

Jegyzőkönyvek

az „Erdélyi Múzeum-Egyesület” orvostudományi szakosztályának szaküléseiről.

XIII. szakülés 1915. november hó 27-én.

Elnök: DAVIDA LEO.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

I. DÖRI BÉLA előadása: „*A Paratyphus B. fertőzés két ritkább esetéről*”. (L. Értesítő 81—84. l.)

II. HATIEGÁN GYULA előadása: „*A háborús hasmenésekről, különös tekintettel a gastrogen eredésükre*”.

A hasmenések kóroktanát kutatva ismerteti a hurutos, functionalis, nervosus, dyspepsia simplex, intestinalis erjedéscs dyspepsia, gastrogen, enterogen, pancreatogen, hepatogen, megfázáson alapuló alakokat, hangsúlyozza: mily nehéz az egyes hasmenések kóroktanát eldönteni. A harcztérről ideutalt katonák egy részénél a rendszeresen alkalmazott gyógyítás eredménytelen volta irányította rá a figyelmét arra, hogy e hasmenések oka gyanánt ne a különböző dysentria bacillusokat tekintse, hanem a gyomor-bél dyspepsia jelenlétét tételezze fel. Ismerteti MUNK, STADLER, BONETH, LESCHKE, ALTEB, STRAUSS stb. ez irányú tapasztalatait, majd saját 35 esetének az ismertetésére tér át. Ezek közül 10 esetben rendes vagy hyperchlorhydriát kapott és a hasmenés 1—2 héten belül megfelelő étrend mellett megszűnt, a többi 25 esetben a hasmenés tartós volt, dacára az ételrend szigorú betartásának. Ezek értékelésénél a szabad sósav jelenlétére fektette a fősúlyt. A 25 eset közül 16-ban a szabad sósav teljes hiánya mellett az összaciditás általában 2—5 között ingadozott és ezek közül csak két esetben volt az összaciditás 10, egy esetben 15. A szabad sósav 8—10 között, az összaciditás 20—20 között ingadozott a többi esetben. A háborús gastrogen hasmenések kóroktanára vonatkozólag az a véleménye, hogy a sósavhiánytól kísért gyomorhurut előidézésében főszerepet jut a háborús konyhának, de szerepet tulajdonít, mint elősegítő körülménynek, a megfázásnak is.

A mi az ilyen katonák szolgálatképességét illeti, ajánlatos volna a helyi vagy ettape-szolgálatra való beosztásuk és megfelelő étrendi konyhával rendelkező kórházakban kellene szakorvosi kezelésben részesíteni őket.

(Megjelent a „Gyógyászat” 1916. évf. 8—9. sz.)

Hozzászólás:

KONRÁDI DÁNIEL: Nem ért egyet az előadóval abban, hogy a sósavhiánytól kísért hasmenések előidézésében a háborús konyhának jut a főszerep, mert a vezetése alatti tartalékkórházban igen sokszor olyanokon észlelte e változást, a kik még a harezteren nem voltak, sőt volt olyan esete is néhány, a melyben a hasmenés, sőt hányás olyankor jelentkezett, mikor az illető észrevette, hogy mint gyogyultat ki akarják küldeni a kórházból. Ezért azon a véleményen van, hogy psychikus tényezőknek is szerep jut az ilyen hasmenéseknél.

XIV. szakülés 1915. deczember 4-én.

Elnök: TOMPA JÁNOS.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

PÓSTA SÁNDOR előadása: „Az álllesontok lövési sérüléseinek utókezelése”. (L. Értesítő 85—90. l.)

Hozzászólás:

KOLESZAR LÁSZLÓ: Szerinte az állkapocslövésekkel párosult állkapocslövések utókezelésében a kozmetikai eredménynél sokkal fontosabb, hogy a beteg akármilyen módon visszanyerje a rágóképeségét. A sérülés elszenvedése után rövid időn belül alkalmazott esontösszetartási eljárások közül a esontvarrástól ő a 6/12. tábori kórházban, a hol mint sebészfőnök volt alkalmazva, nem látott valami különösebb jó eredményt, igen minden esetben a sérülés után eves-bűzös gyuladás lépett fel, a melyet csak a nyitva kezelés befolyásolt hasznosan. A kórházhoz beosztott KOPÁR GERŐ fogorvossal együtt csinált pl. felsőálllesont és kemény szájpad granát-lövési sérülésnél, a hol a esontok darabokra voltak törve, gipszalátámasztást s a mikor elhelyezték, igen jónak vélték, de az eves-bűzősgenny lefolyását biztosítandó, el kellett távolítani.

