

# ÉRTESITŐ

AZ ERDÉLYI MÚZEUM-EGYESÜLET  
ORVOSTUDOMÁNYI SZAKOSZTÁLYÁBÓL.

\*

XXXVIII. KÖTET. 1916. XLI. ÉVFOLYAM.

KIADJA AZ ERDÉLYI MÚZEUM-EGYESÜLET.

SZERKESZTIK A SZAKOSZTÁLY VÁLASZTMÁNYA NEVÉBEN:

JAKABHÁZY ZSIGMOND DR.

KONRÁDI DÁNIEL DR.



KOLOZSVÁR,

AJTAI K. ALBERT KÖNYVNYOMDÁJA.

1917.

17

17 541

## XLI. ÉVFOLYAM TARTALMA.

### I. Eredeti közlések.

	Lapszám
APÁTHY ISTVÁN dr.: A csirapálya sejtjeinek tápláló berendezéseiről . . . . .	1—6
FUGULYÁN KATALIN dr.: Pseudotumor orbitae . . . . .	19—24
KOLESZÁR LÁSZLÓ dr.: Gránát-robbanással kapcsolatos süketiségről és süketnémaságról . . . . .	7—18
ÚJHELYI MIKLÓS dr.: Emberi veszettség esete . . . . .	25—28

### II. Szakülések jegyzőkönyveinek tartalma.

DITRÓI GÁBOR dr.: Pillaszőrök az elülső csarnokban . . . . .	32
— — : Cisticercus intraocularis . . . . .	33
— — : Bőráttétetéssel gyógyult szemhéjkifordulás esete . . . . .	33
GYERGYAI ÁRPÁD dr.: Hozzászólás: „Gránátrobbanással kapcsolatos süketiségről és süketnémaságról“ cz. előadáshoz . . . . .	31
ÍMRE JÓZSEF dr.: Egyszerű műtét szemhéjcsüngés ellen . . . . .	31
LECHNER KÁROLY dr.: Hozzászólás: „Gránátrobbanással kapcsolatos süketiségről és süketnémaságról“ cz. előadáshoz . . . . .	29
STEINER PÁL dr.: Az art. carotis comm. és a vena jug. int. aneurysmája . . . . .	33

# É R T E S I T Ó

AZ ERDÉLYI MÚZEUM-EGYESÜLET  
ORVOSTUDOMÁNYI SZAKOSZTÁLYÁBÓL.

XLI. évfolyam.

1916.

XXXVIII. kötet.

KIADJA AZ ERDÉLYI MÚZEUM-EGYESÜLET.

Szerkesztik a szakosztályi választmány nevében: JAKABHÁZY ZSIGMOND,  
KONRÁDI DÁNIEL.

TARTALOM: APÁTHY ISTVÁN dr.: A csirapálya sejtjeinek tápláló berendezéseiről — nagyító készítmények bemutatásával. 1—6. l. — KOLESZÁR LÁSZLÓ dr.: Gránát-robbanással kapcsolatosan a koponyát érő külerőszak által létrejött süketiségről és süketnémaságról. 7—18. l. — FUGULVÁN KATALIN dr.: Pseudotumor orbitae. 19—24. l. — UJHELYI MIKLÓS dr.: Emberi veszetség esete. 25—28. l. — Szakülések jegyzőkönyvei (IV. 1916. április 15.—VIII. 1916. decz. 9.). 29—34. l.



## SITZUNGSBERICHTE DER MEDIZINISCHEN SEKTION DES ERDÉLYI MÚZEUM-EGYESÜLET (ERDÉLYER MUSEUM-VEREIN).

XLI. Jahrgang.

1916.

XXXVIII. Band.

AUSGABE DES ERDÉLYI MÚZEUM-EGYESÜLET.

Redigiert im Namen des Sektions-Ausschusses von: DANIEL KONRÁDI

INHALT: STEPHAN v. APÁTHY: Die nutritiven Einrichtungen der Entwickelungszellen. S. 1. — Dr. LADISLAUS v. KOLESZÁR: Ueber durch Granatexplosion entstandene Taubheit und Taubstummheit. S. 2. — Dr. KATALINA FUGULYÁN: Pseudotumor Orbitae. S. 3. — Dr. NICOLAUS v. UJHELYI: Ein Fall von Lyssa humana. S. 4. — Sitzungsberichte (IV. am 15. April 1916.—VIII. am 9. Dezember 1916.). S. 5—6.



KOLOZSVÁR,

NYOMTOTT AJTAI K. ALBERT KÖNYVNYOMDÁJÁBAN.

1917.

## Kivonat az E. M. E. orvostudományi szakosztályának ügyrendjéből.

2. § A szakosztály ezélja: a) az orvostudományok művelése. b) Az ügyfelek közötti összetartás erő-bitése és fejlesztése.

3. § A szakosztály e ezélből időszakonként üléseket tart, melynek tárgyát bemutatók (betegek, eszközök, készítmények) és előadások képezik. Az előadások tárgyát önálló vizsgálatok, összefoglaló tanulmányok és orvos-társadalmi kérdések képezhetik, a melyek során eszmecsere, megvitatás indulhat meg.

4. § A szakosztály tagjai azok, a kik az E. M. E. rendes tagjai közé belépve, belépésük alkalmával az alapszabályok 16. §-a értelmében kijelentik, hogy az orvostudományi szakosztály működésében kívánnak résztvenni.

5. § A tagok jogait és kötelességeit az E. M. E. alapszabályainak 54. - 58. §§-ai szabják meg.

17. § A szakosztály folyóirata: „Értesítő az Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztályából” czímen több, 2-3 ives füzetben, lehetőleg sűrűn, de előre meg nem határozott időben jelenik meg. A czímlapon fel kell tüntetnie, hogy „kiadja az Erdélyi Múzeum-Egyesület.” E folyóirat tartalmazza azokat az értekezéseket, melyek a szakülések elé kerülnek, a mennyiben közlésüket az Értesítő terjedelme megegyedi, továbbá a szakosztály közgyűléseinek és szaküléseinek jegyzőkönyvét, valamint esetleg a szakosztályt egyébként érdeklő közleményt.

18. § A szakosztály választmánya a folyóirat szerkesztésére egy szerkesztőt választ három évi tartamra, a ki a füzetek gondos kiállításáról felel.

19. § A szakosztály választmánya évenként meghatározza költségvetésében az Értesítőre fordítható összeget.

20. § Az Értesítőben megjelenő értekezésekért tiszteletdíj jár, a melyet a választmány a viszonyok szerint határoz meg és a határozatát az Értesítő borítékán közli. Egy-egy értekezésből két ivnél több nem díjazható; ha pedig valamely értekezés három ivnél többre terjedne, az többlet nyomdai költsége az illető szerzőnek két iv után járó tiszteletdíjából levonatik. A szakdolgozatok csak azon esetben díjaztatnak, ha a szakosztály Értesítőjében jelennek meg először. A különlenyomatok csak a szerzők költségére adhatók ki. Áruk a szerzők tiszteletdíjából levonatik.

### Tudnivalók.

A szakosztály, közgyűlésének határozata alapján, az Értesítőben megjelent értekezésekért egyelőre tiszteletdíjat nem fizet.

Új tagok az Értesítő 1876., 1877., 1878.-ki folyamának egyes fűzött példányait két-két koronáért, az 1883-1895-ki folyamokat 4-4 kor.-ért a titkári hivatal útján megszerezhetik.

Az Erdélyi Múzeum Egyesület kiadásában megjelent egy hátrahagyott műve *Herbich Ferencz dr.-nak: Paläontologiai adatok a romániai Kárpátok ismeretéhez.* I. A Dambovitia forrásvidékének krétaképződményei, 17 könyomatú táblával, magyar és német nyelven. E munka bolti ára 3 korona, az egylet tagjainak azonban csak 2 korona, mely összegnek beküldése után bérmentve megküldjük azt a megrendelőeknek.

A külön lenyomatok ára (lapszámozva, borítékkal, fűzve) a következőre van szabva:

25 példány	1/4 ives	4 k — f.	25 példány	3/4 ives	8 k 60 f.
50	"	5 k — f.	50	"	12 k — f.
100	"	6 k 20 f.	100	"	15 k 20 f.
25	1/2	6 k 20 f.	25	1/1	11 k 20 f.
50	"	8 k 40 f.	50	"	12 k 60 f.
100	"	11 k 50 f.	100	"	17 k — f.

Több ives füzeteknél a második sat. ívek 20% engedménnyel.

100 példányon felül, a második sat. 100 példánynál még külön 10%.

# ÉRTESÍTŐ

## AZ ERDÉLYI MÚZEUM-EGYESÜLET ORVOSTUDOMÁNYI SZAKOSZTÁLYÁBÓL.

XXXVIII. kötet.

1916.

### A csirapálya sejtjeinek tápláló berendezéseiről — nagyítós készítmények bemutatásával.

Előadta az Erdélyi Múzeum Egyesület Orvosi Szakosztályának  
1916. márczius 18-án tartott szakülésén  
APÁTHY ISTVÁN dr. egyet. tanár.

#### Kivonat.

Előadó először általánosságban ismerteti a berendezéseket, melyek az állati szervezetekben arra szolgálnak, hogy a szervezetnek önkormányzatu területeibe (protoblastákba, sejtekbe) kívülről, a sejtközi területekből, vagy más sejtekből juttassanak be tápláló anyagokat.

A tápláló anyagok ugyanis a sejtekbe kívülről vagy a fölületen körösztül jutnak be a sejtek közeit és az egész szervezetet átjáró tápláló folyadékából, vagy pedig egyik sejtből a másikba azoknak az intercellularis hidaknak útján, melyek a sejteket a szervezetben egymással eredendőleg összekapcsolják. A sejtek táplálásának ez a módja azonban bizonyos esetekben több okból elégtelenné válhatik. Nevezetesen a fölületen körösztül való táplálás elégtelenné válik akkor, ha a táplálandó sejt tömege annak fölületéhez képest igen nagy; vagy pedig akkor, ha a sejtnek olyan mértékű tevékenységet kell folytatnia, a melyhez a fölületen körösztül elegendő táplálékot nem kap, illetőleg, ha a sejtben különleges állományoknak igen nagy mennyiségben kell fölhalmozódnok; végül pedig, ha a sejt táplálásának a sejt legcsekélyebb munkáját szabad csak fölhasználnia, vagyis, ha a sejt munkáját ebből a szempontból is a legkisebbre kell korlátozni. Hasonló esetekben

vagy egyes más sejtek jutnak bele a táplálendő sejt testébe, és ott a saját állományukat szolgáltatják táplálékul, vagy különleges sejtek nyujtványaikkal hatolnak bele a táplálendő sejtbe és e nyujtványok útján szolgáltatnak annak táplálékot. Amaz interstitialis sejtek szövedékét, melyek nyujtványaikkal a táplálendő sejteknek többé-kevésbbé széles fölületi zónáját járják át, HOLMGREN trophospongiumnak nevezte el. Ilyen trophospongium szolgál például általában a dúcsejtek táplálásának fokozására, a mellett, hogy a dúcsejtekbe a trophospongium nyujtványain kívül leukocyták is hatolhatnak belé. Bizonyos, igen nagy dúcsejtekbe, például a *Lofius piscatorius* hal gerinczelejtének dorsalis paramedianus tájékán elhelyezett óriási, körte alakú dúcsejtek testébe capillaris erek kanyarulatái is hatolnak be.

