

ELŐFIZETÉSI ÁR: helyben és vidéken egész évre 10 frt., félévre 5 frt. A közlemények és fizetések bérmentesítendőek.

HIRDETÉSEKÉRT soronként 15 o. é. kr.

MEGJELEN MINDEN VASÁRNAP.

Megrendelhető minden kir. postahivatalnál, a szerkesztőségénél nádor-utca 13. szám és Kilián György könyvkereskedésében váci-utca Drasche-féle házában.

ORVOSI HETILAP.

HONI S KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

HUSZONKILENCZEDIK ÉVFOLYAM.

Felelős szerkesztő és tulajdonos Markosovszky Lajos tr. Főmunkatárs Balogh Kálmán tanár.

TARTALOM: Jendrassik E. tr. Közlemény Wagner János, kir. tanácsos és ny. r. tanár egyetemi belkórodájából. A polio-myelencephalitis viszonyáról a Basedow-kórhoz. (Vége.) — Konrad J. tr. Tettetett féldoldali hűdés a gyermekhysteria egy esetében. — Ónodi A. D. tr. Mihálkovics Géza ny. r. tr. bonczani és fejlődéstani intézetéből. Rendellenes alakviszonyok az idegtan köréből. (Folytatás.) — Könyvismertetés. Ueber Acetonurie und Diaceturie. Von Dr. Rudolf von Jaksch, Privatdocent und Assistent an der I. medicinischen Klinik in Wien. (Vége.) — Lapszemle. A doból.

TÁRCZA: Az országos orvosi és közegészségügyi congressus Budapesten. III. szakosztályi ülés. — Heti szemle. Az egészségügyi rendőrség gyakorlása a laktanyákban. Ambró tr. észrevételei a vándor bábatanítókról. — Vegyesek. — Előfizetési felhívás az Orvosi Hetilap oct.-decemberi folyamára. — Pályázat.

MELLÉKLET: A Szemészet 5. száma.

Közlemény Wagner János, kir. tanácsos és ny. r. tanár egyetemi belkórodájából.

A polio-myelencephalitis viszonyáról a Basedow-kórhoz.

JENDRÁSSIK ERNŐ tr., kórodai tanársegédétől.

(Vége.)

Már most térjünk vissza ismét betegünkhöz és lássuk, lehet-e összefüggés a nála észlelt Basedow-kór és polio-myelencephalitis sup. közt? Ezen kérdést már azért is fel kell vetnünk, mert nem nagyon valószínű, hogy valaki egyszerre lepossék meg két aránylag ritka betegség által. Az első pont, melyre válaszolnom kell, az, vajon volt-e már észlelve hasonló szövődés? Az irodalomban egy esetet voltam képes találni, mely sok tekintetben hasonlít betegünkhöz, s melyet Fr. Warner 1882-ben mutatott be a »royal medical and surgical society«-ben. Az eset a következő¹⁾: »25 éves nő négy év óta szenved Graves betegségben (Basedow). Idegesség, gyomorgörcsök, hányás, dyspnoë és szívdobogás észleltettek nála. Mindkét szem csaknem teljesen mozdulatlan, mi nem az exophthalmusnak tulajdonítandó, ez (a paralysis) 5 hóval a kórházba lépés előtt keletkezett. A szemek mozgása nem volt mindkét szemben egyenlő, s a függőleges irányban kissé nagyobb volt; a kétoldali ptosis kifejezett. Jelen volt még a 7-dik és 5-dik idegpár paresise és az alsó végtagok reszketése. Syphilis nem volt kimutatható. A kezelés mellett a struma csökkent, s a beteg állapota tetemesen javult, de az ophthalmoplegia állandó maradt«. Összefüggést a két bántalom közt sem Warner nem volt hajlandó felvenni, sem Power, sem Althaus.

Igaz, hogy ezen egy eseten kívül több teljes szemideg-bénulás csatlakozása a Basedow-kórhoz nincsen felemlítve, azonban van még több ophthalmoplegiás eset (Graefe, Lichtheim, Kidd, Matthieu stb.), melyekben exophthalmust is találtak (más tünetről nincsen szó), s viszont Basedow-kórnál szemizom-bénulást látott Trousseau, valamint mozgási rendellenességeket a szemben v. Stellwag és Benedikt. Ide tartozik Férrol²⁾ egy komplikáltabb esete is: 41 éves férfi jobb oldali strumával és közepes exophthalmus-szal, melyet

nehány hó múlva szívdobogás követett. Öt hóval később erős fejfájás és szédülés mellett, de minden apoplektikus roham nélkül jobb oldali paresis által lett meglepve; az érzékenységekben is mutatkozott némi eltérés. Emellett a jobb szemben trochlearis-bénulás folytán kettős képet látott. Később a trochlearis helyett az abducens bénulása állott be, de az érzékenység javult.