Az alsó állkapocslövéseknél, a hol az állkapocs nagy esonthiánya van, kíváncsi lett volna, hogy ezek miképen láttatnak el PÓSTA által.

KOLESZAR felemlít egy esetet, a hol egy ilyen alsó állkapocs középrészének hiányánál a beteget cianotikusan a legnagyobb légszomj tüneteivel hozták a kórházba azzal az utasítással a segélyhelyről, hogy tracheotomiát végezzünk nála, de a nyelvnek az állkapocs két oldalsó esontjához való kivarrásával a hátraesüszött

nyelv által okozott légzési nehézség azonnal megszűnt. Viszont volt olyan esete is, a midőn az állkapocs nagyobb hiányainál a nyelv egészen kilógott.

I. szakülés 1916. márczius II-én.

Elnök: TOMPA JÁNOS.

Jegyző: KONRÁDI DÁNIEL.

I. DÖRI BÉLA bemutat: 1. egy 36 éves katonát, a kit lábán levő gyógyulni nem akaró sebének kezelése végett küldtek be a kórházba. Ennek magyarázatát adja a beteg idegrendszerének megvizsgálása, a mely alkalommal a kapott tünetek összességéből a tabes dorsalis kórképe bontakozik ki; tehát a seb nem egyéb, mint egy ennél a betegségnél előfordulni szokott trophicus zavar, a malum perforans pedis.

2. Két katonát, a kiknél sebesülésüknél behatoló lövedékek rendkívül csodálatos, szeszélyes útát tettek meg.

II. FARNOS ILONA: Traumás neurosisok egy ritkább, de most gyakori esetét mutatja be. 30 éves katona beteg előadása szerint, mult év júniusában a harcztéren szekérrel felborult, akkor a hasára esett, azt erősen megütötte. Kb. 2 hét után három gránát csapott le mellette, mikor jobb karján meg is sebesült, de eszméletét nem veszítette el. Már szekérrel való felborulása után hastáji fájdalmai mellett észrevette, hogy hasa nőni kezd, de különösen a gránát robbanás után tünt fel neki. Ez egyéb kellemetlenséget nem okoz, csak járás közben fáj a háta és a dereka. Jó étvágya van, széke rendes.

A jól fejlett és elég jól táplált betegnél szembeütő szokatlan nagy elődomborodó hasa. Has körf. köldök magasságban: 93 cm. a köldök és proc. xyph. közti távolság, a köldök és symph. közti távolság pedig 20 cm. hosszú. Hason tárgult vénák, hegek nem láthatók. Hasfal egyenletesen feszes, nehezen benyomható, nem érzékeny, benne ellenálló képlet nem érezhető. Kopogtatásnál mindenütt váltakozó mély kopogtatási hang. Fluctualás nem mutatható ki. Májat, lépét tapintani nem lehet, felső, alsó határuk a normalisnak megfelelő.

Röntgen-átvilágításnál úgy a gyomor, mint átjárhatósága épnek bizonyult, szűkületnek semmi nyoma. Hasizomzat villanyos ingerlékenysége normalis viszonyokat mutat. Székletét, vizelet kiürítésében zavarai nincsenek.

A többi szervek részéről eltérés annyiban van, hogy a szív-működés kissé felmagasztalt. Idegrendszer részéről fokozottabb mély reflexek és a lábon fellépő typos nélküli remegés. Érzéskörben

eltérés nincs. Pupilla differentia nincs. Garat reflex megvan, a beteg psychéje a mennyiben megfigyelhető, ép.

Beteg vizsgálat eredményeképpen, mint a has megnagyobbodás okait, kizárhatjuk; a hasüri folyadék és pedig transudatum, exudatum, továbbá daganat jelenlétét, a hasfal izomzat petyhüdt benuháza következtében annak a hasüri nyomás által okozott kifeszülését, mondhatjuk a has megnagyobbodásának okául.