Intercellularis nyujtványok útján táplálnak bizonyos más sejteket erre a célra szolgáló különleges sejtek, például igen különböző állatok heréjében és petefészkeiben. Szaporító-sejteknek és tápláló sejteknek egy-egy csoportját ivari folliculusoknak szoktuk nevezni. Hím részen általában egy, rendszerint nagyobb, különleges tápláló sejt nyujtványok útján nagyobb számú szaporító sejtet lát el. Női részen rendszerint nagyobb számú tápláló sejt szolgál egy-egy szaporító sejtnek. A folliculusban a tápláló sejtek és szaporító sejtek egyaránt a csirahám sejtjeinek kikülönödéséből származnak. A Gerinces-állatokban a petefészkekben a pete tápláló sejtjei a Graaf-féle folliculusnak úgynevezett folliculus-sejtjei, a herében pedig a szaporítósejteknek a spermatida-állapotban, illetőleg a spermiumoknak a spermatidából való kialakulása közben támasztó és tápláló sejtje az úgynevezett Sertoli-féle sejt.

Előadó ezúttal különösen a macska, általában Emlős-állatok, heréje szaporító-sejtjeinek tápláló berendezései közül azt a berendezést kívánja ismertetni, a mely a spermatogoniumok táplálására szolgál. Eddig csak a spermatidák és kialakuló spermiumok tápláló berendezése volt ismeretes a Sertoli-féle sejtekkel való kapcsolatukban. Előadónak sikerült a macska heréjében a spermatogoniumok táplálására szolgáló trophospongium-készüléket is kimutatnia.

A trophospongiumot jól meg kell különböztetni a Golgi-féle csatornák rendszerétől. A trophospongium által a sejtekben előidézett résrendszer bizonyos anyagoknak kívülről a sejtekbe vitelére, nevezetesen tápláló anyagoknak, tehát a sejt útján még fölhasználható állományoknak bevitelére szolgál. Ellenben a Golgi-féle járatok a sejtekben fölhalmozódó és belőlük kiürítendő gyüledékeknek ideiglenes fölhalmozására és így a test állománytól való elkülönítésére valók. Előadó véleménye szerint a trophospongium-járatok mindig kívülről hatolnak be a sejt fölületén köröszttül a sejttestbe. A Golgi-féle járatoknak a sejttest fölületén kivezető útjai nincsenek. A megtelt Golgi-féle járatokból a gyüledék a sejttest-állományon köröszttül a sejt fölületén át ürül ki a sejtek életének azokban az időszakokban, a midőn egyébként való működésük a legkisebb mértékre esökken, vagyis pihenésük állapotában. A kiürült Golgi-féle járatok a sejtekben nem mutathatók ki, mivel a sejttest állományától észrevehetőleg elkülönödött faluk nincsen. Láthatókká csak megtelésük közben válnak. Ellenben a trophospongium-járatok minden időben kimutathatók, mert azoknak legalább a helyét a trophospongium sejtjeinek nyujtványai jelzik, a melyek a táplált sejt testállományától föltűnően különböznek.

Föltétele természetesen a trophospongium-járatok kimutathatóságának az, hogy a sejttestet jól tudjuk rögzíteni és a benne foglalt állományoknak egymástól való különbözőségét színezés útján láthatóvá tudjuk tenni. Födolog a sejt körületi zónájának nagyon könnyen bekövetkező kilugozódását, fölmaródását és általában a sejttestnek fölhólyagosodását kikerülni. A rendszeren használt rögzítő szerek, a melyek főként a mag bizonyos állományainak és a sejttestben kikülönödött különleges képleteknek megtartására alkalmasak, ezt a föladatot egyáltalában nem tudják megoldani.

Előadó ismerteti röviden a rögzítés elméletét. A rögzítő szereket általában két csoportra osztja, úgymint: coaguláló (kicsapó) és gelificáló (kocsonyásító) rögzítő szerekre. A coaguláló rögzítő szereket jellemzi, hogy a „sol“-állapotban lévő colloidalis anyagokat, például különböző fehérjéket kicsap-

ják, vagyis a colloidalis anyag eloszlásában nagy változásokat idéznek elő. Ellenben a gelificaló szerek a „sol“-állapotban lévő colloidákat „gel“ állapotba juttatják, anélkül, hogy a colloidalis anyag eloszlásában olyanszerű változásokat idéznének elő, a minő változásokkal jár például a kicsapódás. A legkiválóbb gelificaló rögzítő szer, a melyet, sajnos, egyáltalában nem nélkülözhetünk, az  $\text{OsO}_4$  oldata. Gelificaló szer továbbá, pld. a formol és a kaliumbichromicum. A leghasználatosabb coaguláló szerek: az alkohol, a sublimatum, a pikrinasav, a chromiumsav, az eczetsav és a salétromsav. Igen jó a salétromsavas ezüst 6 százalékos oldata is. Egy ésszerű rögzítő szernek kellő arányban kell tartalmaznia egy gelificaló és egy coaguláló szert. A coaguláló szerek között legrosszabb és a sejttestet, valamint a collageneus állományokat leginkább megtámadja az eczetsav. A gelificaló szerek között legkevésbé jó a kalium-bichromicum. Világos tehát, hogy a legrosszabb gelificaló és a legrosszabb coaguláló szernek kapcsolata a Kalium-bichromicum és az eczetsav jó rögzítő szernek egyáltalában nem mondható. A coaguláló szerek közül legjobb a sublimatum. A legjobb összetétel tehát a sublimatum és az  $\text{OsO}_4$  keveréke. Az  $\text{OsO}_4$ -nak azt a hibáját, hogy organicus anyagok nagyon könnyen reducálják belőle a fém-osmiumot és ezáltal rögzítő hatásától megfosztják, előadó sok kísérletezés után az által kerüli ki, hogy a sublimatum és  $\text{OsO}_4$  oldatába kis mennyiségű  $\text{NaJO}_3$ -ot (Natriumjodicumot) kever. Ilyen módon összeállított igen jó rögzítőszer 1%  $\text{OsO}_4$ -t, 6% sublimatumot és 1‰ Natriumiodicumot tartalmaz  $\frac{1}{2}\%$ -os konyhasós vízben. A  $\text{NaJO}_3$  helyett előadó régebben ugyancsak jó eredménnyel Hydrogenium-superoxidát és Chromiumsavat is alkalmazott, a mely szereknek azonban bizonyos más, a  $\text{NaJO}_3$ -ban meg nem lévő rossz oldalai is voltak. Ha az előbb említett sublimatum osmium-natriumiodicum keverékhez, pld. 5%-nyi eczetsavat adunk, nagy mértékben előmozdítjuk a sejtmagvak főtthetőségét és a magvak bizonyos alkotórészeinek láthatóságát, de csökkentjük a sejttest rögzítődésének jószágát. Például az eczetsav nélkül használt Sublimatum-Osmium-Natriumiodicum kitűnően megtartja a sejttestben az Altmann-



féle graulumokat (mitochondrák, plastosomák) is. Ellenben az eczetsav a mitochondrákat kioldja minden esetben, a midőn hatása érvényesül, mielőtt még a mitochondrákat az  $\text{OsO}_4$  rögzítette volna. Ez pedig föltétlenül bekövetkezik a rögzített darabnak mélyebb rétegeiben, a hova az eczetsav hatása sokkal előbb jut el, mint az  $\text{OsO}_4$ -é, a mely általában a fölülettől számítva csak kis mélységekig terjed. Tehát a sublimatum-osmium-tetraoxidával rögzített daraboknak is csak a fölületi rétege mutat teljesen jó rögzítettséget. És ebben a rétegben a legkülönbözőbb szerekl való föstlhetőség is, példának okáért a magvaknak haemalaunnaal való föstlhetősége igen jó. Kitűnően színeződnek ebben a rétegben a savifuchsina-pikrinasavas módszerrel az Altmann-féle granulumok. De, a mi a legfőbb, ebben a rétegben a sejttest minden zsugorodás és kimarodás nélkül rögzítődik, föltéve, hogy rövid idővel a rögzítés előtt vagy rögzítés közben mechanikai hatásoknak, vagy heterotonicus (anisotonicus) oldatok hatásának nem volt kitéve. Mechanikai hatások és anisotonicus oldatok igen nagy mértékben csökkentik a rögzíthetőséget. Ezt előadó a mikrotechnikai kritika szempontjából igen fontos megállapításnak tartja. Elkerülhetetlen mechanikai hatások a nagyobb tömegű szerveknek, pld. a herének, bármilyen éles borotvával való szét darabolása, a szét darabolás és egyéb kezelés közben a here sejtjeire gyakorolt nyomás, stb.; anisotonikus hatások a szét darabolás közben való megszáradása a darabok fölületének, vagy, ha a szét darabolást folyadékban végezzük, e folyadéknaa bármily csekély mértékű anisotonus volta.

A macska spermatogoniumai, különösen azok, a melyek még a here satornácskák falával közbötlennül érintkeznek, a sublimatum-osmium-natriumiodicumos rögzítés és megfelelő beágyazás után vékony metszetekben egyszerű haemalaun vagy szerző szerint való hármás föstés után is igen jól mutatják a trophospongiomot, a melynek a spermatogoniumokban is ugyanaz a képe van, mint a dűczsejtben, pld. az Emlőállatok spinalis dűczsejtjeiben. A trophospongium kellő elemzéséhez, valamint egyáltalában a sejtteni elemzésekhez ma már nélkülözhetetlennek tartja előadó a  $1\mu$ -nál nem vastagabb

sorozatos metszeteket, sőt vizsgálataiban igen sokszor még ennél is vékonyabb,  $\frac{1}{2}$   $\mu$ -os metszetekre is reászorult. Közbevetőleg megjegyzi, hogy legújabbán új módszerekkel  $\frac{1}{4}$   $\mu$  vastagságú metszeteket is sikerült hiánytalan sorozatokban előállítania.