A legegyszerűbb magyarázat lenne az, hogy az exophthalmus okozza a mozgás bénulását akár mechanikai módon gátolva a szemgolyót, akár idegösszenyomás által; de azon körülmény, hogy igen nagyfokú szemkidülledések mellett is a mozgás rendes marad, kizárja e felvételt. Ilyen ok nem is eredményezhetne egyes szemideg-bénulást, legkevésbé pedig olyan alakút, melyben az oculomotoriusnak szemben belőli ágai épek maradnának.

Tekintve ezen eseteket, megkísérlettem tovább haladni az összefüggés felderítésében a két bántalom közt. Miután pedig a polio-myelencephalitis localisatióját biztosnak ismerjük el, a kérdés oda irányult, vajon nem lehetséges-e, hogy a Basedow-kór is valamely nyúltagyi, vagy középagyi bántalomban találja okát. Igaz, hogy a kérdést megfordítva is lehetne feltenni; azt mondhatná valaki, hogy a n. sympathicus-ból eredő érmozgatók megváltozott beidegzése szolgált okul a szemmozgató magvak elfajulásának. A viszonyok azonban nem felelnek meg ezen gondolatmenetnek; ilyen beidegzési zavarból oly kis helyre korlátozt bántalom, minő némely esetben csak egyes szemizomidegre van feljegyezve, nem találhatna kellő értelmezést.

Hosszú idő óta eléggé be van bizonyítva, hogy a Basedow-kór tünetösszege egységes betegséget képez, s hogy okát az idegrendszer bántalmában kell keresni. Lehet mondani, hogy ezen pontig mindenki egyetért. Másképen áll a dolog, ha tovább akarunk menni, s az idegrendszer elváltozásának helyét akarjuk meghatározni. Három nézet uralkodik e kérdés felett, az egyik általános neurosisnak tudja be a symptomákat, a másik a nyaki sympathicus megbetegedésének, a harmadik centralis eredetű bajnak tekinti.

Azt hiszem, ha a baj okát megakarjuk találni, a következő gondolatmenetből kell kiindulni. Miután a bántalom három főtünete egymástól független, s térben távol eső részeket illet, s igen jellegzően az esetek legnagyobb számában ki van fejezve, szüksé-

¹⁾ Lancet. 1882. II., XVII. p. 104.

²⁾ Union méd. 1874. 153. és 1875. 47. (Virchow-Hirsch).

ges: 1) az okúl szolgáló idegelváltozást oly helyen keresni, ahol a megfelelő idegrostok egymás mellett feküsznek, továbbá szükséges, 2) hogy ott az idegelemek annyira elszigetelve legyenek, miszerint egykönnyen más szálakra át ne terjedjen a bántalom, s 3) hogy amennyire áterjedhet, meg kell találnunk egyes kórtörténetekben annak nyomát. Mindezen követelések a bántalom természetéből folyók, de viszont azt is megkívánják, hogy a *localisatio állandó* legyen. Hogy ezt példával világítsam meg, felhozom a kar idegeit; vannak bizonyos helyek ezen idegek mentén, melyeknek sérülése sajátságos jellegű bénulást okoz, vegyük pl. az Erb-féle supraclavicularis pontot, melynek izgatására, mint ismeretes, a deltoideus, biceps, brachialis internus és supinator longus izmok húzódnak össze, tehát egymástól némileg távol fekvő izmok a közelben lévők kimaradásával. Ugyanezen szálak kizárólagos bénulásának okát más-hol, mint ezen a ponton keresni nem lehetne.

Lássuk most, valjon a jelzett követeléseknek melyik nézet felel meg leginkább?

