz szokatlan és érdekes képet adott s tömegével egész daganatot formált. Második daganatnak mutatkozott a többször esavarodás helye alatt a tömött, vastag, thrombotisált lép-kocsány, végül harmadiknak maga az 1170 gr. súlyú lép, mely az alhas jobb felében laza összenövésekkel a hasfalhoz tapadt. A hasban néhány liternyi vörhenyes szabad savó volt.

Műtét előtt meg volt állapítható, hogy kocsánycsavarodott vándorlóp van jelen, mely lobosodás miatt a jobb alhasfélben rög-zült; tudtunk a thrombosisról is, mert a jobb ezomb is dagadt, a felszínes venáiban is mutatkozott thrombosis, mégis meglepő volt a lép- és csepleszvenák thrombosisától nyújtott, fennut leirt, tarka kór-kép. A beteg állapota műtét óta sokat javult, fájdalmai enyhültek, subfebrilis hőmérséke alászállt, úgy hogy alapos kilátásunk van a teljes gyógyulásra.

Kolozsvári működésem ideje alatt ez a második kocsánycsavarodott vándorlóp; az első (ugyancsak nőbetegnél) 1910-ben operáltam, a beteg 8 nap múlva gyógyultán távozott. Volt egy harmadik pathológiás lépesetünk egy nagyon legyengült, vérszegény fiatal (18 éves) leánynál, ki a súlyos összenövések miatt, nagy műtéli beavatkozás után, elhalt. Ennél a műtétet anaemia splenica diagnosisa alapján végeztük, de a bonczlelet inkább másodlagosnak mutatta a lépmegnagyobbodást (1450 gr.), mely idiült, olmeszesedő pylephlebitis alapján fejlődött.

Maga a lépeltávolítás vándorlépnél csekély risicóval járó műtét, mert a kihúzódtott lép-kocsány mellett a műtéli nehézségek is csekélyek. Teljesen oszton tehát ELFER tur. úr véleményét, hogy a kellemetlenséget és bajokat okozó vándorlépet legjobb mielőbb eltávolítani, még inkább áll ez, ha kocsánycsavarodás történt. A lép eltávolítását rendszerint nem sinyli meg a szervezet, még kevésbbé a beteg lépét. Legyünk azért a műtét indikációjának felállításában körültekintők; de viszont ne várjuk meg, míg a betegek annyira leromlanak, hogy náluk már az egyszerű hasnyitás is nagy beavatkozás jelentőségével birjon.

A bemutatott betegnél a lépen kívül eltávolítottuk a nagy cseplesz thrombotisált felét is, a mint az a bemutatott készítményből látható.

III. MÁTYÁS MÁTYÁS: *Kettős kéz esete.*

A 10 éves fiúgyermek azon panasszal vétette fel magát a klinikára, hogy születése óta bal kezén két ujj van, a mely a munkában akadályozza. Szülei s 2 testvére nem szenvedett hasonló bajban. Ő az első gyermek.

A különben egészséges gyermek bal keze kettős, ulnaris részen 4 rendes ujjal, a hüvelykujj hiányzik; radialis részen 2 ujjal, melyek közül a külső a rendes kis, az utána következő a rendes gyűrűs ujj. A két kéz közt egy kis 2 cm.-nyi, 2 izperczből álló csökevényes fejlettségű ujj van, mely talán a hüvelyk maradványa. Ez utóbbi kézujj középsontjának distalis vége van csak meg, proximalis részének megfelelő helyen egy kis csontmag. Az összes előbbi ujjaknak jól fejlett kézközépsontjuk van. A két kéz ujjai igen jól mozgathatók; a rad. oldalon fekvő kéz ujjainál az abductio és oppositio nem megy, a többi mozgás jól kivihető. A csökevényes ujj nem mozgatható. Mindkét kéz flexorai és exstensorai együttesen hajlittatnak be villamos ingerlésre. Érzési eltérés meleg-, hideg-, tapintás- és fájdalomérzés tekintetében nem található.

Röntgen-képen a leírtakon kívül a kéztőcsontokban is van eltérés. Az os multangulum majus és minus vaskosabb és hosszabb a rendesnél, köztük és az os capit. közt egy kis os intermedium van.

Az eset érdekes, mert kettős kéz alig van leírva az irodalomban.

IV. MÁTYÁS JENŐ előadási sorozatának I. része: *Emberi és állati csontok közötti különbségek.*

Hozzászól: KENYERES BALÁZS.