

# Verhandlungen der Ungarischen Ärztlichen Gesellschaften

**Wissenschaftliche Berichte und Nachrichten aus Ungarn**

Erscheint unter Mitwirkung des Schriftleitungsausschusses der Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte

Für die Schriftleitung verantwortlich: Parlaments-Chefarzt *Dr. Béla Alföldi*



**Erscheint halbmonatlich**

Bezugsbedingungen: Die „*Verhandlungen der Ungarischen Ärztlichen Gesellschaften*“ können durch die Post, Sortimentsbuchhandlungen und direkt vom Verlag: Budapest, V., Vadász-utca 26, bestellt werden

Inseratenannahme durch alle Annoncenexpeditionen und durch den Verlag. Bezugspreis: 26 Pengő. Für Deutschland und für das Ausland: 20 Mark. Für die Übersee: 5 Dollar U. S. A. Einzelnummer 2 Pengő.

## Sanatorium Dr. Pajor

**Budapest, VIII., Vas-utca 17.**

**Für medizn.-chirurg. Nerven- und Herz-  
kranke.  Gebärabteilung.  Stillungs-  
abteilung für Krebsforschung u. Heilung.  
Zander, Orthopädie u. Wasserheilstoff.**

## KURHAUS SEMMERING

Chefarzt: Med.-Rat *Dr. F. Hansy*. 3 Hausärzte.

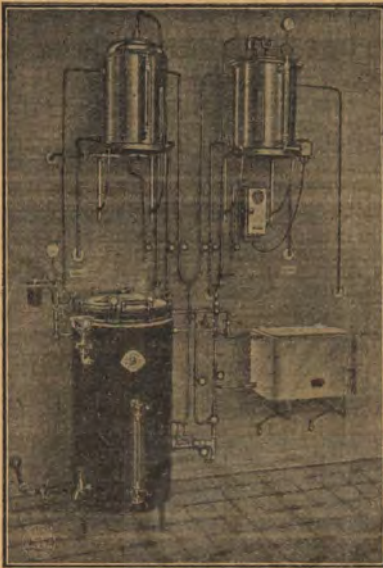
Physikalisch-diätetische Höhen-Kuranstalt 1000 m ü. d. Meere, 2 Stunden von Wien. An der Südbahnstrecke Wien-Triest. Für Rekonvaleszente, Erholungsbedürftige, Nervöse (Neurasthenie, Morb. Basedowii), Schwächliche (Abhärtung), Stoffwechsel-Anomalien, usw. Magendarmkranke, Anaemien. ▲ Modern eingerichtetes Haus in sonniger Südlage, windgeschützt, staub- und nebelfrei, inmitten eigener grosser Waldungen und ausgedehnter Promenaden, Terrainkurwege. ▲ 120 Zimmer, gedeckte Balkons und Terrassen, Lift, Zentralheizung, elektrische Beleuchtung, grosse Gesellschaftsräume, Freiluftliegehallen, Luft- und Sonnenbad, Lufthütten. ▲ Sämtliche moderne Kurbehelfe, Höhenkuren, Winterkuren, Diätikuren, Wintersport.

**Ganzjähriger ununterbrochener Betrieb. Näheres durch die Prospekte.**

# PETER FISCHER UND COMP. A.-G.

Fabrik medizinisch-chirurgischer Instrumente

Budapest, VI., Vilmos császár-ut 53, I. Stock.



GEGRÜNDET IM JAHRE 1856.

Besitzer zahlreicher  
Auszeichnungen.

**TELEPHON: Automat**  
**115-13 und 115-19.**

Ärztliche Einrichtungen in erstklassiger Ausführung und zu sehr mässigen Preisen. — Verbandmittel, Bruchbänder, Bauchbinden, Gummiwaren, sowie sämtliche Krankenpflege-Artikel ständig am Lager. — Eine separate Abteilung dient zum Verkauf der in grosser Auswahl stets vorhandenen hervorragendsten in- und ausländischen kosmetischen Artikel.

Alleinvertrieb der rostfreien Instrumente von

**Stilles Stockholm**  
**In Ungarn.**

In unserem eigenen Betrieb übernehmen wir die Herstellung und Ausbesserung von neuen Instrumenten, orthopädischen Apparaten, sowie von Bruchbändern und Bauchbinden.

# St. Margaretheninsel

**BUDAPEST, Ungarn**

Natürliche radioaktive Schwefel- und Kohlensäure enthaltende Heilquelle. Thermalbäder im Hause. Spezial-Heilanstalt für rheumatische, neuralgische Leiden und Herzkrankheiten. Abgesonderter Park für Sanatorium-Inwohner. Herrliche Spaziergänge für Herzranke. Modernste diätetische Kur, sämtliche physikalische Heilmethoden.

Chefarzt: Professor Dr. von **DALMADY**  
Obermedizinalrat: Dr. **CZYZEWSKY**  
Sanatoriumchefarzt: Dr. **BASCH**

# Verhandlungen der Ungarischen Ärztlichen Gesellschaften

**Wissenschaftliche Berichte und Nachrichten aus Ungarn**

Erscheint unter Mitwirkung des Schriftleitungsausschusses der Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte

Für die Schriftleitung verantwortlich: Parlaments-Chefarzt *Dr. Béla Alföldi*

Als Manuskript gedruckt.  
Nachdruck der Sitzungsberichte nur in der Berichtsform zulässig.

**Inhalt:** Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte. — Gesellschaft der Spitalsärzte. — Nachrichten.

## Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte.

Sitzung am 27. April 1929.

(Fortsetzung.)

**L. Friedrich:** *a) Magenulkus und Tabes.* Bei dem 49jährigen Manne trat neben, seit Jahren bestehenden nervösen Symptomen und Klagen einige Monate vor der Aufnahme Magenblutung auf, seither atypische Magenbeschwerden und Gürtelschmerzen. Er erhielt wiederholt antiluetische Kuren. Tabetischer Symptomenkomplex, Wassermannreaktion des Blutes stark positiv. Im Unterleib ist bei der äusserlichen Untersuchung nichts abnormes konstaterbar. (Probefrühstück: freie Salzsäure 50, Gesamtazidität 60. Die Röntgenuntersuchung ergibt normale Lage des Magens, im mittleren Drittel der kleinen Kurvatur bohnergrosses geschwüriges Nest, normale Peristaltik, breiten, aber normal konturierten Bulbus, normale Entleerung und Darmassage, im Stuhl okkultes Blut). Das gemeinsame Auftreten der beiden Krankheiten ist ziemlich häufig. Die Lues hat mit dem *Ulcus ventriculi* und *duodeni* keinerlei pathogenetischen Zusammenhang, das beweist der Umstand, dass bei der Untersuchung seiner 300 Ulkuskranken nur 10% positive Wassermannreaktion hatten. In solchen Luesfällen, wo Veränderungen des Nervensystems in der Form von zerebrospinaler Lues oder bereits Tabes vorhanden sind, beobachtete er viel häufiger Ulkus. Wo die Ursache dieser Erscheinung zu suchen ist, ob in den infolge



der spezifischen Erkrankung der vegetativen Zentren entstandenen sekundären Veränderungen des Vagusstammes, in der spezifischen Erkrankung der peripherischen Gefässe und der anschliessenden Nekrose, oder aber in den *Palschen* Blutgefässkrisen, ist noch nicht geklärt. Die allgemeine ärztliche Auffassung geht dahin, wenn jemand Tabes oder Lues des Nervensystems hat, und bei ihm Magenbeschwerden auftreten, so können diese nur „Crisis gastriques“ sein. Das ist ein Irrtum, und nicht stichhältig, sehr oft ist Ulkus die Ursache der Klagen, eben deshalb ist die genaue Untersuchung, besonders die Röntgendurchleuchtung wichtig.

**L. Kürti:** Es kann nicht entschieden behauptet werden, dass zwischen Magenulkus und Lues kein genetischer Zusammenhang besteht. In seiner Krankenhausabteilung gab es in den letzten Monaten mehrere, an Ulkus leidende Kranke, deren Komplementbindungsreaktion positiv war. Diese Kranken wurden ohne besondere diätetische Beschränkungen und medikamentöse Behandlung sofort einer energischen antiluetischen Kur unterzogen, diese hat sodann sowohl die subjektiven Klagen, wie auch die objektiven Veränderungen sehr günstig beeinflusst.

**L. Friedrich:** Die Verhältnisziffer der bei seinen Ulkuskranken gefundenen positiven Wassermannreaktionen entspricht den Angaben in der Literatur, ja es findet sich sogar die maximale veröffentlichte Zahl. Was die Therapie betrifft, befürwortet er natürlich die Anwendung der antiluetischen Kur, wie das auch im vorgestellten Fall geschehen ist. Ausserdem würde er jedoch die Ulkusbehandlung nicht unterlassen. Die beiden Verfahren sind nur kombiniert wirksam. Wenn bei einem Kranken, während dessen Aufenthalt im Krankenhaus seine Ulkusbeschwerden im Anschluss an die antiluetische Behandlung aufhören, so spricht das noch keineswegs für deren luetischen Ursprung, weil schon das Liegen allein, sowie das Krankenhausmilieu zum Aufhören, resp. zur Latenz der Ulkusbeschwerden führen können.