Azon tan, mely szerint általános neurosis oka a Basedow-kórnak, teljesen ellenkezik a jelzett követelésekkel, s ha ezeket elfogadjuk, e nézettel (melyet *Benibarde*, *Cheadle* és *Marie* védnek leginkább) már leszámoltunk. Különben is az általános neurosis fogalma oly határozatlan, hogy e tan alapítói sem hoztak fel védelmére bizonyítékokat.

Legelterjedtebb azon felfogás, hogy a Basedow-kór a nyaki sympathicus bántalma; physiologiai és pathologiai tényekre van alapítva e theoria, de ismeretes, a magyarázatok mégis mennyi ellenmondót tartalmaznak. Nem szándékom itten elősorolni az ellenvetéseket, melyek eddigé ezen nézet ellen felhozattak. Nézetem szerint azon postulatumok, melyeket előbb felállítottam, újabb nehézséget gördítenek a peripherikus sympathicus-megbetegedés felvétele — mint ok — ellen. A nyaki sympathicus az eddigi vizsgálatok szerint az egész fejet látja el érmozgató ágakkal, ezenkívül ismerjük még befolyását az irisnek radialis izmára, s a m. orbitalisra. Ezen befolyások megváltozásából megmagyarázni a Basedow-kór tüneteit alig lehet. Ha az exophthalmus a sympathicus bénulása folytán való hyperaemiából származnék, látni kellene a vérbőséget az arcz többi részein is, de e helyett a halavány szín a jellegző. A szemfeneki hyperaemiát sem lehet minden esetben találni, mint ez bemutatott betegünkél is állandóan hiányzik, s ha jelen van egyes esetekben, lehet a retrobulbaris nyomás következése is. És viszont látunk elég gyakran a fej ereiben hosszú időn át fennálló hyperaemiát vérkeringési akadály folytán, anélkül, hogy ez valaha strumára, vagy exophthalmusra vezetne. A bonczolásnál talált retrobulbaris kötőszövet-túltengés sem magyarázható oly könnyen egyszerű hyperaemiából. A m. orbitalis szemelőrevonó hatása oly gyenge, hogy nagyobb fokú exophthalmust semmi esetre sem idézhet elő. A Graefe-féle tünet magyarázása a sympathicus befolyásának hiányából szintén igen erőltetett. Alig valószínű, hogy, míg a szemek és szemhéjak mozgása agyi idegek befolyása alatt állanak, s ezek által kormányoztatnak, éppen a fel- és lenézésnél kellene a sympathicus sima izma gyenge rostjainak működni oly összhangban a harántcsikolt szemizmokkal, melyen az együttműködés közeli és direct idegösszeköttetést tételez fel. Hogy milyen különböző természetű azon exophthalmus, mely a sympathicus átvágása által lett előidézve, eléggé bizonyítja *Boddaert* pathologiai kísérletei (ha ugyan megérdemlik e nevet!), ki házi nyulnál és tengeri malacznál mindkét vena jugularis interna-t és externa-t lekötötte és a sympathicusokat átmetszette, s az exophthalmus néhány nap múlva mégis eltűnt!

A pupillaris elváltozás meg éppen hiányzik minden esetben. S ha mostan visszagondolunk arra, hogyan kellett a n. oculomotorius bántalmának localisatióját az agyba követni, mivel a pupillaris rostok éppen maradtak: nem kellene-e még sokkal inkább visszavezetni a sympathicus megbetegedésének helyét a centralis idegrendszerbe, hiszen az egész idegből csak egynehány rostnak megfelelő tünetet találunk! Vagy lehet azt elképzelni, hogy a nyaki sympathicusból oly typikusan, aránylag oly gyakran és tisztán csak a retrobulbaris kötőszövetnek, a glandula thyreoideának, s a szívnek megfelelő rostok betegeszenek meg? Végre a peripherikus idegbántalmaknál többnyire csak egyoldali a baj, a részarányos fellépés ritkán fordul elő, amivel teljesen ellenkezik a Basedow-kór állandóan kétoldali egyenlő fellépése; oly esetek, hol ezen bántalom tünetei — legalább hosszabb időre — egyik oldalra voltak korlátozva, igen ritkák.

Lássuk már most a harmadik nézetet, mely a centralis localisatio mellett küzd. Eddigé csak kevés buvár pártolta e nézetet, s tényleg a felhozott okok nem is voltak teljesen kielégítőek.