A „Gyógyászat” febr. 6-iki számában jelent meg egy közlemény a „Gránát has” ezimel, melyben a cs. és kir. Mária-Valéria barakkórház I. oszt.-ból van közölve egy ilyen eset, a melyben a közlő szerint a gránát has aetiologiája a hasfal védekező mechanizmusaként fogható fel, a mely izomállás rögzítődik. Ez a felfogás annyiban nem egészen helyes, mert ha a hasizomzat tonusa fokozódik, akkor a has nem domborul elő, sőt sajkaszerűleg behúzódik. E has megnagyobbodás oka gyanánt inkább az vehető fel, hogy a hasüri szervek, nevezetesen a bélrendszer serkentő és gátló beidegzése közti viszony oly módon zavart, hogy a bélgázok eliminációja megakadályoztatik valamiképpen, minek következtében kitágulnak a belek meteoristícusan s e megnagyobbodott bélrendszer feszíti ki a hasfalakat.

Hozzászól: JANCsó MIKLós.

III. HATIEGÁN GyULA: 1. Háborús neurosísok egy pár érdekesebb esetét mutatja be. Felhívja a figyelmet a háborúban előforduló neurosísok kevert, vegyes voltára. A klinikai kép nem egységes és nem sorozható tulajdonképpen a kialakult klinikai formák egyikébe sem. Még az OPPENHEIM által felvett traumás neurosís kórképében sem illeszthető mindig. A trauma nem mindig mutatható ki és ha kimutatható, nem áll arányban a klinikai kép súlyosságával. Ezen neurosísok lényége nem is az előidéző okban, hanem a szervezet sajátserű psycho-physikai reactiójában keresendő, mely a kívülről és belülről ható ingerekre áll elő. A „PASTEUR” klinikai tartalékkórházban megfordult belbeteg rokkant katonáknak 20%-át a neurosísok tették.

2. Az arcus aortae és art. anonyma-subclavia dextra aneurysmájával kapcsolatos *egyoldali dohverőújj* ritka gyógyult esetét mutatja be. Az esetet 1913. novemberében ismertette a szakosztálynak a gyógykezelés előtt. Három évi antilueses kezelés mellett az arteria subclavia aneurysmája teljesen eltűnt és ezzel együtt a dohverőujjak is feltűnően visszafejlődtek, a mit a Röntgen-felvétel is élelken bizonyított.

IV. JAKOBÍ JózSEF egy 35 éves nőt mutat be, ki 2 év óta állandóan hasogató főfájást érez az egész fejre kiterjedőleg s mindinkább fokozódó hevességgel; ugyanaz óta jobb szemének tárgylá-

tását, fényérzését teljesen elvesztette s $1\frac{1}{2}$ év óta bal szemével is mind rosszabbul lát. Ugyancsak 2 év óta veszi észre a beteg is, családjá is, hogy arca, kezei s lábai mintegy megnöttek, megvastagodottak, régi bőrkeztüjét, gyűrűjét nem tudja viselni, cipője szűk lett.

Az említett főfájás, a látás zavar s a test végrészeinek abnormis növekedése miatt kereste föl a belgyógyászati klinikát.

A beteg vizsgálatánál a következő eltéréseket találtuk: Arcz a koponyához viszonyítva nagyobb a kelletnél, kiálló részei megnagyobbodtak, és pedig az orrharánt irányban nagyobbodott meg, orrnyílások szélesebbek és hosszabbak; ajkak pöffendteknek látszanak, főleg az alsó, a mennyiben a rendesnek kétszeresére megnövekedett; az alsó állkapocs megnagyobbodása miatt bizonyos fokú prognathia észlelhető; a homlok és szempillák bőre vastag, szemérek szűkek, pofa csontok elődudoródnak, fülkagylók is kissé nagyobbak. Az arcz egészében véve álmos kifejezést mutat, merev arczjátékkal, kevés mozgással.

Hogy az arczon látható eltérések csak a betegségnek tartama óta állottak elő s nem veleszületettek, azt bizonyítja a beteg régi fényképe, mely igaz ugyan hogy ezelőtt 18 évvel készült, de elég jól látható rajta, hogy akkor egészen más arczkifejezése volt neki. A nyelv jóval szélesebb és vastagabb fogak kissé szétállók.

Nyak széles, gégefő előáll, hangja kevéssé rekedt, strumája van; gerincez oszlop háti részén kisebb fokú púp (kyphosis) látható; mellkas domborad, a kulcsesontok szegyi vége s a bordaperczoknak a bordacsontokkal való találkozási helye vastagabb a rendesnél, emlők mirigyes tapintatúak s belőlük már 4 év óta — vagyis mióta betegünknek havi vérzése kimaradt — állandóan tejszerű folyadék nyomható ki, mely colostrumnak bizonyult.