A spermatogoniumokban észlelhető trophospongium-járatok tengelyét egy-egy trophospongiumszál, vagy trophospongiumszálak tömött kötege foglalja el. Ezek a szálak vagy kötegek a spermatogonium fölületén át az interstitialis területekre követhetők és vagy egyenesen egy másik, szomszédos spermatogoniumba mennek át, vagy pedig beleszövődnek egy interstitialis trophospongium-szövetnek szövetékebe. Ez az interstitialis trophospongium-szöveték aránylag nagy tömegű, de eddig kellő figyelembe nem vett állománya a herecsatornácskák tartalmának. A herecsatornácskákon belül lévő ez interstitialis trophospongium-szövetéknek természetesen semmi köze sincs a herének a csatornácskák között lévő interstitialis szövetéhez. Hogy a herecsatornácskák falával, illetőleg a herecsatornácskák falán köröszűl a herecsatornácskák között lévő interstitialis szövettel minő kapcsolata van a herecsatornácskákon belől kimutatott trophospongium-szövetéknek: arra nézve előadó vizsgálatai még folyamatban vannak.

## Gránát-robbanással kapcsolatosan a koponyát érő külerőszek által létrejött süketsegről és süketnémaságról.\*)

Irtá KOLESZÁR LÁSZLÓ dr. ezredorvos, a kolozsvári cs. és kir. tartalékkórház fül-, orr- gége-osztályának e. i. vezető orvosa.

### Mélyen tisztelt szakülés!

A béké legutóbbi éveiben összeállított statisztikai adatok szerint a süketek és a süketnémák száma a vakok számát messze túl haladja, sőt egyedül a süketnémák száma is nagyobb, mint a vakok száma.

Németországban HARTMANNnak a statisztikája szerint 100,000 lakásra 86 süketnéma esik, BIRCHER szerint Schweitzban 100,000 lakós közül 245 a süketnéma.

Ezek között az adatok között bizonyára igen minimális arányszámmal szerepelnek azok a betegek, akik valamely külerőszekkel kapcsolatosan veszítették el hallásukat, vagy beszélőképességüket.

SCHMALTZnak és LEMKÉnek adatai szerint a süketnémák 60%,-a a születés ut n válik süketnémává, ugyanis ezek ép labirintussal jöttek a világra, 40% az intra uterinális életben állott ki valamely okból keletkezett endolabyrinthitist, a mi a hangfelfogó idegvégkészülékét elpusztította. Meg sem említi arányszámában azokat, a kik külerőszeaktól lettek süketnémákká.

A háborúban a gránát-robbanással kapcsolatosan létre jött sükettség egy része múló jellegű, a másik maradandó aszerint, hogy a robbanás alkalmával szenvedett-e az illető agyalapi törést és így a labirint is belevonatott a törésbe, vagy a

\*) Előadatott esetek bemutatásával az „E. M. E.” orvostud. szakosztály 1916. május 27-én tartott ülésén.

labyrinth olyan nagy fokú megrázkódtatást szenvedett, hogy a labyrinthban keletkező vérzés és az ezt követő reactiv gyuladás egy atrophizáló folyamatot indított meg a ramus cochlearisban, a mi természetszerűen, ha kétoldali, teljes sükettséghez vezet.

Azok az esetek pedig, a melyeknél a sükettséghez még némaság is csatlakozik, ezeknél már feltételezhető, hogy a psyché részéről is történt valamelyes bántalmazottság, vagy pedig lehet talán úgy felfogni, a mint SARBÓ tanár is említi, hogy a külerőszak alkalmával a nyultagyvelő szenvedne el valamelyes mikrostrukturás elváltozást, a minek természetes következménye volna a beszéd-zavar. Az esetek legnagyobb számának tanúsága szerint a betegek visszanyerik a beszélőképességüket, de egy tekintélyesebb része hallását egészen elveszti attól függően, hogy milyen nagy fokú sérülést szenvedett el a labyrinthus.

Gyermekkorban, ha 7 éven alul bármely ok folytán, akár sérülés, akár meningitishez, akár hereditár lues, osteomyelitis, parotitis, typhus, diphteria, pneumonia, variola, vagy varicellához endolabyrinthitis csatlakozott, a nerv. octavus ramus cochlearisának atrophijája által az illető gyermek süketnémvá válik és a már tudott szavak kimondását is elég gyorsan elfelejti. De leírnak olyan eseteket is, a melyeknél tetemvizsgálat alkalmával kiderült, hogy a labyrinth teljesen hiányzott: aplasia labyrinthi. Ezeknél a dobüreg mediális fala közvetlenül a hátsó koponya-gödörrel szomszédos.

Hadi sérülés, vagy különösen gránát-robbanás következtében létrejött sükettség és süketnémaság eseteiben az illetők koponyáját éri oly nagy fokú külerő, hogy az koponya alapi törését idézi elő és ha az erő a homlokra, vagy a fej hátsó részére hatott és a törés a sziklacsontra is terjed, ilyenkor legtöbbször a tegmen tympani et antri és a külső hallójárat felső fala sérül meg igen könnyen. Már ritkább az az eset, a mikor a repedés a porus acusticus internuson, vagy a csigán, vagy a promontoriumon halad keresztül.

Azok a sérülések, a melyek a koponya oldalrészét érik, rendszeren haránt irányú repedést okoznak a sziklacsonton: a tegmen tympanumon, kezdődve a sutura és a tegmenen,

folytatódva a külső hallójárat felső falára hajlik és az elülső falon végződik.

Agyalapi törések alkalmával rendszeren valamelyik fülből vér folyik, amit fel is használhatunk mint diagnosticus jelt. Ezeknél az eseteknél akár megsérül a dobhártya, akár nem, rendszeren a cavum tympaniban vér gyűl meg és az ott meg is alvad. Ha a dobhártyán repedés keletkezett és fertőződik, a mi eseteink legnagyobb részénél meg is történt; a középfülbe bejutott baktériumoknak: az oda került gennyestöbcknek kiváló táptalajul szolgálnak és sok esetben mélyre ható és széteséssel járó középfüllobot okoznak.

Egyik betegünk említette, hogy a sérülés elszenvedése után a környezet állítása szerint bal füléből víz folyt. Ennél a trauma alkalmával a labirint is megnyílt és így a mondott víz nem volt egyéb cerebrospinális folyadék. De a tapasztalás szerint ez még nem mindig rossz jel.

Eseteinkben a sérülés elszenvedése után több-kevesebb ideig tartó öntudatlanság állott be és előtérbe léptek az agyrázkódás tünetei.

Egy gránát-robbanás alkalmával, mikor az illető magához tért és észleli magán a nagyot-hallást, ennek oka lehet vagy az, hogy a középfül üregében levő vér, illetve vér-alvadék a hangvezetés akadályául szolgál, ezen alak physikális vizsgálattal könnyen eldönthető és a legjobb prognosist adja a hallást illetőleg, ha nem complicálódott labirint-vérzéssel.

Van eset, a mikor a sérülés alkalmával az *Eustach*-kürt esontos része is megsérül és a gyógyulás rendén azon szűkülés keletkezik, szintén az ismert körülmények szerint hallászavarhoz vezet.

Eseteink legnagyobb részében a robbanás alkalmával dobhártya-szakadás is keletkezett. Ezek a repedések leginkább a dobhártya hátsó negyedében lépnek fel. A dobhártya-hiány nagyságára befolyással van, hogy az illetőnek milyen tuba viszonya volt a sérülés pillanatában. Úgyanis zárt tuba mellett a nagy légnomáskor a középfülből a levegő könnyű szerrel nem távozik s így a sérülés sokkal nagyobb lesz, mint abban az esetben, mikor a tuba nyitott.

Magának az átfürodásnak a képe rendszeren vagy ovális, vagy háromszög alakú, a szélek véralvadékokat tartalmaznak. Nem igen látni, hogy az ilyen robbanás alkalmával keletkezett dobhártya-megszákitás vonalas lenne.

Ha sérülés alkalmával a labyrinth is megsérült és abban tetemesebb vérzés lépett fel, akkor következményképen nagyot-hallást, vagy teljes süketséget észlelünk, igen minimális, vagy semmi gyógyulási hajlam nélkül. Ha csak nagyot-hallás van jelen, akkor a vizsgálat alkalmával a megfelelő oldalon Rinne pozitív, a csontos vezetés igen erősen megrövidült, Weber az ép oldal felé, a felső hanghatár súlyedt.

Maga a labyrinth szenvedhet el megrázkódtatást a nélkül, hogy a dobhártya meg volna sérülve és hogy agyalapi törés volna jelen. Ha vérzés lép fel a hártvás labyrinthban is, akkor ott rövidesen következményes gyuladás lép föl, a mi a ramus cochlearis sorvadására vezet. De kisebb vérzések felszívódhatnak a nélkül, hogy valamely számottevőbb hallási-zavart okoznának.

Esetünk egyikénél sem tapasztaltunk spontán nystagmust: a nerv. vestibuláris bántalmazottságának kifejezőjét. Hogy miért nem vonatott be eseteinkben a sérülésbe a nerv. vestibuláris, az ezen ideg természetének és kedvezőbb boncztani fekvésének tudható be.

A ramus cochlearis érzékenysége már aránytalanul nagy, jóval nagyobb a nerv. opticusénál. Mindazonáltal elsődleges megbetegése ritkaságszámba megy, de annál gyakoribb a másodlagos megbetegedés. Így ált. betegségek, táplálkozási zavarok, fertőző betegségek, mérgezések, a középfül összes betegségei mind lehetnek neuritis acustica okozói, melynek következménye lehet az elfajulási folyamat. Az elfajulási folyamat az ideg gyökben kevésbé kifejezett, mint a csigában, s különösen a spiralganglionban. A ganglion-sejtek szétesnek, eltűnnek, helyükbe finom kötőszövet lép. Ekkor még a Corti-féle szerv megtartott lehet, de később szétesnek a szőr- és támasztó-sejtek is és megmarad egy lapos epithel, ezt az állapotot nevezik a Corti-féle szerv sorvadásának.

A ramus cochlearis neuritisének fő tulajdonsága a pro-

gressivitás. Regeneratio előállhat ugyan, ha az ok rövidesen eltávolított, de ez természetesen csak igen szűk határok között. Érdekes, hogy ezeknél a labirint-bántalmaknál rendszerint valami csont-elváltozást is találunk, mely az otosclerosishoz hasonlóan a szikla-csont spongiosussá való alakulására vezet, de klinikailag abban különbözik, hogy nem okozza a kengyel ankylosisát az ovális ablakkal.