*Benedikt*¹⁾ támaszkodva főleg arra, hogy ezen bántalomnál gyakran oly rostok is vesznek részt, melyek a sympathicusnak alább fekvő részein haladnak, a betegség helyét az nyúltagy és gerinczagy átmeneti részére teszi. Ezen felfogás ellenében felhozott, hogy az alhasi megbetegedések csak következményei a szív megváltozott működésének, s más okoknak. De ha felvesszük, hogy tényleg a nyaki sympathicus van elváltozva, miért ne terjedhetne a bántalom még lejjebb, a hasi együttérző idegre is?

Újabban *Rendu*²⁾ a szóban levő bántalom kiindulási pontját a nyúltagyban és a gerinczvelő felső részében keresi, s ezen felvételét már szélesebb alapra fekteti, mint *Benedikt*; azonban kijelenti, miszerint localisálni ezen, vagy azon idegrostra a Basedow-kórt igen szűk felfogása lenne ezen bántalomnak. Szerinte a Basedow-kór mindenek előtt a nyúltagi és gerinczagi idegrendszer szokatlan ingerlékenysége által van jellemezve, majd a bulbaris tünetek lépnek előtérbe, magukkal hozva a visceralis tüneteket, majd ellenkezőleg a gerinczagiak, vagy agyiak vannak inkább kifejezve. A központi localisatio pártolói közt még *Geigel*-t, s *Fitz Gerald*-ot kell megemlítenem, s a szemészek közül *Sattler*-t, ki eddig a legmeggyőzőbben védte e nézetet.

És most megkísérlem felhozni mindazon okokat, melyek miatt véleményem szerint a centralis localisatiót kell elfogadni. Kiindulok az előbb felállított három pontból, melyeket mint szükségesséket jeleztem a bántalmazott hely felkeresésénél. Az első követelés felhasználásáról, mely szerint a bántalom localisatiója olyan helyen lehet, hol a megfelelő idegelemek egymás mellett feküsznek, boncztani (és kórtani) ismereteinknek ezen irányban való hiányossága miatt azonban nem lehet szó, s így csak a második és harmadik pont marad.

Tudjuk, hogy a Basedow-kór tünetei nem függnak egymástól, hogy vannak esetek, amelyekben a három főtünet közül kettő is hiányzott, s másrésről az esetek nagy többségében a három főtüneten kívül alig találni más, legalább nem localis, egyes idegágra kiterjedő elváltozást. Ilyen körülményeknek csak a nyúltagy és a közepagy hátulsó része felel meg. Ott izolált magvak vannak, melyek egyes idegeknek felelnek meg, s amelyek egy részének megbetegedése már ismeretes. Tudjuk azt is, hogy ilyen megbetegedéseknél egyes idegszálak, melyek peripherice ugyan a bántalmazottakkal együtt haladnak, de a jelzett helyen eltérnek a többitől, éppen maradnak (mint azt az ophthalmoplegiánál az oculomotorius pupillaris ágairól már említettem). Csak ilyen localisatio

¹⁾ Nervenpathologie und Elektrotherapie. Leipzig. 1876. II. p. 655.

²⁾ Dechambre dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. IV. Serie. IX. p. 553. 1883.

mellett lehetne elképzelni — akár a sympathicus, akár a vagus góczait illetné a baj — a nagyterületű közbeeső helyek épen maradását. Még inkább érthetővé teszi ezen felvétel azon eseteket, hol csak 1—2 tünete volt kifejezve a kórnak. Ha ilyen meghatározott helyet veszünk fel, megérthetjük, hogy a folyamat legtöbbszörre nem terjed át más részekre, hiszen a polio-myelencephalitis egyes alakjai is leggyakrabban elszigetelve maradnak. Ezek szerint a Basedow-kórt is, mint a szürke állomány megbetegedését, mint polio-myelencephalitist kellene felfogni, s ezen kóros folyamat oly magokban lenne localisálva, melyek a bántalmazott szerveknek felelnek meg.

De térjünk át ezen theoretikus okoskodásokról a gyakorlati tényekre. Vizsgáljuk meg, vajon mint az első két követelésnek, úgy megfelel-e a harmadiknak is ezen localisatio felvétele? Ha a bántalom széke csakugyan a nyúltagyban, vagy ennek szomszédságában van, úgy meg kell találnunk egyes kórtörténetekben nyomát olyan eseteknek, midőn ezen encephalitikus folyamat nem maradt oly szűk korlátok közé szorítva, hanem, mint az más szürke állománybeli gyulladásoknál szokott lenni, egyes esetekben nagyobb területre is kiterjedt. És ezen irányban az irodalomból igen értékes adatoknak jutottam birtokába.