**L. Friedrich:** *b) Magen in der skrotalen Hernie.* Bei dem 66jährigen Mann seit einem Jahr Magenbeschwerden. Ständige Schmerzen, besonders nach den Mahlzeiten, diese strahlen in den Rücken aus. Sodbrennen, allabendlich Erbrechen von Wasser, Obstipationsbeschwerden. Seit 30 Jahren doppelseitige Hernie, 1920 wurde seine rechteitige Hernie operiert, die andere Seite konnte angeblich damals nicht mehr operiert werden, weil der Inhalt der Hernie nicht reponierbar war. Ein von der linken Seite ausgehender mächtiger Sack hängt unter die Symphyse herunter, seine Länge ist 34 cm, die Breite 25 cm, der Umfang 62 cm. Der Penis ist nicht zu sehen, die beiden Hoden sind auf der einen Seite des Sackes palpierbar, das Urinieren wird derart durchgeführt, dass der Kranke den Harn durch eine Röhre abfließen lässt, die er an eine frei bleibende Hautöffnung anlegt. Probefrühstück: 100 ccm, freie Salzsäure 10, Gesamtazidität 32. Röntgenuntersuchung: Der Magen zeigt eine langgestreckte Hackenform, die kaudale Partie liegt in der

Hernie, ihr unterer Pol befindet sich im Stehen des Kranken nahezu zwei Hände breit unter der Symphyse, in liegender Stellung erhebt sich der Magen bis zum Niveau der Symphyse. Die Magen- und Bulbuskonturen sind normal, stark verzögerte Entleerung, zwei Stunden p. c. hat die Entleerung kaum begonnen, 3 Stunden p. c.  $\frac{1}{3}$  Rest. Bei Untersuchung mit Darmeinlauf finden sich Coecum, Ascendens, Transversum zum Teil in der Hernie. Es liegt eine ungewöhnliche Form der Lageveränderung des Magens vor und beweist, wie unglaublich der Magen sich nicht nur erweitern, sondern auch in der Längsrichtung verlängern kann. Die Röntgenuntersuchung der Hernien sowie der Eventerationen sei wichtig, weil sich aus derselben wichtige therapeutische Folgerungen ergeben können.

**N. Ratkóczy:** Der vorgestellte Fall bestätigt den vom Redner vor Jahren bei einem Vortrag festgestellten Standpunkt, dass die Ptose keine Krankheit ist. Der ptotische Magen kann nur dann als krank bezeichnet werden, wenn er gleichzeitig atonisch ist. Der vorgestellte Kranke hat keine Magenbeschwerden, weil der Magen einen ziemlich guten Tonus aufweist, sich auch gut entleert, obwohl die Ptose einen extremen Grad erreicht hat.

**I. Schill** erwähnt einen nahezu vollkommen identischen Fall, wo in der skrotalen Hernie der Magen, die Milz und Dünndärme enthalten waren.

**J. Benczur:** *Die Pathogenese der sogenannten „rheumatischen“ Erkrankungen, mit besonderer Rücksicht auf die peripherische Blutzirkulation.* Der Vortragende erörtert einige Ergebnisse der neueren Forschungen über Rheuma und Arthritiden, sowie seine Auffassung über dieselben. 1. Von den zahlreichen Formen der Gelenkserkrankungen sondert er in Übereinstimmung mit einzelnen ausländischen Forschern jene ab, die im engsten Sinne des Wortes als rheumatische bezeichnet werden können und die anscheinend in engem Zusammenhang mit rheumatischen Muskelerkrankungen stehen. 2. Er zählt die wichtigeren zu Rheuma, resp. Arthritis disponierenden Momente auf. Auf Grund seiner eigenen Erfahrungen schliesst er sich jener Ansicht an, wonach den Abnormitäten des Purinstoffwechsels in der Ätiologie der Muskel- und besonders der Gelenkserkrankungen eine grössere Wichtigkeit zuzusprechen ist. Er anerkennt die Störungen der inneren Sekretion als disponierende Stigmen für Arthritis, kann aber Arthritiden „endokrinen Ursprungs“ nicht zugeben. Bei Erkrankungen der Muskulatur wie auch der Gelenke, sei es sehr wichtig, in welcher Weise die kleineren peripherischen Blutgefässe auf thermische Reize reagieren und er sieht im Einvernehmen mit einzelnen ausländischen Forschern das Wesen der teilweise individuellen, zum Teil erblichen Disposition für Arthritiden und Rheumatismus, zum grössten Teil in der Dysfunktion der peripherischen Zirkulationsorgane. Es sind vielleicht innersekretorische, oder auch to-



xische Krankheitsursachen, die zum Teil durch ihre, auf die peripherischen Blutgefäße entfaltete Wirkung zu Erkrankungen der Gelenke und Muskeln disponieren. Ausser der allgemeinen Disposition entscheidet auch die Inklinaton der einzelnen Gelenke darüber, ob bei Angriffen von äusseren Krankheitsursachen eine Erkrankung eintritt oder nicht. Viel hängt auch davon ab, ob das betreffende Gelenk ermüdet, überanstrengt, oder ausgerüht ist. Er führt auch die übertriebene sportliche Betätigung als solchen Faktor an, der — wenn auch nicht sofort —, jedoch im späteren Alter Gelenksveränderungen herbeiführen kann.

**J. Némai:** Es ist bedauerlich, dass der Komplex der sogenannten rheumatischen Krankheiten trotz der umfangreichen Literatur und der zahlreichen Theorien dem Betrachter unklar erscheint. Nach unserem gegenwärtigen Wissen kann Schmerz nur durch eine Reizung der sensiblen Nerven ausgelöst werden, also durch Entzündung, chemische Reize, oder Trauma. Die rheumatischen Schmerzen werden wahrscheinlich doch nur durch Entzündung oder durch den Reiz uns noch unbekannter chemischer Produkte ausgelöst. Die pathologische und histopathologische Untersuchung der Gelenke und Muskeln ist bisher in entsprechender Weise noch nicht durchgeführt worden. *Edinger* und *Cassirer* haben in ermüdeten und schmerzenden Muskeln solche Zerfallsprodukte gefunden, die die Markscheiden der Nervenendigungen schädigen. Diese Untersuchungen weisen uns vielleicht den Weg zur Entdeckung der realen Grundlagen jenes pathologischen Prozesses, den wir als Rheuma zu bezeichnen pflegen.

Sitzung am 1. Juni 1929.

**Demonstration: Ö. Pogány und L. Haas: Die Rolle der Röntgendiagnostik in der Ohrenchirurgie.** Die Röntgenuntersuchung hat in der Diagnostik der Otochirurgie keine allgemeine Verbreitung gefunden. Es ist nämlich sehr schwer, eine solche Röntgenaufnahme des Felsenbeins zu machen, die ein verlässliches Bild der am Felsenbein auftretenden feineren Veränderungen bieten würde. Bei entzündlichen Ohrenerkrankungen, besonders aber in den chronischen Fällen ist die Röntgendiagnostik das Hilfsmittel, das in einem hohen Prozentsatz der Fälle eine Entscheidung darüber gestattet, ob wir einer eitrigen Erkrankung des Processus mastoideus gegenüber stehen oder nicht.. Die Frage der Sequestration hat durch die Röntgendiagnostik gewonnen, weil es früher bei schwer heilenden mastoidalen Geschwüren und, Fistelbildungen vor der Operation unmöglich war, die Ursache der schlechten Wundheilung festzustellen, wogegen nunmehr auch darüber entschieden werden kann, ob vielleicht bei der ersten Operation unausgeräumt gebliebene Warzenzellen in der Operationshöhle zurückgeblieben sind. Eine gute Röntgenaufnahme bietet Anhaltspunkte über den Umfang von unge-

wöhnlich grossen, oder an ungewöhnlichen Orten vorkommenden Warzenzellen und über Erkrankungen des Jochbeines. Vom diagnostischen Gesichtspunkt ist die Lagebestimmung des Sinus mit Hilfe der Röntgenaufnahme wertvoll. Felsenbeinerkrankungen traumatischen Ursprungs wie z. B. Frakturen können mit Hilfe der Röntgendiagnostik genau lokalisiert werden. Vom praktischen Gesichtspunkt vorläufig eigentlich noch kaum bedeutungsvoll, aber als glänzendes Zeugnis des Fortschrittes der Röntgentechnik ist der Umstand wertvoll, dass es gelungen ist auch solche Röntgenbilder herzustellen, auf welchen sowohl die Schnecke, wie auch die Bogengänge wahrnehmbar sind.