### E s e t e k :

#### I.

G. A., 34 éves 19. honv. gy. ezredbeli közlegény. 1916 január 14-én az északi haretéren közvetlen közelében egy gránát robbant fel, a melytől fölvert föld eltemette úgy, hogy bajtársai állítása szerint úgy kellett onnan kiásni. Eszméletét 6 óra mulva nyerte vissza; sem füléből, sem szájából, sem orrából vér nem folyt. Mikor magához tért, igen erős fejfájásról panaszkodott és akkor vette észre, hogy halló- és beszélőképességét teljesen elvesztette. Csak kb. három hónap mulva kezdett hallani először jobb fülével, majd bal fülével. Jelenleg bal fülének a hallása valamivel jobb. Sérülése után 3—6 napig állítólag szájában sós ízt érzett. Szája még hetek mulva is annyira száraz volt, hogy a fejlődött nyálát alig tudta kiköpni. *Kolomeában, Debrecenben, Gyulafehérvárt* állítólag 5 hétig kezelték, de idejöveteléig állapota semmit sem javult. Áprilisban, midőn a helybeli cs. és kir. tartalékkórház 5. osztályán elhelyeztetett, villamosítás és helybeli süketnéma intézet tanárainak fáradozása folytán kezdett tanulni szájról olvasni s eleinte csak egy-egy szót, később többet és többet kezdett kimondani, úgy, hogy jelenleg beszélőképessége egészen helyreállott. Korábbi fejfájásai elmúltak.

Jelen állapot: Pupillák egyenlők, fényre és alkalmazkodásra kissé renyhén reagálnak.

Térd-reflex jó, mindkét cremaster-reflex jól kiváltható. Hasi reflexek fokozottabbak. Kezekben kis fokú remegés.

Jobb oldali nyelvféllel a keserűt sósnak érzi, bal nyelvféllel édeset sehol sem érez. A savanyút mindenütt sósnak érzi.

Fültükri lelet: mindkét dobhártya rendes.

Hangvilla vizsgálat: WEBER egyik oldal felé sem localizált. RINNE jobb és bal oldalt positiv. C<sub>2</sub> hangvillát légvezetésben 10"-ig hallja, csontos vezetésben 4"-ig a jobb füllel Bal füllel légvezetésben 13", csontos vezetésben 4" ig. Felső hanghatár rendes. Gradenigo fokozott.

Hallás vizsgálatnál: jobb füllel társalgó beszédet 30 centiméterről hall; bal füllel 1 méter távolságból.

Gége-lelet: rendes.

## II.

M. I. 38 éves 23. honv. gyalogezredbeli szabadságolt közlegény, 1914. novemberében az északi harcztéren egy gránát mellette robbant szét, az erős légnyomás földhöz verte úgy, hogy eszméletét csak másfél óra múlva nyerte vissza. Mikor magához tért, fejében és gerincében érzett nyomasztó fájdalmat és csaknem kétségbe esett, a midőn észrevette, hogy semmit sem hall és hogy beszélőképességét elvesztette. Szájából, illetve a torkából két napig vér szivárgott. A sérüléssel kapcsolatosan füléből, orrából vér nem folyt. Sérülésétől számítva két hónap múlva kezdte az erősebben kiáltott szavakat megérteni, de a beszélőképessége semmit sem javult. Hallása fokozatosan javult, úgy, hogy kb. két hónap óta kifogástalanul hall. Eleinte nyelvét alig tudta mozgatni, ajakának a mozgása is korlátozott volt. Kb. fél év óta veszi észre, hogy nyelv- és ajakmozgásai teljesen helyreállottak. Torkában állandóan szárazságot érez.

Csaknem egy esztendeig érzett szájában savanyú ízt.

Térd-reflex jobb oldalt alig kiváltható, bal oldalt jó. Cre-master-reflex mindkét oldalon alig kiváltható, hasi reflex eltűnt. Pupillák fényre és alkalmazkodásra renyhébben reagálnak. Mindkét oldalt a conjunctivális reflex hiányzik. Garat-reflex megtartott. ROMBERG negativ. Egész testében remegés, a mely állítása szerint az utóbbi időben sokat javult. Dermographismus.

RINNE jobbra positiv, balra szintén. C<sub>2</sub> hangvillát csontvezetésben 12"-ig hallja. C<sub>3</sub> hangvillát légvezetésben 20"-ig hallja. WEBER egyik oldal felé sem kifejezett. GRADENIGO fokozott. Felső hanghatár rendes.



## III.

Sz. S. 27 éves 23. honv. gy. ezr. szakaszvezető 1915 aug. 30-án az északi hareztéren a közelében lecsapott gránát-robbanástól földre terült, két hétre elvesztette az eszméletét. Környezete állítása szerint füleiből a sérülés után 10–12 napig vér szivárgott. Amikor magához tért egész fejében, de különösen a nyakszirt és a homlok tájon érzett igen heves fájdalmat. Nyakszirt jobb fele ütögetésre most is fájdalmas. Midőn öntudatát visszányerte, beszélni egyáltalában semmit sem tudott, két napig csak az erősen kiáltott szavakat értette meg. Nemasága két hónapig tartott, a mikor is kezdte észrevenni, hogy a magánhangzókat ki tudja mondani. Szorgalmas gyakorlással két hét alatt annyira vitte, hogy nagyon dadogva már ki tudta magát fejezni. Hallása pár hét alatt teljesen visszatért, de beszélőképessége a dadogás miatt zavart. Sérülése után kb. 2–3 hónapig szája igen száraz volt, a vizet erősen sósnak érezte. Jelenleg szájszárazsága még megvan, de már igen kis fokban.

Eleinte végtagjai annyira reszkettek, hogy megállani képtelen volt, kezével az erős reszketés miatt semmit sem tudott megfogni. Lábának és kezének durva izomereje hat hónap múlva tért vissza. Jelenleg reszketése megvan, de csak kis fokban, írni kb. 2 hónap óta tud.

Nem szédült, jelenleg sem szédül.

Térd-reflex baloldalt valamivel fokozottabb, mint a jobb. Cremaster- és hasi-reflex fokozottabb. Jobb pupilla valamivel tágabb, mint a bal, fényre, alkalmazkodásra jól reagálnak.

Ízézés: sós ízt jobb nyelvfélen elül keserűnek, nyelvgyöknel sósnak érzi; bal nyelvféllel hasonlóan. Savanyú ízt mindenütt megérez, édes ízt jobb oldalt nem érez, bal oldalt rendes. Keserű ízt csak elül jobb oldalt érez.

Nyelvmozgások elég szabadok, ajakmozgások valamivel korlátozottabbak. Gégében semmi különösebb eltérés. Labdát lalabdada-nak ejt ki.

WEBER egyik oldal felé sem kifejezet. RINNE jobbra és balra positiv. C<sub>2</sub> hangvillát csontos vezetésben 16"-ig hallja C<sub>2</sub> hangvillát légvezetésben 28"-ig hallja. GRADENIGO fokozott. Felső hanghatár rendes.

## IV.

P. T. 26 éves 63. cs. és kir. gy. ezredbeli gyalogos. 1915 május 30-án az északi harezteren egy gránát robbant föl mellette, a melytől feje meg is sebesült, eszméletét három napi időtartamra elvesztette. Eszméletre térése után azonnal beszélt. Pár napig szájából vér szivárgott, mindkét füléből eleinte vér, majd genny folyt, de ez a szombathelyi és a beszteczei 7 hónapi kórházi kezelés alatt annyira javult, hogy jelenleg egyik füle sem folyik. Felvételekor 1916 május 1-én, keze, lába feltűnően izzad. Mindkét szeme fáj, fényt nem tud tűrni.

Jobb fülével állítólag semmit sem, bal fülével csak nagyon keveset hall.

Jelen állapot: Patalláris-reflex jól kiváltható, jobb cremaster-reflex kialudt, mindkét oldali hasi-reflex fokozottabb. Erős dermographismus.

Keze, nyelve remeg, nyelv mozgása korlátozott, ajkaknak rythmicus, gyors mozgatása nem kivihető. Mindkét oldalon a corneális és conjunctivális rejlex gyengébb.

Izérzés: Jobb nyelvféllel édeset nem érez, keserűt mindkét nyelvféllel egyenlően érez, édes ízt csak a jobb nyelvfél alsó harmadával érez, bal gyelvgyökön sós ízt nehezen ismer föl, jobb oldalt egyáltalán nem érez sós ízt.

Fültükri lelet: Jobb külső halló-járatban sötét színű, beszáradt fülsár, dobhártya alsó, hátsó harmada zaeskoszerűleg elödomborodó, melyet sondával érintve igen vékonynak érzik. Dobhártya általában belövelt. Bal dobhártya megvastagodott, fénytelen, igen erősen behúzódott. Hangvilla vizsgálat: WEBER balra, jobb füllel sem csontos, sem légvezetésben sem hallja a hangvilla rezgését. RINNE bal oldat positiv.

Bal füllel C<sub>2</sub> hangvillát légvezetésben 9"-ig hallja.

" " " " csontosvezetésben 5"-ig "

Hallás-vizsgálat: Jobb füllel legerősebb kiáltást sem hall közvetlen közelből.

Bal füllel társalgó beszédet közvetlen közelből hall. A GALTON síp hangját nem hallja. Felső hanghatár esett — GRADENIGO jobb füllel 0, bal füllel gyengült.

## V.

K. J. 22 éves 3. honv. gyalogezredbeli közlegény. 1915 decemberében gránát által földobott földréteg az északi harsztéren földre verte, egy óra hosszat eszméletlenül feküdt, s mikor magához tért, igen heves fejfájalmat érzett, mindkét füléből vér folyt, a vérzést kb. nyolcz nap múlva genny váltotta fel, a mikor már fülében igen heves fájdalmat érzett. Ez eset elszenvedése után kb. két napig nagyon akadozva, dadogva beszélt. Egyáltalán semmit sem hallott egyik fülével sem. Budapesten volt kórházban, a hol állapota annyira javult, hogy jobb füle nem folyik, de bal füle jelenleg is folyik. Bal fülével jelenleg állítólag semmit sem hall, jobb fülének halló-képessége valamivel javult, úgy, hogy most már közvetlen közelből a társalgó beszédet megérti.

Beteg eleinte 10—14 napig tartó nagy fokú légszomjról panaszkodott.

Fültükri lelet: Jobb külső hallójárat duzzadt, dobhártya elülső felén lencsényi lyuk, mely szélígérő.

Bal dobhártya egészen tönkre ment, csupán hátul maradt egy kb. 2 mm. szegély A promontorium hámtól foszott, csupasz, fehér színű.