Mint arról már szóltam, s a bemutatott esetből is kitűnt, a bántalom kiterjedhet a szemmozgató magvakra is, sőt a facialis és trigeminus egy részére is. A facialis csekélyebb paresisét Basedow-kóránál *Potain* észlelte két esetben a szájug és a nyelvcsap félrehúzóásával, míg *Benedikt* az arczideget többször találta mindkét oldalon paretikusnak.

Leggyakoribb talán az összes complicatiók közül a diabetes mellitus; könnyen gyűjtöttem össze 9 esetet az irodalomból (*Potain*, *Wilks*, *Brunton*, *O'Neill*, *Hartmann* 2 esetben, *Fischer*, *Ballet*, *Begbie*). A Cl. Bernard-féle piqüre magyarázhatja e complicatiót. *Begbie* néhány esetben transitorikus albuminuriát, *Christison* egyszerű polyuriát észlelt. Mindezek megfelelnek eddigi ismereteinknek a nyúltagy functióit illetőleg. A bulimia, mely szintén gyakran esik észlelés alá összefüggésben a Basedow-kórral, talán a diabetes-szel áll összefüggésben; legalább egyes írók szerint valószínű, hogy a diabetes, vagy glycosuria ezen betegségben gyakoribb, mintsem az eddigelé figyelembe vétetett. *Cheadle*¹⁾ egy esetben 41 éves férfínél több ideges tünet mellett diabetes mellitust észlelt kapcsolatban igen szapora szív működéssel, a pulsus 140—150 közt volt, időnkint rohamok alakjában még szaporodott, úgy hogy egyszer a 300-at is elérte. Ezen észleletben tehát a diabetes tachycardiával volt szövődve. Ilyen szövődési alakokból, melyek mint egy óramű fogas kerekai egymásba fogódnak, többet is találunk feljegyezve. Míg az épen említett esetekben a diabetes a Basedow-kórral társult, s a bemutatott esetben az utóbbi a szem- és arczidegek bénulásához csatlakozott, addig vannak feljegyezve esetek, hol a diabetes (insipidus) szemizom-bénulással szövődött, nevezetesen *abducens*-bénulással ismeretesek *Kämnitz* 1873-ban, *Gayel* 1876-ban, *Flatten* 1882-ben közölt esetei. Ide tartozó érdekes esetet mutattam be az ülés elején.

B. F.-né, 46 éves; családjában idegbeteget nem ismert; syphilitikus infectio ki nem mutatható. 1884. július elején kezdődött betegsége gyomorbéli tünetekkel; étvágyát elvesztette, folytonosan hányás ingerelte, székrekedése napokon át volt. Kevés fejfájást is érzett, s nemsokára olyan gyenge lett, hogy ágyban kellett maradnia. Julius vége felé sokat kellett köpnie, a köpet habos, fehér volt; nemsokára igen nagy szomjúság fogta el, egy napon megmérték a megivott vizet, a mennyiség 8 litert tett ki,

¹⁾ Case of glycosuria, associated with extremely rapid action of the heart and symptoms of central nervous disorder. Med. Times and Gaz. 1877. March 3.