A felső és alsó végtagok egészükben véve a testalkathoz képest rendes nagyságúak, azonban úgy a kezek, mint a lábak jóval hatalmasabb terjedelműek s nemcsak szélességi — hanem kúfokban hossz irányban is nagyobbak; a kéz és láb újjai hengerdedek, a kézhát, illetve a láb hát felől a tenyér és talp felé lelapítottak virsli módjára; a kéztő s alkar és a láb tő s alszár meg éppen nem vesz részt a kóros növekvésben s jellemző az az ellentét, mely a nagy kéz s láb s a viszonylagosan keskeny alkar meg alszár között van. A körmök nem vettek részt a növekvésben.

Röntgen felvételen jól látható, hogy úgy a csontok, de különösen a lágyrészek meg vannak növekedve, főleg ha összehasonlítjuk egy megfelelő természetű egészséges nő kezéről s lábáról készített felvétellel.

Az idegrendszer tekintve sensoriuma szabad, de gondolkodása, beszéde kissé nehézkes, deprimált kedélyhangulatú, sokat

alszik. Tapintás-, hő-, s fájdalom érzés megtartott, ízézés, szagézés szintén. Testmozgásai nehézkesekek, kezei, lábai ügyetlenek, in- és bőrreflexek jól kiválthatók.

Szemmozgások szabadok, sem haránt irányú, sem körkörös szemtekerezés nincs, pupillák nem egészen kerekdedek, fényre s alkalmazkodásra kissé renyhén reagálnak. Jobb szemnek fényézés, színlátása nincs, jobb papilla nervi optici egészen halvány. Bal szem visusa = $\frac{1}{70}$, vagyis a normalisnak körülbelül $\frac{1}{10}$ része; bal szem színlátása elég jó s ezen szem látótere temporalisan szűkült s a bal papilla n. optici kevésbé halvány, tehát összegezve mindkét látóidegnek sorvadása van jelen.

A többi agyi ideg területén elváltozás nincsen.

Légzési-, vérkeringési szervek részéről említésre méltó eltérés nem észlelhető; a vérnek vizsgálata azt mutatta, hogy 1 mm³ vérben a fehér vérszám = 6·800, a vörös vértestek száma = 3,980·000, eosinophil sejtek száma = 4·4% haemoglobin tartalom = 12 6%; a vérsavóval végzett WASSERMANN reactio negatív eredményt adott.

Tápasatorna részéről a fokozott étvágy, fokozott szomj említhető, nem hiányzik, székrekedésre hajlamos; máj, lép rendes.

Vizelete 1013—1017 fajsúlyú, savi, igen bő mennyiségű (3000—3400), fehérjét, cukrot kóros mennyiségben nem tartalmaz.

Nemi szerveket, illetve külső nemi részek eltérést nem mutatnak, a belső nemi részek közül azonban a méh fundusa a rendszernél sokkal kisebb, körülbelül 2 diónyi (Kucsz dr.) és tekintetbe véve, hogy a pete érését kísérő havi vérzés a betegnél már 4 év óta nem jelentkezett, ebből a petefészkeknek is a sorvadására lehet következtetni, tehát egyszóval a belső nemi részek sorvadása van jelen.

A talált eltérések alapján az *Akromegalia* diagnózisát állíthatjuk fel, a mely kifejezett esetben nem nehéz, ha megszoktuk azt, hogy a beteget mint egy egészet is tekintjük, minthogy a szokatlan kinézése az arcnak, és pedig az orr, ajkak, alsó állkapocs- és nyelvnek a rendestől eltérő formája, azután a kezek s lábak megnagyobbodása, továbbá a kyphosis s a durva hang eléggé jellemzik a betegséget s végül igen fontos a diagnózisra a tractus opticusok vagy a chiasma n. optici sértésének kimutatása.