Hangvilla-vizsgálat: WEBER jobbra, RINNE jobb oldalt positiv.

C<sub>2</sub> hangvillát légvezetésben 8"-ig, csontosvezetésben 3 másodpercig hallja.

Bal oldalt sem csontos, sem légvezetésben semmiféle hangot nem hall. Bemondásának helyessége BARÁNY-féle dobbal ellenőriztetett.

Hallásvizsgálat: Erősebb társalgó beszédet 30 centiméterről hall jobb füllel. Bal füllel semmiféle kiáltást nem hall meg.

Szemészeti lelet: szemfenekék épek. (Dr. DITRÓI.)

## VI.

S. Gy. 34 éves es. és kir. 61. gyalogezredbeli közlegény. 1915. április havában az északi harsztéren egy schrapnell mellette felrobbant, a mitől meg is sérült, de légnyomástól földre esett és eszméletét csak 36 óra múlva nyerte vissza. Mindkét füléből előbb vér, majd genny folyt. A fülfolyása 4

hónap alatt elállott, de a sérüléskor elveszett a jobb fülének halló-képessége, bal fülével is keveset hall. Állítólag bal fülének a hallása a sérülés elszenvedése óta is rosszabbodott. Beszéde a sérülés után kb. egy hétig akadozó volt. Feje a sérülés után kb. négy hétig állandóan fájt, most is, ha lehajol, fejfájása támad.

Fültükri lelet: Jobb dobhártya megvastagodott, fénytelen, finoman erezett. Bal dobhártya rendes.

Hangvilla-vizsgálat: Jobb füllel sem csontos, sem légvezetésben semmit sem hall.

WEBER balra. RINNE bal oldalt positiv. C<sub>2</sub> hangvillát légvezetésben 11"-ig, csontos vezetésben 7 másodpercig hallja. Felső halláshatár esett — GRADENIG jobb fül 0, bal fül gyengített.

Hallás-vizsgálat: Jobb füllel semmi kiáltást nem hall. Bal fülével az erősebb társalgási beszédet közvetlen közelből hallja.

## VII.

F. J. 34 éves 23. honv. gy. ezredbeli közlegény. 1915 júliusában az északi harc téren egy kézi gránát közvetlen közelében felrobbant, amelytől az eszméletét 5 órára elvesztette. Ugyanekkor lövést is szenvedett a bal lábfejének ujjain. Bal füléből eleinte vér, majd genny folyt, amely folyás jelenleg is fennáll. Bal fülével a sérülés elszenvedése óta állítólag semmit sem hall, jobb fülének halló-képessége is gyengült. A mikor eszméletét visszanyerte, beszélni tudott, jelenlegi beszéde is rendes.

Fültükri lelet: Jobb dobhártya fénytelen elülső alsó harmada közepén kifüti alakú meszesedés, bal külső hallójáratban tömegesebb geny. Belülső halló-járat belső harmada belövelt, duzzadt, dobhártya megvastagodott, belövelt, rajta nyílás, melyen keresztül genny ürül. Középfül hámbélése szintén belövelt.

Hangvilla-vizsgálat: WEBER jobbra positiv, RINNE jobbra positiv, bal füllel sem csontos, sem légvezetésben semmit sem hall. C<sub>2</sub> hangvillát csontos vezetésben jobb füllel 6"-ig hallja. C<sub>1</sub> hangvillát lég vezetésben jobb füllel 10"-ig hallja.

Hallás-vizsgálat: Jobb füllel erősebb társagó beszédet 10 centiméterről, bal füllel a legerősebb kiáltást sem hallja.

GALTON sipot nem hallja.

GRADENIGO: Bal fülben 3 Miliamperes áram semmi hang-érzést nem kelt.

Szemfenekek épek (DITRÓI).

## VIII.

D. J. cs. és kir. 63. gyalogezredbeli közlegény. 1915 júniusában az északi harcztéren gránát robbanás folytán a légnyomás földre terítette, eszméletét csak 24 óra múlva nyerte vissza. Akkor orrából, bal füléből vér folyt, egy hétre rá bal füle gennyedni kezdett. 1 hónapig a petrikauai, majd a pardubitz-i és azután a prágai tartalék-kórházba került.

Sérülésének elszenvedése után vette észre, hogy jobb fülével semmit, bal fülével csak az erősen kiáltó beszédet érti meg. Beszédzavara nem volt. A hallása azóta is állandóan romlik.

Fültükri lelet: Jobb külső halló-járatban tömegesebb sűrű sárgás genny, belső fele a külső halló-járatnak duzzadt, erősen belövelt, dobhártya egészben véve belövelt, alsó középső részén nyílás, melyen keresztül genny ürül.

Bal külső halló-járatban elég sok sűrű genny, külső halló-járat belső harmada hámtólfosztott, finom granulumokkal, dobhártya duzzadt, belövelt, elülső középső harmadban nyílás, melyen keresztül sűrű genny ürül.

Hangvilla-vizsgálat: Jobb füllel sem csontos, sem légvezetésben  $C_2$  hangvillát nem hallja, bal füllel csontos vezetésben 4"-ig hallja, bal füllel légvezetésben 9" ig hallja. WEBER jobbra. Bal oldalt RINNE positiv. Felső halláshatár esett — GRADENIGO jobbra 0, balra 0.

Eseteink egy részénél tisztán érthető a sükettség oka, mert az agyalapi törésnek meg voltak a biztos tünetei és így a labyrinth bántalmazottsága bizonyos, továbbá a hangvilla-vizsgálattal is megállapított, hogy a sükettség oka az idegvégkészülék bántalmazottságában rejlik.

A gránát-robbanás által okozott sükettséghez csatlakozott némaság okának a megállapítása igen nagy nehézséget okoz, mert nem tarthatjuk csupán hysterias eredetűnek, KOCHER is azt állítja, hogy azoknál az eseteknél, melyeknél agyrázkódásnak a tünete meg volt, azoknál a megrázkódtatás alkalmával a nyultagyvelő egy pillanatra beleékelődik az öreg likba, és ez microstructurás elváltozást idézne elő a nyultagyban. SARBÓ tanár tisztán ilyen alapon magyarázza ilyen esetekben a süket-séget, illetve a süketnémaságot. Az esetek egy részénél a gyors javulás talán a hysteriás alap mellett bizonyít.

A további pontos észlelés fogja megadni erre a kérdésre a világos magyarázatot.

KÖZLEMÉNY A KOLOZSVÁRI M. KIR. F. J. TUDOMÁNYEGYETEM  
SZEMÉSZETI KLINIKÁJÁRÓL.

Igazgató: IMRE JÓZSEF dr. ny. r. tanár.

Pseudotumor orbitae.\*

Írta: FUGULYÁN KATALIN dr. szemészeti II. tanársegéd.

1913. szept. 11-én 58 éves, jó erőben levő férfibeteg jött ambulatiánkra azzal a panasszal, hogy 1912. év nyarán egy lecsapódó ajtó retesze megcsapta bal szemöldöke táján. Felső szemhéja megdagadt az ütéstől, szeme és szemhéjak nagyon pirosak voltak. A sérüléssel elváltozások hamar elmúltak, de kb. fél év múlva kezdett kidülni bal szeme és azóta fokozatosan rosszabbodik állapota.

Vizsgálatkor azonnal feltűnik a bal szem protrúsiója. A kórtörténet adatai szerint, HERTEL-féle exophthalmometerrel mérve a bal szem  $7\frac{1}{2}$  mm-rel áll előbbre, mint a jobb.

Szemrés tágabb, szemhéjak kidomborodtak, különösen az alsó. A bulbus minden irányban jól lehet mozgatni, de hátra nyomni nem.

A szemhéjon át a bulbus mögé tapintva újjunkkal, a bulbus alatt mintegy kis diónyi, rugalmas, könnyen mozgó, lipomára emlékeztető tumort lehet érezni, melynek eltolásakor a szemgolyó helyzete is változik. Különösen feltűnő ez, ha a tumort fel és befele toljuk, amikor is a szemgolyó, még jobban kiugrik és lefelé fordul. Máshol az orbitában tumor nem tapintható.

\* Előadatott az „E. M. E.” orvostudományi szakosztálya 1916. decz. 2-án tartott ülésén.

A szem háttere ép, látása jobb szemén  $\frac{6}{12}$ , balon  $\frac{6}{18}$ , mely azóta sem változott lényegesen. Opticusa halvány: jobb rendes.

A therapiát két óránként váltott alkoholos borogatás a szemre és a szemhéjak bőrének jodkali-lanolinval való bekenése volt. A beteg rövid idő alatt javulást érzett, amit azonban objective kimutatni nem tudtunk. Kívánságára elbocsájtottuk és otthon tovább folytatta az előirt kezelést egy ideig.

1916. IV. 1-én újból láttuk, akkor exophthalmusa  $12-13 \frac{m}{m}$  volt: mivel az exophthalmus elég lassan ugyan, de fokozatosan növekedett, a beteg maga is kívánta a műtétet és kb két hónap előtt, szept. 27-én, újból felvettük a klinikára.

Ekkor exophthalmusa már  $15 \frac{m}{m}$  volt. HERTEL exophthalmometerével mérve a jobb szem  $20$ , a bal szem  $35 \frac{m}{m}$ -nyire állott előre.

A sebészetten felvett Röntgen-képen a bal orbitában elég tömör árnyék látható, mely az orbita nagy részét kitölti. Az árnyék széle elmosódott. Az oldalról készült Röntgen-képen az árnyék nem tűnik fel. Az előző alkalommal leírt elváltozásokat részben fokozottabb mértékben találjuk.

A bal bulbus és vele együtt a bal orbita tartalma a szemüregből en masse, félgömbszerűen kidomborodik úgy, hogy az egész a homlok síkja elé kerül, maga előtt tolva a szemöldökív külső felét is. A szemhéjak a nyomás következtében kinyúltak, ránczaik részben elsimúltak. Szemrés tágult. Nyitott szemnél a cornea alatt és felett is a scleralis kötőhártya egy része látható. Behunyt szemnél szemrés zárt, a felső szemhéjon át a bulbus körvonalai kivehetők.

A bulbus minden irányban passive könnyen mozgatható. A szemhéjon át ujjunkat minden irányban eléggé benyomhatjuk a balbus mögé, az orbitába, melynek alsó-külső részében galambtojásnyi, felülről kissé lelapított, körülírt, rugalmas, de meg nem kisebbíthető képlet tapintható. A képlet és az orbita szél közt mélyebben be lehet nyomulni az orbitába, mint a képlet és a bulbus közt.

A bulbus fölött a belső felső sarokban a m. trochlearis helyén, a szemhéjszalag felett ellenálló tömeg tapintható.