minek megfelelőleg vizelete is igen sok volt. Nem izzadt. Ereje lassankint visszatért, azonban augusztus végén egy reggel észrevette, hogy kettősen lát. Néhány nap múlva bal felső szemhéja lassankint lesülyedt. 1885. május közepéig azután alig változott állapota, csak szomjúsága csökkent némileg. Ezen időben azonban jobb szeme is becsukódott, mire beteg megijedve, a szemészeti kórodát kereste fel, honnét hozzáuk utasítottatt. A szemészeti kórodán eszközölt vizsgálat szerint bal szemén az oculomotorius minden ágára kiterjedő bénulás van jelen; ezen a szemén a pupilla közepesen tág, mozdulatlan. A jobb szemén az oculomotorius bénulása szintén ki van fejezve, ámbár nem oly nagy fokban, mint bal oldalt. A pupilla itt is középtág, fényre nem reagál, csupán kis rángatózó összehúzódnást észlelhetni rajta. J. sz. $\frac{6}{18}$. H. m. 1 Dv. = $\frac{6}{12}$; B. sz. $\frac{6}{10}$. H. m. 1.5 Dv. = $\frac{6}{18}$. A jobb szemén is csekélyebb az alkalmazkodás, mint az a hypermetropiának és korának megfelelne, t. i. csak 0.5 D. — A ptosis nem teljes, de mindkét oldalt jó nagyfokú. Bal arczfélén az érzés tompább, s ezen oldalon biszergést érez. Száját nem képes teljesen nyitni (az izület részéről akadály nincsen), bal oldalán nem tud harapni, mert »nem ér össze a foga«. Nyelve kissé balra tér el, a nyelvcsap jobbra néz, a bal invitorla mélyebben áll, mint a jobb. Vizeletének mennyisége naponként 3000 kcm., fajsúlya 1000—1003—1005 közt ingadozik. Sem cukrot, sem albumint nem tartalmaz. Nyálfolysa jelenleg nincsen, de mégis többet kell köpnie, mint rendszeren.

A szív működésének szaporasága mellett a légzés is gyakran szaporább¹⁾. Ismereteink még hiányosak e két tényező összefüggéséről, de annyi bizonyos, hogy a légzés szaporasága nem lehet a struma által okozva, mert akkor inkább ritkábbak, de egyszersmind mélyebbek lennének az egyes légvételek. Valószínű, hogy hasonló ok, mely a tachycardiát idézi elő, okozza a szaporább légzést is. Különben ezen tünet még igen kevés figyelembe részesült.

Mielőtt még tovább haladnék, kis kitérést kell tennem a symptomák tulajdonságait illetőleg. Az exophthalmus, mint azt a bonczolás is kimutatta, jó részben legalább a retrobulbaris kötőszövet túltengéséből származik; hasonló túltengés éri a pajzsmirigyet is. A szív nagyságára nézve eltérők az egyes esetek. Némely betegnél a szív határozottan nagyobbnak találtatott, más esetekben nem volt megváltozva. A szív nagyobbodását előben többnyire dilatatióra vezették vissza, azonban bonczolásnál időnkint hypertrophia találtatott. Annyi kitűnik az észleletekből, hogy a szív nagyobbodása nem áll mindig arányban működésének szaporaságával; határozott nagyobbodás volt olyan esetekben, hol a pulsus nem érte el a 100-at, míg 120—140, sőt még sokkal több érverés mellett a szív rendes térfogatot mutatott. Esetünkben is láttuk, hogy a szívcsúcs tetemesen kiejebb van, daczára, hogy a pulsus 100—120 közt maradt állandóan, s ez utóbbi számot túl nem haladta; itt nem lennének hajlandó tágulást felvenni, melyet csak pangásból lehetne származtatni, minek a betegnél semmi nyoma. Ellenkezőleg hypertrophia mellett szólanak az erős szívhangok. Kénytelen vagyok tehát felvenni, hogy egyes esetekben épen úgy, mint a szemüri kötőszövetben és a glandula thyreoideában, a szív izomzatában is hypertrophia jön létre; hogy ez milyen elemek szaporodásától függ, arra jelenleg felelni még nem lehet.

Túltengés egyes esetekben más szervekben is mutatkozott; így *Goodhart* a thymus hypertrophiáját írta le Basedow-kórban elhalt 19 éves nőnél. A bonczolásnál a mediastinum a szokatlan módon kifejlődött thymus által volt kitömve, a mirigy szivacszerű összeállású volt, barnás, sűrűen átszöve erekkel; a nyaki és trachea-körülötti nyirkmirigyek szintén tetemesen hyperplastikusok voltak. *Trousseau* egy esetben az emlők hypertrophiáját látta, élénk ellenében a Basedow-kórban beteg nő lesóványodásával.

¹⁾ Marie. Contribution à l'étude et au diagnostic des formes frustes de la maladie de Basedow. Paris. 1883. p. 40.

Mindezen példák mutatják, hogy a túltengés néha nagyobb kiterjedést vesz, mint rendesen.