**J. Kelemen** demonstriert die Photographien und die Röntgenaufnahmen zweier frakturierten Felsenbeinpräparate. Aus beiden geht hervor, wie schwer die Bruchlinie röntgenologisch verfolgt werden kann, ferner in welchem Missverhältnis die Details des Röntgenbildes zur anatomischen Veränderung stehen. Die Aufnahme muss in mehreren Richtungen gemacht werden, bis eine verwendbare Projektion gefunden wird.

**A. Rejtő:** Die Röntgenuntersuchung besitzt den Vorteil, dass sie uns zeigt, wie das Felsenbein, in welchem die Otitis sitzt, gestaltet ist, weil der Verlauf der Otitiden zumeist von der Anatomie abhängt. Die Bilder der akuten Mastoiditiden sind wertvoll, noch wertvoller aber die Erkennung des Cholesteatoms, was die Vermeidung zahlreicher tödlicher Komplikationen ermöglicht. All das aber sind nur Hilfsmittel. Die Deutung des Röntgenbildes ist heute noch sehr schwierig, auf sie darf man sich daher nicht verlassen, oder sie überschätzen, sie ist nur unter die übrigen Hilfsverfahren aufzunehmen.

**V. Révész:** Die Otoröntgenologie ist für die Diagnostik der Ohrenkrankheiten, die Kontrolle des Krankheitsverlaufes, die Aufstellung der Operationsindikation ja auch für die Beurteilung der operativen- und Behandlungserfolge überaus wichtig. Sie klärt uns auf über die vom operativen Standpunkt überaus wichtigen Anomalien des Sinus sigmoideus, über die Lage der Dura, über die Lokalisation verstreuter Zellen, über die anatomischen Verhältnisse des Antrum mastoideum und über verschiedene Entwicklungsanomalien. Er betont die Schwierigkeiten der Aufnahmetechnik und der richtigen Deutung der Befunde. Beide erfordern sehr grosse Erfahrung, was nur durch enge Kooperation mit dem Kliniker erworben werden kann.

**L. Fleischmann:** Die Röntgenuntersuchung des Gehörorgans besitzt vom klinischen Gesichtspunkt nach zwei Richtungen hin grosse Bedeutung. Erstens, weil sie eine absolut verlässliche Aufklärung über die anatomischen Verhältnisse bietet (Verbreiterung der Zellen, Lage des Sinus), deren Kenntnis gewisse Eigentümlichkeiten des Krankheitsbildes erklärt und eine vorhergehende Feststellung des Operationsplanes ermöglicht, zweitens, weil die auf dem Röntgenbild wahrnehmbaren pathologischen Veränderungen — wenn sie auch nicht immer 100% Verlässlichkeit aufweisen — eine sehr wertvolle Ergänzung des klinischen Bildes sind, ja für die Indikation von entscheidender Bedeutung sein können. Wir



sind jedoch noch weit entfernt davon, ausschliesslich auf Grund des Röntgenbildes die Indikation für eine Operation aufzustellen.

**P. Kepes:** Nur eine enge Zusammenarbeit der Röntgenologen und Otologen kann Fortschritte auf dem Gebiet der Otoröntgenologie sichern. Ausschliesslich auf Grund der Röntgenologie ist es zur Zeit nicht möglich, die Diagnose, noch weniger aber die Operationsindikation bei Mastoiditis aufzustellen. In gewissen Fällen, wo ein Knochenresorptionsprozess im Zuge ist, kann uns der Röntgen zur Hilfe kommen, weil er die Resorption nachweisen kann. Die Otoröntgenologie wird dann bedeutende Fortschritte aufweisen, wenn wir imstande sein werden, die Resorption der inneren Laminae vitreae topographisch nachzuweisen. Die Resorption derselben bedeutet nämlich bereits einen Durchbruch in die Schädelhöhle.

**Ö. Pogány und L. Haas:** Die Röntgendiagnostik ist nur ein Hilfsverfahren, aber als solches sehr nützlich und wichtig. Die Ausführungen Dr. Kepes kann er nicht verstehen. Mit Röntgen kann man nur solche Medien diagnostizieren, die ein Hindernis für die Röntgenstrahlen bilden. Dr. Kepes sprach von einer Meningitis und Sinus-Thrombose im Anschluss an Otitis von 1—2 Tagen. Bei diesen wird niemand die Röntgendiagnostik in Anspruch nehmen, sondern bei Meningitis Lumbalpunktion durchführen, bei Sinus-thrombose, oder pyämischen Fieberverlauf operieren. Redner hat klar ausgeführt, dass er Röntgendiagnosen nur dort und in solchen Fällen in Anspruch nimmt, wo er von solchen, infolge der technischen und pathologischen Verhältnisse einen Erfolg erwarten kann. Die otologische Röntgendiagnostik besitzt nur dann Wert, wenn die Röntgenaufnahme gut ist. Zum Teil gelungene Bilder sind absolut wertlos. Die Technik ist sehr schwierig und erfordert gründliche Kenntnisse. Sind diese vorhanden, so besitzt das Verfahren absoluten Wert. Der Ohrenarzt muss das Röntgenbild gleichfalls deuten und bewerten können.

**I. Szenteh:** *Die blutstillende Wirkung des Kalziums bei Geburts- und Wochenbettblutungen.* Das bei Nachgeburtsblutungen bisher noch nicht verwendete Kalzium hat er in 100 Fällen erfolgreich bei Atonien und Wochenbettblutungen intravenös verabreicht. Die blutstillende Wirkung des Kalziums kann durch dessen koagulierende Wirkung sowie durch die im Wege des sympathischen Nervensystems ausgelösten Uteruskontraktionen erklärt werden. Die Darreichung von Kalzium ist bei Geburten in folgenden Fällen zu empfehlen: 1. Bei atonischen und parenchymatösen Blutungen geringeren Grades, wenn die vorher bereits verabreichten Hypophysen- und Ergotinpräparate erfolglos blieben. 2. Bei Atonie stärkeren Grades sofort zusammen mit dem Hypophysenextrakt. 3. Bei Erkrankungen, die mit einer Verminderung der Koagulationsfähigkeit des Blutes einhergehen. Im Wochenbett aber dann, wenn die Lochien über den vierten Tag hinaus blutig, Hypophyse und Ergotin erfolglos geblieben sind und die Blutung bei Ausschliessung aller anderen Ursachen auf die verringerte Blutgerinnungsfähigkeit zurückzuführen ist.

**B. Grünwald:** *Über die Ursache des Krebses.* In jeder Zelle schlummert die ererbte Bereitschaft zur unbegrenzten



Vermehrung, diese wird jedoch teils durch die Zelle selbst, teils durch die übrigen Zellen auf endokrinem Wege in Schranken gehalten. Jede Zelle sondert einen solchen Stoff ab, der die unbegrenzte Vermehrungsbereitschaft der eigenen Zelle, wie auch der Nachbarzellen den Zweckmässigkeitsgesetzen entsprechend einschränkt. Diesen Stoff nennen wir Descrescenz-Hormon (DCH). Ein anderer Stoff steigert die Vermehrungsbereitschaft der Zellen und erweckt die schlummernde Vermehrungsbereitschaft: Crescenz-Hormon (CH). Das CH steigert die Lebensprozesse, wogegen das DCH sie einschränkt.

Wird die Produktionsfähigkeit einer Zelle an DCH gestört, so tritt je nach dem Grad der Störung eine Anomalie in der Zellvermehrung auf. Die Störungen des CH bringen keine Geschwulst hervor, ihre Folgen sind Akromegalic, Gigantizismus, Zwergwuchs. Neoplasmen werden durch Störungen der DCH-Produktion herbeigeführt. Die Ursachen der DCH-Produktionsstörungen sind exogene und endogene. Der Grad dieser Störung sowie die kompensatorische DCH-Produktion der übrigen Organzellen, d. i. die Widerstandskraft des Organismus bestimmt die Wachstumsgrenzen der Geschwulst. Das DCH ist ein im Nukleolus der Zellen produziertes, eiweißspaltendes Ferment, dasselbe befindet sich in der gesunden Zelle in einem solchen Zustand, dass es die Nachbarzellen — im Gegensatz zu den Krebszellen — nicht verdauen kann. Zweitens ist es elektropositiv. Drittens lähmt es die Lebensprozesse. Viertens wird es von jeder Zelle für den eigenen Bedarf produziert, der Überfluss kann aber durch die Zirkulation auch zu anderen Zellen gelangen. Fünftens setzt sein Vorhandensein die Permeabilität der Zellenwand herab und steigert die Oxydation. Sechstens in der Nachkommenschaft erkrankter Zellen ist die DCH-Produktionsfähigkeit ebenfalls gestört. Siebentens die DCH-Produktionsfähigkeit ist am labilsten in den Epithelzellen, Bindegewebszellen, weniger labil in Muskel-, Fett-, Knochen-, Knorpel- und Nervenzellen. Achtens die DCH-Produktion kann durch endogene oder exogene chronische und chemische Insulte, ferner durch Steigerung, oder Unterbleiben gewisser physiologischer Reize gestört werden. Neuntens die Zellen werden durch Steigerung der Oxydation, durch gewisse bestimmte Dosen von Radium und Röntgenstrahlen zu gesteigerter DCH-Produktion angeeifert. Die Ursache des Krebses ist der Ausfall der DCH-Produktion. Eine kausale Therapie wäre, wenn wir imstande wären das fehlende DCH zu ersetzen. In Tumorextrakten können wir es nicht finden, weil eben dessen Mangel die Geschwulst verursacht. Es wird in grössten Mengen durch solche Gewebe produziert, die unter der intensivsten CH-Wirkung stehend, ein überaus geringes Wachstum, ja sogar Rückbildung aufweisen. Der DCH-Gehalt

solcher Gewebe, kann durch Bestrahlung noch gesteigert werden. Wird das DCH aus solchen Geweben durch entsprechendes Verfahren extrahiert oder auf chemischem Wege hergestellt werden, so gelangen wir in den Besitz des Krebsheilmittels.