A betegség okára vonatkozólag a hypophysis theoria legvalószínűbb, mely szerint az akromegalia egy általános dystrophia volna, a mi valahogy a hypophysis megbetegedésével függ össze, akár annak fokozott avagy csökkent működésével. A bemutatott esetben a hypophysis megnagyobbodása, terjeszkedése kell, hogy jelen legyen, erre mutat a tüneteknek egy csoportja, és pedig a fokozott agyenyomás következményeképpen jelenlevő s mindinkább fokozódó heves főfájás s a látó idegeknek laesiója, továbbá a beteg koponyá-

járól készült RÖNTGEN — felvétel is, mely összehasonlítva egy ugyanoly természetű egészséges nő koponyájáról készült felvétellel, jól mutatja a megnagyobbodott hypophysis által kitágított török nyeret; a többi tünetek, és pedig a dystrophiás tünetek, a hová az arcnak s kezek-lábak növekvése tartozik s az atrophias tünetek, a hová a méh s petefészkek sorvadása emlithető, s a secretorius jelenségek, mint a milyen a polyuria s a galactorrhoea, ezek valamennyien a hypophysisnek megváltozott functiójával állnak kapcsolatban.

A betegség tartalmát tekintve 2 formáját különböztetjük meg:

- a) malignus, acut formát, 3—4 évi tartammal;
- b) benignus, chronicus formát esetleg 50 évi tartammal.

Hogy a szóban forgó eset mely formához tartozik, azt talán a lefolyása után lehetne megmondani, minthogy a betegség évtizedekig is eltarthat; néha jelentékeny remissiók is fellépnek, máskor meg a gyengeség mindinkább fokozódik, álomosság, fáradtság, légszomj áll elő, esetleg az emésztési szervek mondják fel a szolgálatot, avagy Diabetes mellitus tünetei társulhatnak, myxödémás, syringomyeliás, Basedow-kóros tünetek tarkíthatják a kórképet s ha intercurrents betegségek el nem ragadják a beteget, akkor hosszasan senyved kórházakban lebilineselten, míg a megváltó halál — néha váratlanul és hirtelen — meg nem jelen.

Minthogy e sajátságú betegség oka még nem tisztázott, ezért pophylacticus és causalis theraphiát nem folytathatunk; ha elfogadjuk azt a föltevést, hogy a hypophysis megbetegedése okozza a bántalmat, akkor a hypophysis el kell távolítani, a mi eddig csak igen kevés esetben sikerült. Javulást láttak jó, higany, arsen, thyreoidea és hypophysis készítmények adagolása után is, azonban a symptomaticus gyógyításnak is tág tere nyílik a sokféle panasz enyhítésében.

V. ISSEKUTZ BÉLA: „*A digitalis levél hatékonyságának biológiai úton való méréséről*“ czímen tart előadást.

A digitalis levél hatóanyagtartalmát chemiai úton nem lehet pontosan megállapítani. Ezért biológiai módszereket kell használni a dróg hatékonyságának mérésére. Kezdetben emlőállatokban is igyekeztek a digitalis készítmények titrálását végezni, de ma már, minthogy az előbbieket kevésbé alkalmasok, úgyszólván kivétel nélkül csakis békákat használnak erre a célra. A kísérleteket vagy egész állaton végzik, a mikor a vizsgált anyagot a béka nyírok tüszőibe fekszkendezik, s aztán a systolés szív megállásig eltelt időt állapítják meg, vagy pedig izolált túlélő béka szíveken. Az előbbi módszerek kevésbé pontosak, mert a felszívódó és egyéb tényezők erősen befolyásolják a mérgezési időt. Szerző éppen ezért izolált békaszíveken végezte a kísérleteit, ugyanazzal a módszerrel, a

melyet a „Digitalis hatás, chemismusa“ című dolgozatában már részletesen ismertetett. (1914. évi XXXVI. köt.) A kolozsvári gyógyszerárakból beszerzett digitalis levelek hatékonyságát ismert digitoxin tartalmú oldatokéval hasonlította össze s így kiszámította, hogy 100 gr. digitalis hány gr. digitoxinnal egyenlő erős hatású. Kísérleteiben azt tapasztalta, hogy míg egy jó minőségű digitalis, vagy digitalis készítmény (adigan) legalább 0·37% digitoxin hatékonyságú, addig a kolozsvári gyógyszertárak digitalisai közül a jobbat csak 0·18—0·2%-ig a legrosszabbak pedig csak 0·075%-nyi digitoxinnal egyenlő erősek. Vagyis a kolozsvári digitalishoz 3—5-ször annyit kell adni ugyanazon hatás elérése céljából, mint az adiganból vagy egy jó digitalisból. Ajánlja a digitalisnak állami ellenőrzés alá való helyezését.