Ha mostan visszatérek azon bonczani elváltozásra, melyet a nyúltagyban, mint a Basedow-kórt okozó megbetegedést felvettem, az a kérdés áll elő, milyen összefüggés lehet a hypertrophia és a szürke állomány elfajulása közt? Ha igaz, hogy ezen folyamat olyan természetű, mint a minő a gerinczagyban a polio-myelitis, ez utóbbi bántalom eseteiben is túltengést kellene találni. És itt nagy kérdés előtt állok. Az atrophia muscularis progressiva és pseudo-hypertrophia musculorum két rokon bántalom, mely jelenleg mint a gerinczvelő szürke állományának megbetegedése ismeretes. A pseudohypertrophianál a kötőszövet-túltengés a bántalom kifolyása; nem lehetne-e azonos folyamat az, mely a retrobulbaris kötőszövet, a glandula thyreoidea stb. túltengését okozza? Észleleteknek kell e kérdésben döntenet, s ma ezek még kis számúak. A következő észleletek látszanak azon nézet mellett bizonyítani, hogy a nyúltagy folyamata Basedow-kóránál rokon azon folyamattal, mely a haladó izomsorvadást és az izmok áltúltengését okozza. *Dreyfus-Brisac*¹⁾ közölt nem régen egy esetet, melyben a Basedow-kórhoz csakhamar a jobb kar izmainak gyengülése csatlakozott, s az alkar, thenar, hypothenar és csontközötti izmok atrophijája; továbbá ide tartozik *Cardarelli*²⁾ esete is, ki Basedow-kórban szenvedő nőnél egyéb ideges tünet mellett a kéz izmainak atrophiját észlelte. Harmadik esetet néhány hét előtt közölt *L. Du Cazal*³⁾: Az 53 éves Basedow-kórban szenvedő nőnél minden izom igen nagy fokban sorvadt, úgy hogy járni sem képes. És arra is hozhatok fel példát, midőn pseudo-hypertrophiaival szövődött, ismét *Cardarelli*⁴⁾ hozva fel, ki 12 éves fiúnál minden tünetét látta a pseudo-hypertrophia musculorum-nak egyidejűleg a Basedow-kórral.

Végre az aetiologikus momemtumok is hajlandók támogatni e nézetet. *Brunton* esetében egy 43 éves nő elesés közben fejét hátul megütötte, s rá Basedow-kór és diabetes fejlődött ki. *Begbie* a tarkótáj megütése után gyorsan fellépett Basedow-kór esetéről tesz említést.

A Basedow-kór többi tüneteire építeni alig lehet. Azok nagy része szól még nyúltagy megbetegedés mellett (Graefé-tünet; köhögés; időnkint fellépő angina pectoris rohamok; izzadás, mely gyakran egyes testrészekre van korlátozva; hőemelkedések), de nem oly bizonyossággal, mint a felhozottak; a többi összefüggését jelenleg még kimutatni nem lehet. Hogy a hysteria oly gyakori ezen betegségnél (de azért nincsen minden esetben jelen), annak oka az talán, hogy, miután dispositio hysteriára igen sok nőnél van jelen, a Basedow-kór annak kitörésére alkalmi okúl szolgálhat. Hogy miért fordul elő a női nemnél gyakrabban e bántalom, még nem tudjuk; hogy azonban egyes családokban több eset is található (így a *Cheadle* által közölt esetben, midőn egy családban négy nő tag szenvedett e kórban), teljesen megfelel annak, mit a pseudohypertrophia és atrophia musc. progr.-ról e tekintetben tudunk.

De elég ennyi a kórodai észleletekből, — a nyaki sympathicus megbetegedését védők főleg a kísérleti kórtan adataira támaszkodnak. Ezen a téren azonban a centralis localisatio ép oly értékes adatokkal rendelkezik *Filshie* kísérleteiben, ki házi nyulaknál a corp. restiformiák mellső negyedének megsértése által a Basedow-kór tüneteit, ha nem is egyszerre, de mind a hármat képes volt előidézni.

¹⁾ Gazette hebdomadaire. 1885. p. 271.

²⁾ La malattia nervosa e funzionale del cuore. Napoli. 1882. — Revue des sciences méd. 1884. p. 531.

³⁾ Gazette hebdomadaire. 1885. 21. sz.

⁴⁾ L. c.

