

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 fülsérüléssel járó 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 neuraszténias 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 idegrázkódtatás 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 pszichotraumás 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 szaglászékszervek 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 anatómiailag, 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 hangszálalagok galvánózása, a hipnoziszugallása, sőt az egyszerű éberszugesztio is alkalmas arra, hogy úgy a süketiséget, mint a némaságot hirtelen elmúlassza, a hallóképességet és beszélnőképességet 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 neuraszténias 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 pszichotraumas neuroziszok jelenségeit értelmezni szoktunk. Nagyobbára nagyobb és erősebb lelki behatásokkal van dolgunk mindezen esetekben, a melyek túlhevés reakciókat szülnek. A túlhevés reakciók, a minők az affektusok is, érzésbeli és mozgásbeli bénulásokat, érzésbeli és mozgásbeli izgalmat 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 ruházza 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 erőlkökés 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 leánynon 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 metszetek 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 szemhéj-kifordulás 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 kítűnik, 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.