Sitzung am 8. Juni 1929.

**Stephan Krepuska:** *Im Anschluss an eitrige Otitis aufgetretene Sinusphlebitis und Kleinhirnabszess.* 25jährige Frau, bei der die Operation Thrombophlebitis des Sinus sigmoideus und transversus in Begleitung eines mächtigen Senkungsabszesses am Halse festgestellt hat. Nach mehrtägiger provisorischer Besserung entwickelte sich eine zerebellare Ataxie. Die Feststellung der Diagnose wurde durch den seit dem Kindesalter bestehenden Strabismus divergens und optischen Nystagmus erschwert. Die zweite Operation stellte in der linken Hälfte des Kleinhirns eine ungefähr kleinapfel-grosse Abszeshöhle fest. Die Kranke begann am 18. Tag nach der Operation herumzugehen. Sie befindet sich derzeit auf dem Wege der Genesung, ihre zerebellare Ataxie ist vollständig geschwunden. Auffallend war, dass sich die Symptome des Kleinhirnabszesses — von der schweren Sinus phlebitis thrombotisans gar nicht zu sprechen — im Anschluss an die akute Ohreiterung in verhältnismässig kurzer Zeit (schon in der vierten Woche) ausgebildet haben. Das Fehlen einer Erkrankung des Labyrinths störte die zerebellaren Symptome nicht. Was die Operationstechnik betrifft, wird jene wichtige chirurgische Forderung streng vor Augen gehalten, dass der Abszess möglichst breit eröffnet werde, wodurch Retention, Gehirnödem und die eventuelle Entwicklung neuer enkephalitischer Herde vermieden werden sollen.

**B. Steiner** schildert die Ergebnisse seiner bei Gehirnabszessen durchgeführten Liquoruntersuchungen. Löst der Abszess keine Entzündung der Hirnhäute aus, so ist der Zuckergehalt des Liquors normal, ja er kann sich im Anschluss an die Erkrankung auch vermehren. Die Vermehrung von Eiweiss und Zellen verweist darauf, dass intrakraniale ein pathologischer Prozess vorhanden ist. Die Abnahme des Luquorzuckers ist ein sicheres Symptom dessen, dass eine Infektion der Hirnhäute eingetreten ist.

**K. Pákozdy:** *Schwangerschafts-Polyneuritis mit dreimaligen Rezidiven ausserhalb der Schwangerschaft.* Die im fünften Schwangerschaftsmonat aufgetretene schwere toxische Polyneuritis heilte bald nach der im sechsten Monat durchgeführten künstlichen Frühgeburt, rezidierte jedoch später ohne neuere Schwangerschaft dreimal in Intervallen von  $2\frac{1}{2}$ —3 Jahren. Die erste und dritte Erkrankung war von einer schweren motorischen Lähmung aller vier Extremitäten begleitet, die anderen zwei traten bei verhältnismässig geringer motorischer Parese in der Form der sogenannten Neuro-



tabes peripherique auf. Der Fall ist mit seinen dreifachen Rezidiven ausserhalb der Schwangerschaft alleinstehend und beweist die auch andersartigen Schädigungen gegenüber bestehende Überempfindlichkeit des einmal erkrankten Nervensystems. Die anlässlich der ersten und dritten Rezidive beobachtete Ataxie wird durch die gleichzeitige Schädigung der Rückenmarksbahnen erklärt.

**G. Nagy:** Die *Werlhof-Frage*.

**G. Jettich** hat zwei an der Werlhof-Krankheit leidende Frauen beobachtet. Beide Erkrankungen waren typisch. Hochgradige Thrombopenie, in dem einen Fall 2900, im anderen 10,000. Blutungsdauer stark verlängert. Gerinnung normal, Retraktion erheblich verzögert. Rumpel-Leede-Symptom. Umfangreiche Blutungen der Haut und Schleimhäute, sehr hochgradige Metrorrhagie. Die Blutungen führten zu schweren Anämien. In dem einen Fall war die Erythrozytenzahl 1.1 Millionen Hb 13%, im andern waren diese Zahlen 1:8 Millionen, Hb 32%. Sämtliche therapeutischen Eingriffe blieben erfolglos (Kalzium, Gelatine, Pferdeserum, Kurettage, Koagulentampon, wiederholte Transfusionen, therapeutische Milzbestrahlungen). Die Exstirpation der Milz brachte Genesung. In dem einen Fall trat anderthalb Jahre, in dem andern acht Monate nach der Milzexstirpation Schwangerschaft auf, die mit normalen Partus endigte. Ein Symptom ihrer Blutkrankheit blieb bestehen: die leichte Verletzbarkeit der Kapillaren, obwohl nach anderen Richtungen hin kein Rückfall zu verzeichnen war. Hieraus müssen wir folgern, dass an dem Zustandekommen der Blutungen den Thrombozyten eine wichtigere Rolle zukommt als den Kapillaren, weil die Vermehrung der ersteren anscheinend allein genügt, damit die Blutungen aufhören. Im Prämenstrum resp. am ersten Tag der Menses war keine gesteigerte Neigung zur Blutung nachweisbar. Die Zahl der Thrombozyten war nicht vermindert, Blutgerinnung, Blutungsdauer, Kontraktion des Blutkuchens blieben normal, obwohl wir aus den Untersuchungen von *Stephan* und *Pfeiffer* wissen, dass eine Änderung derselben physiologisch ist. Dass alldiese in seinen Fällen nicht auftraten, kann seine Ursache nur im Mangel der Milz haben. Anzunehmen ist, dass unter normalen Verhältnissen der Weg jener periodischen Reize, die von den Ovarien zur Zeit der einzelnen Menses ausgehen und im Resultat eine Verminderung der Thrombozytenzahl ergeben, unbedingt die Milz passiert. Ob nun dieser Reiz den in der Milz sich abspielenden Trombozytenzerfall steigert, also unmittelbar wirkt, oder aber nur mittelbar in der Weise, dass er die auf das Knochenmark ausgeübte, die Bildung von Thrombozyten hindernde Wirkung der Milz steigert wissen wir nicht.

**B. Steiner:** Die Thrombopenie ist kein entscheidender Faktor für die Auslösung von Blutungen. Er hat mehrere schwere Anämien beobachtet, wo sich bei einer Blutplättchenzahl von 10,000 keine Blutung zeigte.

**B. Gyulai:** Der grösste Teil der juvenilen Menorrhagien kann als Pseudo-Werlhof-Krankheit betrachtet werden. Er lenkt die Aufmerksamkeit auf die Wichtigkeit derselben durch Schilderung seiner zwei Fälle.

**G. Páll:** *Pernokton-Dämmer Schlaf in der Geburtshilfe.* Der Pernokton-Dämmer Schlaf wurde bei Geburten in 80 Fäl-

len angewendet. Früher wurden auf je 12·5 kg Körpergewicht 1 ccm verwendet, später, nachdem man damit nicht auskam, wurde auf je 10 kg Körpergewicht 1 ccm dosiert. Bei Primipara wurde die Pernoktonnarkose gegen Schluss der Erweiterungsperiode bei drei bis vier querfingerbreiten Muttermund, bei Multipara auch früher eingeleitet. Vorher wurden Novatropin, oder Domatrin gegeben. In 25% der Fälle wurde Erregung beobachtet, in 35% konnten gute Erfolge erzielt werden. Das Mittel wurde auch bei operativen Geburten verabreicht (Zange, Wendung, Extraktion, Plazentaablösung, Beendigung des Abortus), für die erforderliche kurze Zeit war das Pernokton immer entsprechend. Sein Nachteil ist, dass bei der in Dämmer Schlaf befindlichen Kreissenden eine grosse Assistenz erforderlich ist, die Wahrung der Asepsie ist oft gestört und die Wirkung häufig ungewiss. Die Vorteile sind: es ist besser als die bisherigen Mittel, in der erwähnten Dosierung für Mutter und Kind ungefährlich und es führt eine vollkommene Amnesie herbei. Neuerdings wurde (in 12 Fällen) das kombinierte Pernokton-Skopolamin-Ephedrinverfahren versucht, die Ergebnisse versprechen anscheinend noch bessere zu werden. Pernokton soll nur in solchen gewählten Fällen angewendet werden, wo die Ungeduld, die psychische Furcht der Kreissenden und ihr dringender Wunsch zur Linderung der unerträglichen Geburtsschmerzen aus Humanität uns bewegen, ihre Schmerzen zu beseitigen.