S ami még a kórbonczolás adatait illeti, nem csodálom, hogy e részben biztos eredmények nincsenek. Azon ritka esetekben, midőn Basedow-kóros beteg bonczolás alá jutott, többnyire megelégedtek a sympathicus megvizsgálásával, s szabad szemmel a szürke állomány ilyen kis helyre kiterjedő megbetegedése észre nem vehető. *Cheadle* egy esetben a nyúltvelőben a 7., 8., 9. idegpár eredési helyénél, főleg az olivák körül, s lefelé az egész nyaki gerinczvelőn, kitágult ereket talált.

Mindezek után azt hiszem, hogy a Basedow-kór oly bántalom, melynek állandó, s bizonyos körülírt helyre korlátolt megbetegedési gócz felel meg a nyúltagyban; a legnagyobb valószínűséggel a 7. mag magasságában, azonban az agyideg magvaitól elkülönítve.

Betegünknel tehát az összes tüneteknek megfelelő alapsbántalom a nyúltagyban (és a középagy hátsó részében) székel. Ami még a felső végtagok gyengeségét illeti, ennek okát biztosan meghatározni nehéz lenne; Basedow-kóránál azonban többször előfordult egyes végtagok gyengesége vagy paraplegia, vagy hemiplegia alakjában. A nyúltagy bántalmából magyarázni ezen körülményt talán lehetséges lesz, ha majd pontosan ismerjük a bántalmazott góczot. Hogy azonban az is lehetséges, hogy betegünknel kisebb fokú polio-myelitis okozza a felső végtagok gyengeségét, némileg bizonyítja a jobb oldali m. pectoralis (mely leginkább szenvedett) szembetűnő atrophijája és azon reactiója a villamos áram iránt, hogy a KZR az AZR-sal állandóan egyszerre jelen meg és egyenlő nagyságú. Egyéb eltérés azonban nem mutatható ki.

Budapest, 1885. június 13-dikán.

Tettetett féloldali hűdés a gyermekhysteria egy esetében.

KONRÁD JENŐ tr., a. osztr. orsz. tébolydai másodorvostól Bécsben.

A hysteria gazdag tünettárában mintegy természetszerűleg két főcsoport válik ki; ezek egyikében a durvább szervezeti, az »ideges«, másikában a központ magasabb működései, a »szellemi« tünetek vannak túlsúlyban. Alig, sőt mondhatni sohasem fordul elő, hogy a bántalom lefolyásában egyik csoportozat a másik elemeitől ment maradjon. A psyche és a közp. idegrendszer alantasabb functiói között létező benső összefüggés élénk kifejezést nyer az ú. n. suggestiókban, s a spontán keletkező és kedélyi izgalmakra hirtelen eltűnni képes hysteriás hűdésekben.

Ritkábbak azon esetek, ahol a hűdés nem az ideges tünetek csoportjához tartozik, hanem mint simulatio a kóros elmeti tünetek közé sorolandó. Némely szerző szerint a gyermekhysteriánál mutatkozó motorius zavarok soha, vagy csak a legritkább esetekben alapulnak csupán tettetésen. Bármint álljon a dolog, részemről azt tartom, hogy e kérdés alárendelt jelentőségű a főtünet, a tettetés jelenléte mellett; megengedem egyébiránt, hogy talán a neurosisokkal kapcsolatos sensatiók, mulékony gyengeségi érzetek adják meg az impulsust, előbb a baj egyszerű túlhajtására, melyet azután a szoros értelemben vett simulatio követ. A következőkben szándékom van a gyermekhysteria egy esetét közölni, melyben a mozgászavar tettetése a kórkép kiemelkedő mozzanatát képezi.

A beteg értelmes szülőktől származott, testileg jól fejlett, jól táplált, alkati és szervi bántalomtól ment 9 éves leányka. Szellemi fejlődésében kiskora óta rendellenességek mutatkoztak, nevezetesen fokozott ingerlékenység, indokolatlan kedélyváltozások, különczködések. Néhány hó óta dühöngési rohamok szoktak kitörni, s ez izgalmak a közöny bizonyos állapotaival váltakozva jelennek meg. Ezenkívül állítólag hallucinációkra valló tünetek és epileptiformis, néhány perczig tartó ájulások is észlelhetők. E kórállapothoz 8—10 nap óta még féloldali hűdéses jelenségek is csatlakoztak.

A gyermek atyja jelentvén, hogy betegét a tébolydába felvette, főképp a hűdéses jelenségek felett aggódott. Előadja, hogy észlelése szerint a gyermek bal végtagjai utóbbi időben napról-