A felső szemhéjban a belső szemzúg fölött mogorónyi kidomborodás, mely azonban jól összenyomható. Surranás vagy lüktetés a bulbus fölött nem érezhető, nem is hallható. A kötőhártya halvány, azonban mindenütt tágultak a kötőhártya vénái, különösen az alsó hajlásban a külső szemzúg közelében, ahol a vénák kanyargósak is. A pupilla temporalis fele halványabb, mint a jobb szemén, crei normalisak, szem feszsége rendes.

A szem functionainak vizsgálatakor igen feltűnő volt, hogy kettős képeket, emellett a nagyfokú exophthalmus mellett, nem tudtunk kimutatni. MADDOX cylinderekkel távolba nézéskor teljes izom egyensúly van, HESS táblán egy kis elhajlás észlelhető a trochlearis részéről. BIELSCHOWSKY heterophorometerevel 2° latens exophoriát lehet kimutatni. A szem megtekintésekor sem látható más deviatio, csak egyszerűen a szem tengelyében való előrenyomulás.

Éppen ezért az exophthalmust előidéző tumor főrészt az izomtöleséren belül, az orbita tengelyében s általában a szemgolyó mögött levőnek tettük fel.

Ilyenek a nervus opticus elsődleges daganatai; de abban az esetben, ha ez idézte volna elő az exophthalmust, a szemfenéken is találtunk volna az opticus részéről valamilyen elváltozást a megfigyelés alatt. Más solid tumorra sem gondolhattunk, mert nem tartottuk valószínűnek, hogy olyan szabályos növekedése legyen, a mely a szemet csak előrefelé tolja. A szem alatt levő lipoma tapintatú képlet összefüggésben látszott lenni az izomtöleséren feltételezett tumorra, de a lipoma diagnosisát rendkívüli ritkasága miatt szintén elejtettük. Nem jöhetett szóba rosszindulatú daganat sem ilyen lassú fejlődés mellett.

A lueses gyuladást a negatív Wassermann és az anamnesis zárta ki; az orr melléküregeiben GYERGYAI tanár úr vizsgálata szerint nem volt kóros elváltozás. Ezeknek alapján teljesen kizártnak tartottuk, hogy gyuladás idézte volna elő az exophthalmust, valamilyen más tumorra kellett tehát gondolnunk.

Tekintettel arra, hogy az exophthalmus rövid idővel a sérülés után lépett fel, exophthalmus pulsansra gondoltunk,

azonban pulsatiot, vagy surranást sehol sem észleltünk s a beteg panaszai sem vallottak erre.

Legvalószínűbb az, hogy a sérülés után az orbita alján diffus tumor cavernosus fejlődött ki, mely az izomtölcserben plasticus eloszolva a szemet egyenesen előre tolta. A bulbus alatt tapintható képletet vele összefüggésben levőnek goldoltuk. Támogatta a tumor cavernosus felvételét az exophthalmus lassú növekedése, a kötőhártyában levő tágult és kanyargós vénák jelenléte és ezeken kívül a felsorolt lehetőségek kizárása.

Az exophthalmus tekintélyes foka és a Röntgen kép eléggé kifejezett árnyéka arra mutattak, hogy a mélyben meglehetősen kiterjedt az álképlet, melyet elülről az orbitából nem egykönnyen lehet eltávolítani úgy, hogy a bulbust nagyobb traumáktól megkíméljük.

Kíméletesebb és célravezetőbb eljárásnak látszott KRÖNLEIN szerint behatolni az orbitába és így írtani ki a daganatot.

E végett megkértük a sebészeti klinika vezetőjét, VIDA KOVICS m.-tanár urat, a ki szíves volt a műtétet elvégezni.

Mikor a szemüreg oldalról meg volt nyitva, egy mogyorónyi daganatrészletet távolítottak el, de a daganat nagy része ott volt az orbita csúcsában, körülfogva a nervus opticust úgy, hogy a daganatot az opticus átmetszése nélkül nem lehetett kiírtani.

A daganat tehát a műtétnél nem bizonyult angiomásnak, hanem valamely solidabb, tömöttebb képletnek, a mely a környezettel csak az orbita csúcsában függött össze és az izmokból látszott kiindulni.

A kiírtott tömeget a bulbussal együtt a kórboneztani intézetnek adtuk át megvizsgálás végett. Kipraeperálás után jól láthatóvá lett, hogy a négy egyenes és az egyik ferde izom hátulso fele bunkószerűen megvastagodott.

Szövetteni vizsgálattal *myositis interstitialis chronicát* állapítottak meg a kórboneztani és kórszövetteni intézetben, azonban nem találtak semmi olyan szövetteni elváltozást, a mi akár tuberculosis, akár lues mellett bizonyítana.

A rendelkezésre álló irodalomban hiába kerestem hasonló

szemizom megbetegedés leírását. A legtöbb, nagyobbára csak a műtétnél diagnosztisált, chronicus gyuladása a szemizmoknak az orbita falból kiinduló, lueses elváltozás következtében lépett fel, de ezekben az esetekben nem csupán az izmok, hanem az orbita többi szövetei is infiltrálva voltak. MELLER közöl a Graefe-Archiv 1913. évfolyamában egy kilencz esetből álló ilyen sorozatot.

Hogy a lues a szemüregben csak a szemizmokat támadta meg, csak egy esetben találtam leírva, melyet BUSSE és HOCHHEIM közöl ugyancsak a Graefe-archivumában, 1903-ban. Ebben az esetben a szív izomzatában is hasonló elváltozást találtak és ez a betegnek halálát idézte elő.

Élőben itt sem diagnosztisálták a szemizmok megbetegedését, mint az exophthalmus előidéző okát. Előttük nem is írta le senki a szemizmok önálló syphilises gyuladását.

Myositis interstitialis által okozott exophthalmusnak csak egy esetére találtam hivatkozást CHEVALLEREAU és OFFRET 1913. évi kivonatos közlésében, ahol 54 éves embernél lépett fel baloldali kistokú exophthalmus a szemhéjak vizenyössége és több orbitalis izom paresisével kapcsolatban, a melyek miatt ők is orbitalis tumorra gondoltak.

Az exophthalmus fokozódása miatt KRÖNLEIN műtétet végeztek és a belső és felső egyenes izomban megvastagodást találtak, melyet kimetszettek és a vizsgálatnál izomgyuladásnak találták.

Később a szem fájdalmas lett, az exophthalmus fokozódott, azután keratitis neuroparalytica lépett fel és 9 hónappal az első beavatkozás után exenteratio orbitae végeztek.

Ekkor is az orbitalis izmok hypertrophiáját találták, melyben szövettanilag jellemző volt a sok gyuladással gócz és a kiterjedt hegeképződés, melyek inkább syphilisekre emlékeztetőek voltak, mint más idült fertőzésre. A beteg anamnesisében köszvény és gyakori fejfájás a megemlékező.

Csupán az izmokra szorító megbetegedést írt le ASKANAZY 4 Basedow-esetben, ahol az izom parenchymájának degeneratio atrophiciáját találta. Az eredeti közlést tartalmazó folyóirat nincs kéznél és a kivonatban nincs említés téve az élőben levő állapotról.

A klinikánkon észlelt eset annyiban is különbözik az irodalomban találtaktól, hogy azoknál az exophthalmus mellett az orbitalis szemizmoknak bénulásai és egyéb gyulladásos jelenségek is voltak, ellenben itt az izmok kifogástalanul működtek és semmi gyulladásos jelenség nem volt észlelhető.

Esetünk nagyban hozzájárul a szemizmok idült gyulladására által okozott exophthalmusnak a jövőben való diagnosztizálásához, amennyiben, utólag összefoglalva a tüneteket, typicus eset. Jellemző tünet volt a lassú fejlődés, a szemnek egyenesen előre való tolása, a látás-élesség kismértékű romlása, azonkívül a trochlearis megnagyobbodott izmának tapinthatósága.

Az előidéző okot azonban jelenleg nem ismerjük.

---

KÖZLEMÉNY A CS. ÉS KIR. MITROVICZAI (ÚJ SZERBIA)  
TARTALÉK-KÓRHÁZBÓL.

## Emberi veszettség esete.

Közli: ÚJHELYI MIKLÓS dr. cs. és kir. segédorvos,  
a kolozsvári egyet. ált. kór. és gyógytani intézet tanársegéde.

A 19 éves kocsist 1916. szept. 3-án egy kóbor kutya az arcán: a járomcsont tájékán megharapta. A sérülés beteg állítása szerint oly felületes volt, hogy 2--3 nap alatt teljesen begyógyult. Orvosa azonnal a belgrádi Pasteur-intézetbe küldte, a hol szept. 7-én kapta az első védőoltást, melyet még 12 oltás követett. Szeptember 21-én az oltás befejezése után elhagyta az intézetet. Állítása szerint azonban már útközben rosszul érezte magát, étvágytalanság, fejfájás, derékfájás gyötörte, a miért is hazaérkezése után azonnal jelentkezett a gyengélkedő vizsgálaton, de orvosa, minthogy semmi eltérést sem talált nála, elutasította. Ő akkor, mint mondja, *„megszökött és 3 nap és 3 éjjel bolyongott a hegyek között“*, úgyszólván étlen-szomjan. Arra a kérdésre, hogy miért szökött meg, azt feleli, *„azért, mert a trénnél, ahol volt, nem sétálhatott eleget, e nélkül pedig nem volt nyugta s egész éjjel nem tudott aludni.“* Étvágya már ebben az időben alig volt, szept. 29-én pedig már semmit sem tudott nyelni, lélekzése is nehézkessé vált, sőt fuldoklott. Orvosa okt. 2-án kroup? kórismével tracheotomia megejtése végett a tartalékkórházba küldte.

Középmagas, gyengén táplált beteg, a ki a hozzáintézett kérdésekre különösen a belélekezéskor fokozódó torokgöresöktől, nagyfokú légszomjtól, szakadozott, de értelmés feleleteket ad. Közérzete a már említett göresöktől és légszomjtól nagy mértékben zavart, hasonlóképpen a szikra- és karikalátástól, mely

különösen az esti órákban szokott fokozódni. Végtagjai időnként elzsibbadnak s úgy érzi, mintha bolhák mászkálnának rajta. Reflexek, különösen a garat-reflex nagy mértékben fokozottak. Mindkét oldalon élénk Babinski és Oppenheim váltható ki. Pupillák tágak, fényre renyhén reagálnak, időnként kancsalít.