**D. Klimko** referiert über 75 Pernoktonnarkosen im Anschluss an Operationen. Die Vorteile des Verfahrens sind die Ätherersparnis, die Amnesie, andererseits wurden aber mächtige Exzitation und vier Asphyxien beobachtet. Er fand keine grosse Narkosebreite. Ebendeshalb wurde die Anwendung des Pernoktons als eines gefährlichen Mittels eingestellt.

**B. Nádory** kann nur auf Grund von wenigen (12) Fällen zur Frage der Pernoktonnarkose sprechen, weil die Schmerzen nur in den seltensten Fällen so unerträglich sind, dass eine Narkose notwendig wäre, ferner weil das Mittel solche Folgezustände herbeiführt, dass es nur nach sorgfältiger Erwägung und vorsichtig angewendet werden darf. Solche Folgen sind, die überaus häufige, hochgradige Exzitation, so dass 3—4 Personen die herumschlagende, stampfende und zappelnde Kranke festhalten müssen, was vom Gesichtspunkt der Asepsie und der Operation beanstandet werden muss. Eine weitere Wirkung ist, dass die Wehen schwächer werden, was die Zahl der operativen Eingriffe (bei fünf Geburten dreimal Zange) vermehrt. Die totale Betäubung besteht oft selbst nach 24 Stunden, so dass eine ständige ärztliche Kontrolle notwendig ist. Wenn wir es daher auch nicht mit einem gefährlichen Mittel zu tun haben, so ist es dennoch für die Privatpraxis nicht, sondern nur für Anstalten geeignet, wo eine entsprechende Assistenz zur Verfügung steht.

**A. Fischl** findet die vom Vortragenden angegebene Zahl der Operationen als zu hoch. Wenn selbst die Wendungen und Extraktionen nicht eingerechnet werden, so machen die fünf hohen Zangen und drei Plazentaablösungen auf die 80 Fälle bezogen 10%, resp.



13% aus, eine so horrible Ziffer, die allein gegen die Pernoktonanwendung spricht. Das grösste Hindernis der Anwendung des Pernoktons ist jedoch die Schwierigkeit der Wahrung der Asepsis.

**E. Lukács:** Auf Grund seiner bei chirurgischen Fällen gewonnenen Erfahrungen hält er die Anwendung des Pernokton für ungefährlich. Er beobachtete in 50% der Fälle motorische Unruhe und Extitation, weshalb er auf Grund theoretischer Erwägungen Zweifel hinsichtlich der Anwendung des Mittels in der Geburtshilfe hegt.

## Gesellschaft der Spitalsärzte.

Sitzung am 1. Mai 1929.

**Demonstrationen: L. Czirbesz:** *Die Behandlung von Erkrankungen der Gallenblase und Gallenwege mit Novicholen.* Das Mittel wurde in 74 Fällen versucht, zwei derselben wurden operiert. Das Mittel hat folgende Zusammensetzung: Sanguinarium thyrosinicum, Absinthin, Anabsinthin, Melatein, Frangulin, oder Emodin, Agaricin. Das Mittel wirkt fördernd auf die Gallenabsonderung. Es diluiert die Galle und steigert die Peristaltik der Gallenwege. Dass das Medikament den angeführten Forderungen entspricht, das haben teils Tierversuche, teils an cholezystographierten Kranken vorgenommene Beobachtungen bewiesen. Der Vortragende führt vier Fälle an. Diese waren: eine Cholezystitis, eine Cholelithiasis, eine Cholangitis, ein Icterus katarrhalis, diese bezeugten gleichfalls die gute Wirkung des Mittels. Als Ergebnis seiner Erfahrungen, empfiehlt er die Anwendung der Novicholentherapie in allen jenen Fällen, wo kein dringender chirurgischer Eingriff erforderlich ist, und mit Ausnahme jener Fälle, wo die Erkrankungen der Gallenblase oder der Gallenwege sich an Diabetes oder Basedow anschliessen.

**Andreas Zerkowitz:** *Zwei Fälle von Morbis Addisonii.* Die Fälle gelangten aus der Abteilung des Herrn Professor von Sarbo zur Beobachtung. Der erste Fall bezieht sich auf eine 30jährige Frau, bei der das Krankheitsbild des kachektischen Stadiums des M. Add. sich in 3 Monaten entwickelt hat. Das Leiden wurde durch Mors subita abgeschlossen. Bei der Sektion fand sich käsige Tuberkulose der Nebennieren und Thymus persistens. Der zweite Fall ist die demonstrierte 36jährige Frau, bei der der M. Add. luetischen Ursprunges seit 7 Jahren besteht. In den letzten  $\frac{3}{4}$  Jahren dominieren die Herzklagen. Das Elektrokardiogramm zeigte heterotope Reizbildung und Myokardläsion. Im ersten Falle war die Krankheitsdauer 3 Monate, im zweiten Falle besteht sie seit 7 Jahren. Man könnte daran denken, dass der tuberkulotische Prozess (Fall 1) die raschere Zerstörung der Nebenniere zur Folge hat, als der annehmbare zirkumskripte gummöse Prozess (Fall 2).

Was die Behandlung betrifft, ist sie im letzteren Falle notwendigerweise spezifisch, im übrigen aber nur symptomatisch. Häufige Mors subita. Die relative Vagus-Reizbarkeit (die auch im demonstrierten Fall beobachtet wurde) fördert das Geltendwerden der inferioren Reizbildungszentren und auf diesem Weg das Zustandekommen des plötzlichen Herztodes. Mit Rücksicht ferner auf die gleichfalls häufige Komplikation des Morb. Add. mit Status thymico-lymphaticus, warnt er entschieden vor energischen, besonders aber elektrischen Behandlungsmethoden.

**Josef Czibalmos:** *Lähmung im Anschluss an Spondylitis.* Bei dem Kranken seit 25 Jahren Gibbus, mit seit vier Monaten bestehender Lähmung beider unteren Extremitäten. Auf konservative Verfahren zeigten die spastischen Erscheinungen keine Besserung, deshalb wurde eine Laminektomie beschlossen, doch konnte diese wegen der hochgradigen Schwäche des Kranken nicht durchgeführt werden. Bei der Sektion war an der Stelle des Gibbus nicht nur eine hochgradige Deformation der Wirbelsäule, sondern auch eine sehr bedeutende Lage- und Formveränderung der Wirbelkörper zu beobachten. Trotzdem war der Wirbelkanal an dieser Stelle nach keiner Richtung hin verengt, dagegen wurde das Rückenmark an einer vom Gibbus entfernten Stelle der Wirbelsäule durch einen vom Körper des VIII. dorsalen Wirbels abgelösten Sequester und durch den diesen umgebenden epiduralen Abszess komprimiert, was die Ursache der spastischen Kompressionslähmung war. Die Karies des VII. dorsalen Wirbels konnte am Lebenden weder durch Röntgenaufnahme, noch mit Hilfe der klinischen Untersuchung festgestellt werden, weshalb es als selbstverständlich erschien, die Stelle der die Lähmung verursachenden Kompression bei der Wirbelsäuleknickung zu suchen. Doch wäre es vollkommen vergeblich gewesen, die Laminektomie beim Gibbus durchzuführen, weil der Sitz der Lähmung nicht im Gibbus war, sondern diese wurde durch die Tbc-Erkrankung des VII. Rückenwirbels verursacht.