Hozzászól: JAKABHÁZY ZSIGMOND.

VI. DITRÓI GÁBOR előadása: „Adatok az angiomatosis retinae fejlődéséhez“, czímmel.

A LECHNER emlékkönyvben ismertetett esetnek egy és három-negyed évi változásairól számol be. A változások a következők:

1. Az érlumenek megnagyobbodása,
2. Az ereknek hosszirányban való megnövekedése,
3. Göbképződés a vastag erekben is,
4. Új erek képződése,
5. Új anastomosisok fellépte,
6. Új angiomas csomó képződése,
7. Kísérő elváltozások a retina-szövetében.

Eddigelé első klinikai adat az éresomó képződés lefolyásáról.

III. szakülés 1916. április 8-án.

Elnök: TOMPA JÁNOS.

Jegyző: KONRADI DÁNIEL.

I. GÉBER JÁNOS bemutatja a *börnekrosis egy szokatlan alakját* és az esettel kapcsolatosan a klinikán észlelt 4 hasonló esetről számol be, melyet a legnagyobb valószínűséggel staphylococcusok idéztek elő.

II. VIDA KOVICH KAMILL öt hetes csecsemőt mutat be, kit két héttel ezelőtt jókora ökölnyi *kephalokele (ccipitalis superiorral)* operált meg. A kephalokele az enkephalocystomeningokelek csoportjába tartozott. Kívülről hártyaszerű bőr fedte, ezalatt következett a koecsonyás arachnoidea, eközt és a tojasnyi agy-gyomroc-kítüremkedés között, melyet kb. 2 miliméternyi agyréteg borított, mintegy 100 ccm. liquor-gyülem foglalt helyet. A műtétet úgy végezte, hogy a bőr lebenyes körülmetszése és eltávolítása után az enkephalokelet

amputálta (lekötés catgutfonallal), majd a durát és pericraniumot, végre pedig a bőrt is lehenyesen egymás fölé elvarrta. Liquorfolyás nem következett be. A beavatkozást a koraszülött csecsemő minden reakció nélkül tűrte.

Az eset kapcsán a kephalokelek anatómiájáról és fejlődés-tanáról értekezett.

III. VIDA KOVICH KAMILL: *Quadriceps femoris inának spontan szakadását* mutatja be 22 éves egyébként teljesen egészséges fiatal emberen. Az in szakadása sima földön való járkálás közben jött létre; a beteg azt érezte, hogy rosszul lépett és elesni készül, közben villámszerű fájdalom lépett fel bal térdében. Az esés úgy kötvetkezett be, hogy bal alsó végtagja térdben teljesen behajlítot helyzetben került a törzse alá; az utána több ízben megkísérelt felkelés közben mindannyiszor ismét összerogyott, mert lábát kinyújtott helyzetben nem volt képes megtartani. Térd erősen megdagadt és igen fájdalmas volt. Vidéki kórházban emiatt gipszkötésbe tették és 3 hétig ebben tartották. A rögzítő kötés levétele után azonban megint csak összerogyott, lábát térdben nem tudta nyújtani. Klinikailag a térdkalács felett 2 újjnyi diastasis volt észlelhető a quadriceps inában; az in vége meg volt vastagodva és esontkeménynek tetszett, mintha a patella egy darabjával együtt szakadt volna le. A röntgenképen a térdkalács épnek látszott, az inban alakatlan félfüllérnyi homály. Utóbbi leszakadt esonthártyából ujdonképződött esontnak és nem leszakadt esontdarabnak kell minősíteni. Vízszintesen elhelyezett czomb és függélyesen lelógó lábszár mellett a beteg kb. még 20 foknyira képes a lábszárát emelni, tehát a tartalék nyújtó-készülék még bizonyos fokig működött.

A műtét a leszakadt inak visszavarrásában állott, a mi sodronyvarrással történt olyképen, hogy a térdkalácsot vízszintes irányban átfurtuk, az ezen lúrási esatornába vezetett sodronyt az invég köré történt vezetése után (cerclage) összezsavartuk. Korai functionális kezelés.

Előadó az esettel kapcsolatosan értekezik a musc. quadriceps femoris szakadásainak létrejövetei módjaival és pathológiájával.

IV. ISSEKUTZ BÉA előadása: *A tropinek és ammoniumbásisaik hatásáról.* (L. Értesítő 91. 1.).