Nyelv bevont, minthogy a szájában felgyülemelő nyálat lenyelni nem tudja, folyton köpköd. A próbaképpen feléje nyújtott folyadéktól élénk visitással fordul el és fejét mélyen befúrja a párnái közé, miközben igen erős göresös rángatózás látható az egész testen. Has kissé puffadt, lép megnagyobbodott, széke 2 napja nem volt, vizelet napi mennyisége 4·8 decziliter, sötét sárga. Fajsúly 1022, savanyú, fehérje 2‰. ESBACH szerint, cukor kb. 1·5‰, üledéke rendes. A tüdők felett mindenütt kishólyagú szöreszörejek, szívhangok kissé tompák, de tiszták, pulsus 102, kis hullámú, puha, könnyen elnyomható. Hőmérs. 38·6.  $3 \times 0\cdot02$  morphin bőr alá, chloralhydrat-esőrök.

Okt. 3. Az éjszakát álmatlanul töltötte, többször felkelt, semmit sem vesz magához, arról panaszkodik, hogy a legkisebb levegő mozgást is megérzi, nem tud egy pillanatig nyugton maradni, folyton sétál, testét erősen előre hajtva, állítása szerint azért, hogy úgy könnyebben kerüli el, hogy a levegő a szájába toluljon. A legkisebb szélre örült futásnak ered s nem egyszer összeesik. Szárazság-érzés a torokban.  $0\cdot02$  morphin.

Okt. 4. Éjjel kb. 12 óráig félálomszerű állapotban volt, mely idő alatt hallucinatioi, esetleg álmoképei lehettek. Felébredése után ugyanis arról panaszkodott, hogy egy katonatiszt volt nála, a ki megverte, majd huga, a ki a háború elején meghalt, látogatta meg s megígérte, hogy magával viszi. Ezen nyugalmi állapot alatt szeme folyton nyitva volt s többször lehetett karjain intentios remegést megfigyelni. Hozzám, a ki vele egy szobában töltöttem az éjszakát, többször kérdéseket intézett. Éjfélt után ismét nyugtalan lett, felkelt az ágyából, gyakran sírva fakadt, a minek okát családi gondokban adja. Reggel felé, mikor az ápolónő tejjel kínálta, méregbe jött s két ablakot kitorve azon dobta ki az üveget, majd nyugtalan-

sága annyira fokozódott, hogy mindenkit karmolni akart, kezét össze kellett kötni.

Okt. 5. A reggeli morphin befecskendezés után kissé nyugodtabb lett, 2 deczi tejet vett magához olyanformán, hogy a tejet betakartuk és egy hosszú gummicsovön keresztül szívta be. Ha látta a tejet, meg sem kísérelte az ivást, félve a görcsöktől. Feltűnő könnyen nyelt le csokoládé darabkákat. Dél-felé igen nyugtalan lett, folytonosan rémképeket látott, felhők, füstoszlopok keringtek felette, a melyek meg akarják fojtani, tágult pupillákkal, felfelé fordult szemekkel groteszk mozdulatokat tesz, a melyekkel a felhőket kerüli ki, folyton járkálni akar, de járása oly remegő, hogy csak fogózkodva tud pár lépést tenni. Minden segítséget erélyesen visszautasít, mert a közelében levő emberek mindig rálehelnek s ez rögtön görcsöket vált ki. Jobban lát, mint az Isten, mert látja a padló repedéseiből feljövő gázokat. Érzékenysége a levegő áramlatokkal szemben még fokozottabb.

D. u. kb. 4 órát töltött megint félálomban. Ezen idő alatt a sexualis életbe vágó álmoképei voltak. Szidja a nőket, a kik őt becsalták egy házba és ott erkölestelenkedtek vele, követeli a nemzőszervei kiírtását, minthogy azok ennek következtében rothadásnak indultak s ő annak szagától nem tud szabadulni. Esti hőmérs. 38.4, pulsus 112.

Okt. 6. Nyugtalanul eltöltött éjszaka után reggel 9 óra tájban hirtelen összeesett és hányt. Ezután többé lábra állni nem tud. 11 óra tájban kifejezett paraplegia erősen fokozott térdreflexekkel. Cyanosis perczről-perczre fokozódik, légzése szakadozott, kihagyó. D. u. 2 órakor végtagok, fül, orr kékek, hidegek, CHEINE-STOCKS-féle légzés, arythmiás szív működés. Hőmérs. 36.1. D. u. 3 ó. halál.

Tetemvizsgálat: A fej lágyrészeinek lefejtésénél mindenütt folyékony, sötét-vörös vér ürül. Pia mater bővérű, megnyitása alkalmával savós, kissé véres folyadék ürül. Agy-féltékék erősen bővérűek, haragos vörös színűek, a metszési lapon mindenütt sok vérpont, agygyomrocsok tágultak, a rendesnél több véres savós folyadékkal. Szív diastoleban, folyékony vérrel telt. Tüdők szabadok, a pleura-ürben kb. 200 ccm. savós folya-

dék, metszési lap sötét vörös, nyomásra sok savó ürül. Gyomorban bővérűség, belek üresek, bővérűek, gázzal teltek, máj vérbő, lép megnagyobbodott, állománya nem törékeny, vesék duzzadtak, kékes-vörös színűek. Húgyhólyag telt.

A nyultagyból oltás egy fiatal 3100 gr. súlyú házinyúl agyburka alá.

Okt. 6–14. között a nyúl hőmérs. 39.0–39.1.

„ 15. 39.2–39.9

„ 16. 39.8–40.4 reszket, kissé nyugtalan.

„ 17. 39.8–36.1 medenczéje bénult.

„ 18. reggel †

Tetemvizsgálat: Agy haragos vörös, Ammon-szarvból festett készítményben nagyszámú apró Negri-testecske.



## Jegyzőkönyvek

az „Erdélyi Múzeum-Egyesület“ orvostudományi szakosztálya üléseiről.

### IV. szakülés 1916. április hó 15-én.

Elnök: DAVIDA LEO.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

I. VESZPRÉMI DEZSŐ: *Hydrokephalus*-készítmények bemutatása.

*Hozzászól* és bemutat egy *Hydrokephalus*-esetet GENERSICH GUSZTÁV.

II. JAKOBI JÓZSEF előadása: „*A takonykórról egy eset kapcsán*“. (Megjelent a „Budapesti Orvosi Ujság“ 1916. évf. 48. és 49. számaiban.)

### V. szakülés 1916. május hó 20-án.

Elnök: TOMPA JÁNOS.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

ELFER ALADÁR ismerteti a varsói rendkívüli német belgyógyászati congressust.

### VI. szakülés 1916. május hó 27-én.

Elnök: DAVIDA LEO.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

I. HEVESI IMRE bemutatása: Oesophagus-diverticulum műtéttel gyógyított esete.

II. KOLESZÁR LÁSZLÓ előadása: „*Gránátrobbanás által okozott süketiségről és süketnémaságról esetek kapcsán*“. (L. Értesítő 7. l.)

*Hozzászólás:*

LECHNER KÁROLY: Az ideg- és elmeorvosi klinikára is

a háború folyamán több tuczat trauma okozta siketnémaság, némaság, valamint egyéb beszédzavar esete került, számos más tünetben megnyilvánuló traumás neurozissal egyetemben. Olyan betegek, a kicznél a fül sérülései szerepeltek, természetesen nem vétettek fel. Annál inkább olyanok, a kicznél a traumás neurozisosok körképe volt észlelhető. Ez a körülmény lehet az oka annak, hogy a Ferencz József-úti hadisegédkórházban inkább a fülsérüléses esetek, a klinikán ellenben az idegbajos esetek jutottak túlsúlyra.

A klinikámon észlelt siketnémaságok, némaságok és beszédzavarok majd kivétel nélkül traumás neurozisosoknak minősültek. Ezek éppen úgy keletkeztek, úgy folytak le, úgy gyógyultak, vagy úgy állandósultak hosszabb időre, a miként az a traumás neurozisosoknál egyáltalában történni szokott, akár hiszteriás, akár neuraszténiás alapon létesültek legyen azok. Valamennyinél a neuropatiás alkat ki volt mutatható. És abban sem volt különbség közöttük, bár erőművi trauma, vagy tisztán lelki trauma váltotta ki a bajokat. Nemesak gránátrobbanások, de más traumák is szerepeltek. Még a gránátrobbanásnál sem lehetett mindenkor az erőművi behatást az idegrázkództatás okául megállapítani, mert egyes esetekben teljesen azonos eredménnyel járt az olyan gránát hatása is, a mely fül sem robbant, hanem leesésével csak lelkileg izgatott. Egyéb tekintetekben is egészen úgy viselkedtek a traumás, vagy pszihotraumas eredésű siketnémaságok, némaságok és más beszédzavarok, mint a hasonló okból keletkezett érzésszervi zavarok, végtagbénulások, görcsök, remegések és járásbeli nehézségek.

Elég tekintélyes számú eseteink révén szerzett tapasztalataim ama meggyőződésre vezettek, hogy a Kocher—Sarbó-féle elmélet a bajok eredését illetőleg el nem fogadható. Semminemű olyan biztos támpontunk sincsen, a mely igazolná a nyúltvelőnek — az agyrázkódással kapcsolatban — az öreglikba való beszoríttatásának lehetőségét. Feltéve azonban, hogy ez mégis lehetséges volna, gondolkozóba ejt ezen elmélettel szemben ama körülmény, hogy a traumás behatással kapcsolatban, a siketnémaság, stb. tünetei mellett, még teljes, vagy féloldali vakság, szaglászéptelenség, végtagbénóság is jelentkezett, holott a látó- és szaglászékszülékek pályái a nyúltvelővel egyenes összefüggésben nincsenek és a végtagmozgások központi stációi is részben magasabban, részben mélyebben fekszenek. Ellene szól még az is, hogy a végtagbénulások sohasem a keresztieztett oldalán, hanem a traumás behatás oldalán, azaz nem anatómiás, hanem hiszteriás alapon jelentkeztek. Kérdés még, vajjon egyáltalában lehetséges-e, hogy erőművi hatás a sejtek vegyi, avagy fizikai molekulás strukturáját megváltoztassa? Akármelyikre gondolunk, egyik sem volna képes tisztán lelki behatásokra pillanatok alatt ismét a rendes állapotába visszaváltozni.