**A. von Sarbó** stellte Fragen über die sensorischen Störungen und das Verhalten der Bauchreflexe.

**I. Czibalmos:** Sensibilitätsstörungen waren nicht vorhanden, doch fehlten beiderseits die Bauchreflexe.

**Stefan Rosenak:** *Elephantiasisfälle.* 1. Fall: (Nachträgliche Demonstration des 18jährigen Patienten G. V. 1. Demonstration im November 1928.) Die Operation wurde nach *Condellion* durchgeführt, jedoch mit der Modifikation *de Gaetano*. Zurzeit ist der Kranke geheilt, der Umfang des operierten Fusses stimmt mit dem des gesunden überein. 2. Fall: I. Sz. 21jähriger Mann. Familiäre Anamnese negativ. Im Alter von 15 Jahren trat bei ihm über die ganze Oberfläche des Körpers zer-



streut ein Tbc.-Hautleiden auf; im Alter von 18 Jahren zeigte sich in der rechten Knöchelgegend eine schmerzhafte Schwellung, wegen welcher er operiert wurde. Als er 19 Jahr alt war, trat am äusseren Knöchel eine spontane Fistel auf, seither quält ihn manchmal hohes Fieber und sein rechter Unterschenkel begann rapid anzuschwellen. Die Hautaffektionen entsprechen zum Teil Lupus vulgaris, teilweise Lichen scrophulosorum und Tbc. verrucosa cutis. Die Röntgenaufnahme zeigt einen taubeneigrossen Tbc-Herd im r. Kalzaneus. Obwohl die Wa. ++++ und der Lungenbefund zur Zeit negativ ist, wurde die Elephantiasis in diesem Falle entweder durch die Tbc, oder durch die assoziierte Erysipelas-Infektion verursacht. Zur Behandlung der Elephantiasis kann nur nach Heilung des Knochenprozesses geschritten werden. Sollte die oben erwähnte Operation nicht zum Ziel führen — was infolge der venösen Stauung in diesem Falle möglich ist — so muss die operative Methode der Arterienunterbindung zur Anwendung gelangen.

**Benjamin Rác:** *Die chirurgische Bedeutung der Nierenverwachsungen im Anschluss an drei Fälle.* Der Vortragende schildert 2 Fälle von Hufeisennieren und einen Fall von Lagerung beider Nieren auf einer Seite. Er lenkt die Aufmerksamkeit auf die Wichtigkeit der beiderseitigen Röntgenuntersuchung, sowie der Pyelographie. Im ersten Fall drückte ein mächtiger periappendikulärer Pseudotumor den in der Höhe des V. Lumbalwirbels liegenden Ureter und verursachte eine Hydronephrose. Diese wurde zwei Jahre nach der Operation infiziert, und löste an Cholezystitis erinnernde Symptome aus. Die Operation bestand aus der Entfernung der erkrankten und gänzlich funktionsuntüchtigen Niere. In unserem zweiten Fall standen Magendarmsymptome noch mehr im Vordergrund, wie im ersten Fall und eigenartigerweise ergab die Röntgenuntersuchung des Magendarmkanals einen Pylorusdefekt mit Anazidität, nebst einem palpierbaren Tumor. Die Operation bestand aus der durch Trennung des die beiden Nieren verbindenden Isthmus und aus der Trennung der beiden Nieren. Im dritten Fall konnte in der Coecumgegend ein Tumor palpirt werden, dieser erwies sich bei der Laparotomie als einseitige verwachsene Niere, mit einer ausgesprochenen Hydrophrenose der oberen und einer geringeren der unteren Nierenhälfte. Nachdem die beiden Nieren mit einander vollkommen zusammenhingen und das gegenseitige Verhältnis der Nierenbecken zu einander nicht geklärt werden konnte, erschien die Trennung nicht erfolgreich durchführbar, worauf der Unterleib geschlossen wurde.

**Julius Erdély:** *Chirurgische Beziehungen von Entwicklungsanomalien der tiefen Gallenwege.* Der Vortragende schildert die Entwicklungsanomalien der tiefen Gallenwege nach

ihrer pathognostischen Bedeutung. An der Hand von drei eigenen operativ geheilten Kranken (Prof. *Winternitz*), sowie der aus der Weltliteratur bisher (1852—1929) gesammelten 74, also insgesamt 77 Fällen, beschreibt er eingehend den gegenwärtigen Stand der chirurgischen Behandlung der Erweiterungen des Choledechus idiopathikus cystosus.

Sitzung am 15. Mai 1929.

**Demonstrationen: S. Papp:** *Tetania strumipriva bei einer Schwangeren.* Er stellt eine strumektomierte, zum drittenmal schwangere Frau vor. Der Fall ist deshalb bemerkenswert, weil Strumektomie + Gravidität zur Herbeiführung der Tetanie nicht genügten, da sie ja bei ihren vorausgegangenen zwei Schwangerschaften keine Tetanie bekam. Heuer sind wir in einem Tetaniejahr und der unbekannt Virus, der notwendig ist, dass idiopathische, oder solche relativ parathyreoideale insuffiziente Tetanien ausgelöst werden, ist in Tätigkeit.

**A. Hasenfeld** stellt sein *Demonstrationsphonendoskop* vor. Das Instrument will dem praktischen Unterricht dienen. Mit dessen Hilfe können zu gleicher Zeit 5 Personen auskultieren, die zur Demonstration notwendige Zeit kann daher auf ein Fünftel gekürzt und die Kranken entsprechend geschont werden. Vom didaktischen Gesichtspunkt besitzt das Instrument den Vorteil, dass der Vortragende in der Lage ist, mit seinen Hörern gemeinsam zu auskultieren und sie während der Auskultation auf die phonetischen Erscheinungen aufmerksam zu machen. Das Instrument ist hauptsächlich zur Demonstration und für den Unterricht der Auskultationserscheinungen des Herzens geeignet, es hat sich auch zur Übung der Auskultations-Blutdruckmessung sehr gut bewährt. Der Vortragende betont, dass das Instrument die Klangfarbe der Herztöne nicht verzerrt. Er fand in der Literatur keinerlei Hinweis darauf, dass andere ähnliche, für das gleichzeitige Auskultieren mehrerer Personen geeignete Instrumente bisher konstruiert worden wären. Er ist überzeugt, dass sein Polyauskultator — er möchte dem Instrument auf Empfehlung Prof. von *Sarbós* diesen Namen geben — in der Praxis sich bewähren, den Unterricht und das Erlernen der Auskultationserscheinungen erleichtern wird. Das Instrument wird von der Firma *B. B. Cassel* in Frankfurt hergestellt.

**Vorträge: T. Wenzel:** *Der Abortus.* Er referiert über seine Erfahrungen an dem 9jährigen Abortusmaterial der Gebärabteilung des St. Rochuskrankenhauses, mit 5067 Fällen. Von diesen 5067 Fällen wurden 3100 mit normaler und 1967 mit subfebriler, resp. Fiebertemperatur aufgenommen. Bei nicht fieberhaften Aborten, wo sich das Ei noch in seiner Gänze im Uterus befindet, besonders aber bei Schwangeren



nach dem dritten Monat, wird kein operativer Eingriff vorgenommen, sondern nur die schwache Uterustätigkeit mit Chinin und Hypophysenextrakt gekräftigt. Bei stärkeren Blutungen wird die Scheide tamponiert. Bei nicht fieberhaften inkompletten Aborten wird der Uterus zumeist mit dem Finger ausgeräumt. Ist die Blutung bei geschlossenen Muttermund nicht stark, so wird vorerst Chinin und Pituitrin verabreicht. Ist es nicht möglich — besonders wenn kleinere Eiteile zurückbleiben — auf diesem Wege zum Ziel zu kommen, oder wenn die Blutung stärker ist, wird der Muttermund erweitert und darauf der Uterus ausgeräumt. Verblutung kam bei den 5067 abortierenden Frauen nur einmal vor. Bei den 3100 Fällen mit normaler Temperatur wurde in 1013 Fällen kein operativer Eingriff vorgenommen, in 2087 Fällen wurde der Uterus ausgeräumt. Die Heilung verlief in den nicht operativen Fällen in 86% mit normaler Temperatur, in 13·7% mit subfebriler, resp. fieberhafter Temperatur, zwei Kranke starben. Die eine starb an Sepsis, die andere hat sich vor der Aufnahme mit Lauge vergiftet, was die eigentliche Todesursache war. In den operativen Fällen heilten nach Erledigung des Abortus 82·7% mit normaler, 17·1% mit subfebriler, resp. fieberhafter Temperatur. Eine mit inkompletten Abortus nach dreimonatlicher Schwangerschaft aufgenommene Frau starb nach der Uterusausräumung an akuter Anämie (0·04%). Bei fieberhaften Aborten wird deren spontane Beendigung eventuell mit Kräftigung der Wehen durch Chinin und Pituitrin angestrebt. Wird das Ziel auf diesem Wege nicht erreicht, so wird ein 4 Tage hindurch ständig normaler Temperaturverlauf abgewartet und sodann der Uterus ausgeräumt. Bei Fieber werden dringende Eingriffe nur bei starken Blutungen vorgenommen. Bei geschlossenem Muttermund, wenn das Ei noch in seiner Gänze in der Uterushöhle ist, wird die Blutung womöglich durch Scheidentamponade gestillt. Unter den behandelten 1967 subfebrilen, resp. fieberhaften Fällen gab es in 1866 Fällen keine Komplikation, in 88 erstreckte sich die Infektion bereits über die Uterusgrenzen hinaus. 13 Frauen wurden mit Uterusperforation bei Schwangerschaftsunterbrechung zur Operation eingeliefert. Von 1866 mit pathologisch erhöhter Temperatur, ohne Komplikationen aufgenommenen abortierenden Frauen war die Temperatur bei 1107 subfebril, bei 759 fieberhaft. Bei den 1107 subfebrilen Frauen wurde in 685 Fällen operativ nicht eingegriffen, in 214 Fällen wurde, nachdem die subfebrile Temperatur 4 Tage hindurch dauernd auf die Norm gesunken war, der Uterus ausgeräumt. In den spontan abgelaufenen Fällen heilten die Kranken in 68% mit normaler, in 31·5% mit subfebriler, resp. fieberhafter Temperatur, die Mortalität war 0·4%. 88·3% jener Frauen, bei denen der Abort subfebril, resp. fieberhaft war, wurden geheilt. Von den 208 Kranken, die

nach Abortus wegen starker Blutung mit subfebriler Temperatur aufgenommen wurden, heilten 50·9% mit normalen Temperaturen. In den 759 fieberhaften, nicht komplizierten Abortusfällen, wurde 411-mal operativ nicht eingegriffen, in 220 Fällen wurde der Uterus nach viertägigem normalen Temperaturgang ausgeräumt, in 128 Fällen wurde der Abortus wegen starker Blutung noch während der Dauer des Fiebers beendet. In den spontan abgelaufenen Fällen gesunden 58·1% der Kranken mit normalen, in 37·1% mit subfebrilen, resp. fieberhaften Temperaturen; 4·6% starben an Sepsis. Bei jenen Kranken, wo der Abortus nach viertägigem normalen Temperaturverlauf beendet wurde, verlief die Heilung in 76·3% der Fälle mit normaler Temperatur, in 22·6% mit subfebriler, resp. fieberhafter Temperatur. Die Mortalität war 0·9%. Wegen starker Blutung bei fieberhaften Temperaturen beendigte Fälle von Abortus heilten in 46% mit normalen, in 49·1% mit subfebrilen, resp. fieberhaften Temperaturen. Die septische Mortalität war 0·7%. In jenen 88 Fällen, wo die Infektion bereits über die Grenzen des Uterus hinausgegangen war, wurde der Abortus streng konservativ behandelt; 66 der Kranken heilten, 22 starben. In den 13 Fällen von Uterusperforation während der Schwangerschaftsunterbrechung wurde zweimal die vaginale, achtmal die abdominale Uterusexstirpation durchgeführt, einmal wurde mit Laparatomie nur die Perforationswunde des Uterus vernäht, zweimal nur der Bauchraum drainiert. Sechs von den dreizehn Frauen starben, sieben wurden geheilt.

**I. Rupnik: Extrauterine Gravidität.** In der Gebärd- und Frauenabteilung des St. Rochuskrankenhauses wurden in den Jahren 1920—1928 318 Frauen mit extrauteriner Gravidität aufgenommen, von diesen wurden 303 laparotomisiert. Die meisten waren im Alter von 26—35 Jahren, 26 Nullipara. In 68·3% der Fälle zeigte sich Menstruationsverspätung, in 18·7% normaler Menstruationstypus, in 13% trat die Menstruation früher auf. Die Unterbrechung der Schwangerschaft erfolgte in 35% durch tubaren Abortus, in 65% der Fälle infolge Tubenruptur. Die Niststelle des Eies wurde in 180 Fällen in der ampullen Tubenpartie, in 116 Fällen im Isthmus der Tube, in 5 Fällen in der Pars interstitialis gefunden. Die Operation erfolgte in 74·6% bei noch bestehender frischer Blutung in dem Bauchraum, in 25·4% bei älterem Hämatom. Douglaspunktion wurde in 60% der Fälle durchgeführt. Bei der Operation wurde in 157 Fällen nur die Tube, in 141 Fällen auch das Ovarium entfernt. Viermal wurde die supravaginale Amputation, einmal Totalexstirpation durchgeführt. In 24 Fällen wurde das im Bauchraum vorhandene Blut in die Armvene zurückgeführt. Die Anwendung der Reinfusion ergab in den meisten Fällen gute Erfolge. Von den 303 Kranken heilten ohne Komplikationen 240, (79·5%), mit Komplikationen 43



(13.9%), gestorben sind 20 Kranke, was einer Mortalität von 6.6% entspricht.

Wenn von den Todesfällen jene Fälle in Abzug gebracht werden, die nicht auf Rechnung der Operation gestellt werden können, war die Gesamtmortalität 8 (3%).

**Vitéz A. Schulcz:** Bei schweren akuten Anämien besitzt die gleichzeitig mit der Operation durchgeführte Bluttransfusion lebensrettende Wirkung. Zu diesem Zweck wird im Spital auf dem Bakátsplatz die Blutgruppenuntersuchung der Hausschwangeren systematisch durchgeführt. Im Bedarfsfall wird, sobald der Operateur die Gefäße, welche die blutende Stelle versorgen, unterbunden hat, sofort die Transfusion des Blutes der zur entsprechende Blutgruppe gehörenden Schwangeren in Angriff genommen. Derart gelang es manche, sonst unrettbare Kranken am Leben zu erhalten.

Sitzung am 22. Mai 1929.

**Demonstrationen: G. Papp:** *Apoplexie bei einem neun-jährigen Mädchen.* Bei der vorgestellten Kranken findet sich eine nach luetischer Gehirnblutung entstandene rechtsseitige Hemiparese. Argill-Robertson-Symptom. Die Funktion der Augenmuskeln zeigt keinen Ausfall. Der Augenhintergrund ist normal, keinerlei sensorische Abweichung. Die Symptome der Lues congenita fehlen. Die Wassermannreaktion der Mutter ist stark positiv, aber die des Vaters und des anderen Kindes negativ. Beim Kinde zeigen sich ausgesprochene Tonusreflexe, woraus folgt, dass die Blutung auf dem Gebiet des Nucleus ruber und des Gehirnschenkels aufgetreten ist. Der schönste Tonusreflex ist der folgende: Wenn der Körper des Kindes von den Knien aufwärts wo immer berührt oder gezwickt wird, kommt eine kräftige Extension und Abduktion der rechten Fusses zustande.

**I. Watzek:** *Fremdkörper in den weiblichen Genitalien an der Hand von drei Fällen.* 1. M. R. 14jährige Schülerin. Die ersten Menses sind bisher nicht eingetreten. Seit einem halben Jahr Unterleibschmerzen, zeitweise Fieber. Die Untersuchung stellt eine Atresia vaginae fest, die Lösung des Verschlusses ist mit einer reichlichen Eiterentleerung verbunden, und ermöglicht sodann die Extrahierung einer Zwirnspule. Nach entsprechender Lokalbehandlung wird die Kranke nach drei Wochen geheilt entlassen. 2. Y. F. 42 Jahre alt, seit ungefähr zehn Monaten unregelmässige Blutungen. Auf Grund unserer Diagnose (Endometritis haemorrhagica) führen wir eine Ku-ettage durch, bei dieser Gelegenheit entfernt sich eine ungefähr 4 cm lange, 3—4 cm dicke Aspartie. Nach einer Woche geheilt entlassen. 3. Frau F. B. 35 Jahre alt. Sie wurde mit heftiger Blutung in die Geburtshilfliche- und Frauenabteilung des St. Johannkrankenhauses eingeliefert. Die Diagnose wird auf inkompletten Abortus gestellt, und zur Vermeidung der

drohenden Anämie wird der Abortus beendet. Bei der Freilegung wird der aus dem Canalis cervicalis heraushängende, ungefähr 9 cm lange Gänsefederkiel entfernt.

Nach sechs Tagen verlässt sie geheilt die Abteilung.

**B. Nádory** leiteten zwei Gesichtspunkte, als er diese Fälle seiner Abteilung demonstrieren liess. Erstens weil in der ungarischen Literatur nur selten Angaben über dieses Thema zu finden sind, zweitens will er darauf hinweisen, mit welcher Vorsicht die Angaben der Anamnese anzunehmen sind. Den eigenhändig eingeleiteten künstlichen Abortus gaben die Kranken nur nach Vorweisung der herausgezogenen Fremdkörper zu, in die virginale, unentwickelte Scheide des 14jährigen Mädchens aber konnte die Zwirnspeule in keinem Falle infolge eines Sturzes gelangen, ohne so heftige Wehklagen seitens des Kindes, so dass seine Umgebung das hätte merken müssen. In gerichtlichen Schadenersatz-, oder Unfallfragen kann auch die Feststellung der Anamnese wichtig sein, obwohl nur der lokale anatomische Befund eine entscheidende Wichtigkeit besitzt.