Pedig ennek kellene történnie, a mikor a nyúltvelőtől távol eső helyre alkalmazott nagyobb inger, pl. a gége vagy a fül „d'Arsonvalisatiója”, az ulnaris-ideg farados izgatása, a hangszalagok galvánózása, a hipnózis sugallása, sőt az egyszerű éberszuggesztió is alkalmas arra, hogy úgy a süketiséget, mint a némaságot hirtelen elmúlassza, a hallóképességet és beszélőképességet hirtelen helyreállítsa. Még ama körülmény sem ingatja meg a kérdéses bajoknak tisztán ideges működésbeli zavarként való magyarázatát, hogy egyes esetekben ez a hirtelen gyógyítás nem sikerül, avagy a baj tartósabbá válik. Hiszen úgy a hiszteriás, mint a neuraszténiás alkat alapján létesülő kórképek kereteiben mindig akadnak úgynevezett „monosymptomás” alakok, a melyeknél egy-egy tünet vagy tünetcsoport tartósan, kevésbé hozzáférhetőleg megrögzül.

Nincsen tehát semmi alapos okunk arra, hogy a granátrobbanás kiváltotta siketnémaságok, hallásbeli és beszédbeli zavarok számára más magyarázatot keressünk, mint a minővel az egyéb traumás vagy pszihotraumas neurozisos jelenségeit értelmezni szoktuk. Nagyobbára nagyobb és erősebb lelki behatásokkal van dolgunk mindezen esetekben, a melyek túlheves reakciókat szülnek. A túlheves reakciók, a minők az affektusok is, érzésbeli és mozgásbeli bénulásokat, érzésbeli és mozgásbeli izgalmakat egyaránt létesíthetnek, bármelyik működés körében, tisztán a vázomóció és a biotonus zavarai folytán, a nélkül, hogy a nyúltvelő struktúra változásait kelljen számításba vennünk. Természetes, hogy az olyan esetekben, a mikor a fül erőművi sérülései nyilvánvalók, a süketiségnek okát ezekben kell keresnünk. Csakhogy a fülsérülésből származott süketiséghez felnőtteknél a némaságnak nem szabadna társulnia, ha csak a beszédközpont szintén külön sérülést nem szenvedett.

*Hozzászól még:* GYERGYAY ÁRPÁD és felemelíti, hogy az ilyen esetek helyes elbírálásánál mindig tekintettel kell lenni a félkörös ívjáratokra is.

#### VII. szakülés 1916. december 2-án.

Elnök: DAVIDA LEO.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

#### I. IMRE JÓZSEF: *Egyszerű műtét szemhéjsüngés ellen.*

A ptosis több fajtája ellen többféle műtéti eljárás van használatban s nem is mondhatjuk, hogy az eddigiek nem volnának sikeresek. De az eredményt néha nagy áron (nagy bőrvesztéssel), máskor igen bonyolult módon érik el, néha pedig tökéletlenül. Ezért előadó nem látja feleslegesnek megismertetni azt az egyszerű

eljárást, melyet mintegy 6 év óta összesen 7 egyéneken végzett, mindig kielégítő eredménnyel, valamint a szemhéj emelése, úgy a szemtájék formája, a szemrés szélessége tekintetében is. Mint legtöbb ptosis-műtétnek, az övének célja is az, hogy a levator palp. sup. hiányzó működését a musc-frontalisra ruhazza át s mivel ennek hatását a felső szemhéj, szélére ennek hosszú és laza bőre aránytalanul nehezíti, a szemhéj bőrét megrövidítse. Ezt azonban nem kimetszéssel, nem a Celsus műtételével, hanem kellő szélességű bőr-redő kiigazításával éri el. A műtét abból áll, hogy a szorítás nélkül behunyt szemem csípővel redőt fog a szemhéj bőrén s ezt addig emeli, míg a szemrés kinyílik és kellő szélességű lesz, ekkor másik csípővel, esetleg kezével, egymástól vízszintes vonalban 2 czm. távolságban megfogja a redő alapját, hogy a felemelt redőt rögzítse s meggyőződve arról, hogy a szemrés erőlködés nélkül becsukható, e kipróbálás után mintegy másfél centimeter hosszúságban hegyes kés átszúrásával a bőr mindkét lemezét (a redő alapját) átvágja. Ezután a keletkezett nyílás két hátulso sebajkát 1—2 varrattal egyesíti. Az eredmény azonnal látható. Ilyen módon, a hátsó sebajkak összeforrása után, egészen végleges és egyénileg kiszabott fokú bőr-rövidülés érhető el, a bőrrödő nem sokáig lesz duzzadt, elvékonyodik s nem sokban különbözik a felső szemhéj rendes, vízszintes redőjétől.

Az eljárásnak, melyet egy operált, bénult levatorú leányon s néhány fényképen mutat be, több jó tulajdonsága van; 1., hogy egyszerű, 2., hogy ha esetleg a ptosis oka, pl. a bénulat, elmúlik az így okozott rövidülés megszüntethető, mivel a bőrben keletkezett ablak körülmetszése után a kis (alsó és felső) anyaghiányok összevarrhatók, a mire még nem volt szükség, 3. a műtét adagolható, tehát akár kis, akár nagy szemhéj esetében használható, 4. nem okoz feltűnő szépség-hibát, 5., a szemhéj-emelés fiziológiai menete (a pillaváz becsúsztása az orbita széle alá) nincs akadályozva és 6. a Motais-féle műtéttel szemben: a felső egyenes izommal nem lévén a szemhéj összekötve, zárt szemrés mögött is jól fordulhat a szemgolyó felfelé.

II. FUGULYÁN KATALIN előadása: „*Pseudotumor orbitae*“. (L. Értesítő 19. 1.)

Hozzászól: VIDAKOVICH, VESZPRÉMI és IMRE.

III. APÁTHY ISTVÁN előadása: „*Igazi vékony metszettek előállításának új módja*“. (Bemutatással.)

IV. DITRÓI GÁBOR bemutatásai:

a) *Pillaszőrök az elülső csarnokban*. 24 éves katona bal szemébe 10 év előtt aczélhúr pattant, mely a csarnokba két szemhéj-szőrt sodort be. Elülső csarnokban egy függőleges és egy víz-

szintes irányban rögzített szemhéjszór. Mindkét szór csak a töve végén van rögzítve, hegyes végük szabad, a cornea hátsó felszínére támaszkodik. Látás teljes, a szem teljesen nyugodt.

b) *Cisticercus intracularis*. 37 éves nő látása két év óta romlik. Jobb szemben kifejtett, már elhalt cysticercus hólyagja, mely a pupilla közelében subretinalisan van rögzítve.

#### VIII. szakülés 1916, december 9-én.

Elnök: TOMPA JÁNOS.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

I. DITRÓI GÁBOR bemutatása: *Bőrátültetéssel gyógyult szemhéjkifordulás esete*. A 6 éves kis leányt 3 év előtt vitriollal öntötték le. Jobb felső szemhéj bőre elpusztult, izomzata ép, szemrés zárásánál a tarsus a nyitott szemrésbe fordul le, de még így sincs fedve a szemgolyó. Ívelt metszésből kiindulva a hegek kiirtása, a felső szemhéj mobilizálása után a kulcsesont alatti tájék bőrből vett lebenyt ültetett át a sebfelületre. Rögzítés 3 csomós varrattal. Kiszáradástól óvó indifferens kenőcs-kötés. Négy hét után a lebeny újra hámosodva a sebalappal és a sebszélekkel teljesen egyesült. Úgy kozmetikailag, mint functionalisan jó eredmény.

II. GÉBER JÁNOS két ritkább bőrmegbetegedést mutat be egy családban.

III. STEINER PÁL: *Az arteria carotis comm. és a vena jugularis int. traumás (lövés) eredetű arterioso-venosus aneurysmájának operált és gyógyult esete*.

25 éves gyalogos 1915. január havában sebesült meg az északi fronton. 1915. április havában szállították be a cs. és kir. tartalékkórház sebészeti osztályára. Felvételi status: testszerte remegés, izom-inreflexek fokozódva; bőrérzés normalis, fájdalomérzés fokozott. Motorius aphasia, hozzá intézett kérdéseket érteni látszik. Jobb kézen kombinált radialis-ulnaris hűdés. Ezen idegrendszeri elváltozás (traumás shok) megállapítása után a beteg vizsgálatánál kiténik, hogy gyógyult bemeneti nyílás van a VII. nyaki csigolya tövisnyújtványának bal szélén; gyógyult kimeneti nyílás a bal fejbicczenítő izom belső szélén a pajzsporc magasságában. Ezen utóbbi helyen jókora diónyi előbaltosulás, amely az aneurysma összes jellegzetes tüneteit mutatta.

A betegnek aphasiás állapota 1915. június hó végéig tartott, a mikor ez annyira javult, hogy a beteg nevét megmondta és a sérülésére vonatkozó adatokat is előadta. Mielőtt a műtétre elhatározta magát, a kollateralisok kiképződésének elősegítésére naponta 7 hónapon keresztül kompressziós kezelést végeztünk az aneurysmazsákon; kezdetben ezen kezelés főfáját és szédülést

váltott ki és csak mikor azt tapasztaltam, hogy a kompressio még álló helyzetben sem okoz szédülést, végeztem a műtétet 1916. február hó 8-án. A műtétnél, a mely a környező hegedések miatt elég körülményes volt, megállapítottam, hogy arterioso-venosus aneurysma van jelen, a carotis és a vena jugularis int. között 6 mm. közlekedés van. Ezen két eret az aneurysma felett és alatt kikészítettem s minthogy megállapítottam, hogy a nagymérvű hegedés miatt érvarratról nem lehet szó, az aneurysma izolálása után a két főeret proximalisan és distalisan kettősen lekötöttem és az aneurysmát az ereknek 2—2 cm. darabjával eltávolítottam. A lefolyás teljesen zavartalan volt, a seb 8 nap alatt elsődlegesen meggyógyult; a középponti idegrendszer részéről semmi nemű zavar nem állott be. A beteget jelenleg teljesen gyógyultan mutatom be. Az eltávolított aneurysmát szintén demontsrálom és látható rajta, hogy ez az aneurysma arterioso-venosum a szó szoros értelmében, még pedig valószínűséggel valódi aneurysma, a mely az érfal tágulása következtében keletkezett. A carotis és a vena jug. közötti közlekedés a felmetszett készítményen jól látszik.

---

# REVUE

BÜER DEN INHALT DES „ÉRTESITŐ.“

SITZUNGSBERICHTE

DER MEDIZINISCHEN SEKTION DES ERDÉLYI MÚZEUM-  
EGYESÜLET (ERDÉLYER MUSEUM-VEREIN).



XXXVIII. BAND. 1916. XLI. JAHRGANG.

AUSGABE DES ERDÉLYI MÚZEUM-EGYESÜLET.

---

REDIGIERT IM NAMEN DES SEKTIONS-AUSSCHUSSES :

VON

DR. DANIEL KONRÁDI.



KOLOZSVÁR, 1917.

BUCHDRUCKEREI ALBERT K. AJTAI.