**Vorträge: E. Mayer: Hypertrichose und deren Behandlung.** Die Ätiologie der Hypertrichose ist nahezu vollkommen unbekannt. Von den vielen Hypothesen ist die wahrscheinlichste und am besten begründet jene, die auf die endokrinen Störungen verweist. Nachdem die Ursache unbekannt ist, kann auch die Behandlung nur eine symptomatische sein, und zwar: 1. Entfärbung, 2. Entfernung. Die letztere kann wieder eine provisorische und eine definitive sein. Die bequemste Methode der definitiven Beseitigung wäre die Röntgenbehandlung, leider wird sie jedoch durch die eventuell auch nach Jahren eintretende Hautatrophie und Teleangiektasien zur Anwendung in der kosmetischen Praxis ungeeignet. Die am meisten verbreitete Methode, die Elektrolyse, ist nur wegen ihrer langen Dauer nachteilig. Immer weitere Verbreitung gewinnt die auf der Elektrokoagulation basierende Diathermie-Epilation. Während bei der Elektrolyse zur Entfernung eines Haares 15—20 Sekunden notwendig sind, genügen bei der letzteren schon 2—3 Sekunden, so dass ohne übermässige Inanspruchnahme der Geduld des Patienten und des Arztes 60—80 Haarfäden leicht entfernt werden können. Nach seinen Erfahrungen ist die rechtwinkelig gebogene *Bordier-Nadel* am besten geeignet, diese ist in ihrer ganzen Länge isoliert und lässt nur die 1—1½ mm lange Spitze frei. Rezidiven sind auch bei der Elektrokoagulation in der gleichen Zahl zu erwarten, wie bei der Elektrolyse und diese können seiner Ansicht nach, mit Ausnahme der Naevi pilosi, nicht mehr als 20 Prozent ausmachen. Wie er glaubt, fallen von einzelnen Autoren angegebenen Rezidiven von 50 und mehr Prozenten ausschliesslich zu Lasten der Technik.

**E. Brezovszky:** Nachdem sowohl Ärzte wie auch die Angehörigen die Patienten in kosmetischen Angelegenheiten nicht zu ärztlichen Kosmetikern schicken, hält er es für richtig, darauf hinzuweisen, dass diese Verfahren ärztlichen Händen anzuvertrauen



sind und eine gewisse Fachkenntnis erfordern, weshalb sie von Gewerbetreibenden nicht durchgeführt werden können.

**A. Torday:** *Die akute Leberatrophie.* Im Laufe von zwei Jahren hat er sechs Fälle beobachtet, zwei Männer und vier Frauen. In einem Fall traten die Symptome nach Abschluss einer antiluetischen Kur auf, in den übrigen konnte die Ursache nicht klargestellt werden, und die Kranken gaben als Ursache zumeist Diätfehler an. In der Ätiologie kommt von den im Wege des Blutstromes wirkenden Schädigungen der Lues und dem Salvarsan eine wichtige Rolle zu. Die Gallenwege waren in seinen Fällen frei, und er glaubt, dass dieses Krankheitsbild nach Verschluss und Infektion der Gallenwege seltener auftritt. Nach Schilderung, wie die Autolyse zustande kommt, beschäftigte er sich kurz mit der Symptomatologie des Leidens und lenkt die Aufmerksamkeit darauf, dass man in jedem Falle von länger dauernder katarrhalischer Gelbsucht an dieses Krankheitsbild zu denken hat, bei welchem wir mit strenger Bettruhe, sowie durch Einführung von Kohlehydraten (Glukoven) und Anwendung von Insulin versuchen, dem Organismus zu helfen.

**L. Barok:** *Salvarsanwirkung auf die Leber und individuelle Salvarsan-Toleranz.* Zusammenfassend schildert er, die aus der Literatur über den sogenannten Salvarsan-Ikterus abgeleiteten Folgerungen, nach welchen die Mehrzahl dieser Erkrankungen nicht durch Salvarsan verursacht werden, sondern, dass dieses nur in der Auslösung des Leidens eine erhebliche Rolle spielt. Die individuelle Salvarsan-Toleranz könnte genau nur in der Weise festgestellt werden, wenn die Dosis bis zur Giftwirkung gesteigert würde. Mit Hilfe von sauren Fuchsin und mit den Adrenalin-Blutzuckerkurven dagegen kann festgestellt werden, wie gross die individuelle Salvarsan-Toleranz ist. Auf Grund von 39 Farbenreaktionen und 40 Blutzuckerkurven gelangt er zur Konklusion, dass 0.15 g Neosalvarsan die Leber reizen, 0.45 und 0.60 g sie aber für 1—2 Stunden lähmen. Das Ausmass dieser Lähmung ist individuell verschieden. Bei schwerer Lähmung empfiehlt er Vorsicht bei der Fortsetzung der Salvarsankur. Die weitere Behandlung des bereits bestehenden Salvarsan-Ikterus ist nach ihm dementsprechend festzustellen in welcher Weise die Leber auf versuchsweise verabreichte kleine Salvarsan-Dosen reagiert. Er empfiehlt, dass bei jeder Salvarsankur im Anschluss an einige Injektionen die Fuchsinreaktion vorgenommen werde.

## NACHRICHTEN.

Die nächste Nummer der „Verhandlungen der Ungarischen Ärztlichen Gesellschaften“ erscheint Anfangs September.

**Ernennungen.** Der Reichsverweser hat auf Vorschlag des Kultus- und Unterrichtsministers ernannt: den Direktor des Biologischen Forschungsinstituts, Privatdozenten Dr. Béla *Hankó* auf die neue zoologische Lehrkanzel an der Debrecener Universität, den Obergologen, Privatdozenten Dr. Karl v. *Roth* auf die neue Lehrkanzel für Mineralogie und Geologie derselben Universität zu *öffentlichen ausserordentlichen Universitätsprofessoren*. Ausserdem hat der Reichsverweser den ehemaligen Budapester Universitätsprofessor, gegenwärtigen ausserordentlichen Professor an der Utrechter Universität Dr. Géza *Entz* zum Abteilungsdirektor des Biologischen Forschungsinstituts ernannt.

**Habilitierung.** Der Kultus- und Unterrichtsminister hat die Qualifizierung des Adjunkten des Zoologischen Instituts der Szegeder Franz Josef-Universität Dr. Eugen *Mátyás* zum Privatdozenten für mikroskopische vergleichende Osteologie genehmigend zur Kenntnis genommen und den genannten in dieser Eigenschaft bestätigt.

**Hochschulnachrichten.** Für das nächste Studienjahr wurden gewählt an der Szegeder Universität zum Rector magnificus: Dr. Stephan *Györffy*, zum Dekan der medizinischen Fakultät: Dr. Ladislaus *Jankovich*, Schriftführer: Dr. Gabriel *Ditrói*, an der Pécs-Universität zum Rector magnificus: Dr. Edmund *Weszely*, zum Dekan der medizinischen Fakultät: Dr. Béla *Entz*, Schriftführer: Dr. Alexander *Gorka*, an der Debrecener Universität zum Rector magnificus: Dr. Benjamin *Csánki*, zum Dekan der medizinischen Fakultät: Dr. Josef *Wodetzky*, Schriftführer: Aladar *Kreiker*.

Die internationalen Gesellschaften für medizinische Hydrologie und zur Bekämpfung des Rheumatismus tagen am 13—18. Oktober in Budapest. Präsident dieser gemeinsam arbeitenden Tagungen ist Baron Alexander *Korányi* als diesjähriger Präsident dieser internationalen Gesellschaften. Auf der Tagesordnung der wissenschaftlichen Beratungen stehen folgende Themen: „Die Wirkung der hypertensiven Mineralwässer.“ „Trink- und Badekuren in der Behandlung der Zirkulationskrankheiten.“ „Das gegenseitige Verhältnis von akutem und chronischem Rheumatismus.“ „Haematologische und serologische Untersuchungen bei rheumatischen Krankheiten.“

An dem Kongress werden voraussichtlich 250—300 ausländische Fachgelehrte aus 27 Staaten teilnehmen. An der Tagung können die Mitglieder der internationalen Gesellschaften (Aufklärungen über die Aufnahmebedingungen erteilt Dr. Ludwig *Bilkei-Papp*, II. Rotes Kreuz-Spital) und Gastmitglieder in beschränkter Anzahl in der Reihenfolge der Anmeldung teilnehmen. Gäste zahlen einen Betrag von 25 Pengő. Aufklärungen erteilt die ungarische Vorbereitungskanzlei der Tagung: Budapest, V. Méréleg-utca 4, I. 7. Telefon: 813—98.

---

Schriftleitung und Verlag der „Verhandlungen der Ungarischen Ärztlichen Gesellschaften“: Budapest, V., Vadász-utca 26.

Scheckkonto: Budapest, k. ung. Postsparkassa Nr.\*\*41710. Bankkonto: Ungarisch-Italienische Bank A.-G. Budapest, Zweigstelle Andrassy-ut. Fernsprecher: Budapest 289—26.

---

Druckerei der Pester Lloyd-Gesellschaft. (Direktor: Paul Márkus.)