



# EGGER'S Hypophosphit Syrup

Seit Jahrzehnten bestbewährtes  
Roborans und Tonikum bei  
allen mit Kraftverfall einher-  
gehenden Krankheiten.



**Dr. Leo Egger und I. Egger**  
Budapest, VI.

## Schwabenberg-Sanatorium Budapest, Ungarn



Subalpin-,  
klimatisch-  
diätetische  
Kur- und  
Heilanstalt  
für Still-  
wechsel-  
Herzkrank-,  
Anämiker,  
Nerven-  
leidende und  
Rekonvales-  
zenten.

Dir.-Chelarzt  
Dr. L. JAKAB.



**Liget- und Parksanatorium, Ungarn,**  
Budapest, VI., Aréna-ut 84, Leiter Dr. L. JAKAB

Moderne diagnostische, diätetische und chirurgische Heilanstalt für  
alle Zweige der Therapie vollkommen eingerichtet.





suchungen den Beweis, dass ein solch enger Zusammenhang zwischen Bronchialerkrankungen und Prostataveränderungen, wie das der Vortragende voraussetzt, nicht besteht.

**K. Hajós:** Asthma rein exogenen Ursprungs gibt es nicht, das Leiden hat immer auch endogene Ursachen, eine solche endogene Basis ist die Funktionsstörung der innersekretorischen Drüsen, resp. die in deren Korrelation aufgetretenen Abweichungen. Die vom Vortragenden vorausgesetzte Rolle des Adrenalins ist weder experimentell, noch klinisch nachgewiesen. Bei Addison wurde niemals Asthma beobachtet. Ein Zusammenhang zwischen der chronischen Bronchitis und den Prostataveränderungen ist unbewiesen. Redner bestreitet die Behauptung des Vortragenden, als ob bei Asthma, oder Bronchitis in der Lunge mit Röntgen nachweisbare Veränderungen vorhanden sein müssten, oder dass im entgegengesetzten Fall die Ursache des Asthma ausserhalb der Lunge zu suchen sei. Der Zusammenhang der Temperatur und anderer Wetterveränderungen mit der Atmung in der von Vortragenden geschilderten Weise ist zum Teil unverständlich, zum Teil unwahrscheinlich.

**Z. Blen:** Bei Nachprüfungen ist zwischen kürzer oder länger dauernden Bronchitiden, Asthmaerkrankungen mit schweren, oder minderen Anfällen eine genaue Differentialdiagnose aufzustellen. Die Prostataveränderung zeigt regelmässig einen solchen Parallelismus mit den genannten Krankheitsbildern, dass sie für die Intensität des Prozesses selbst eine Differentialdiagnose ermöglicht. Die in der Ätiologie dieser Erkrankungen figurierenden mitgeteilten Prostataveränderungen sind zur normalen Prostata nächstehende, mehr entwicklungsgeschichtliche Veränderungen. Diese Veränderungen können gar keine hochgradigen sein, weil ja dann auch andere Symptome, als die zumeist Jahre lang dauernden Bronchitiden sich zeigen müssten. Aber auch die feineren Veränderungen sind derart ausgesprochen, dass sie durch Palpation beobachtet werden können. Umgekehrt kann jedoch die These nicht immer angewendet werden, weil die Prostata auch ohne bronchiale Erscheinungen vergrössert sein kann, in solchen Fällen ist die Hypertrophie der Drüsensubstanz, nicht aber die des Bindegewebes wahrscheinlich.

**Vortrag: J. Baló:** *Lipomatose der Bauchspeicheldrüse und deren Beziehungen zur allgemeinen Fettsucht.*

**S. Zinner:** *Coxitis nachahmende Krankheitsbilder.* Der Vortragende schildert die Symptome, die Röntgendiagnose und die Therapie von 12 verschiedenen Krankheitsbildern, deren Grundlage Entwicklungsanomalien, statische, entzündliche oder traumatische Ursachen sind. 1. *Subluxatio coxae congenital.* Ziemlich häufiges Krankheitsbild, das zuweilen bereits in den ersten Lebensjahren, manchmal während der Entwicklung, am häufigsten jedoch erst in den 40er Jahren Symptome verursacht. Die Symptome erinnern jedoch nicht an die der Luxatio coxae congenita, sondern ihre Charakterzüge sind mangelhafte Funktion, Adduktionstendenz, sich





verkalkung erklärt wird. 12. *Fractura ossis pubis*. Nach Ausgleiten sich langsam steigende Schmerzen und Hinken, als deren Ursache das Röntgenbild die Rissfraktur des Os pubis zeigt. Der Vortragende glaubt, dass diese Fälle die angeblich mit *Restitutio ad integrum* heilenden angeblichen Coxitisfälle, wie auch die infolge von Coxitis rasch zugrunde gehenden Fälle liefern. Den wichtigsten diagnostischen Behelf bei Hüftgelenkskrankheiten „*primus inter pares*“ bildet die von beiden Hüftgelenken angefertigte symmetrische Röntgenaufnahme.

J. Kopits wünscht klarzustellen, was der Vortragende unter Coxitis versteht. Er fragt, ob das die tuberkulotische Coxitis sei, weil darüber weder im Titel des Vortrages noch im Inhalt desselben Bestimmtes gesagt wurde. Die Coxitis der Säuglinge kann nicht als ein Coxitis nachahmendes Krankheitsbild bezeichnet werden, weil diese eine wirkliche Coxitis ist, wenn ihr Ursprung auch kein tuberkulotischer, sondern ein osteomyelitischer ist. Die angeborene Hüftgelenks-Subluxation kann mit der tuberkulotischen Coxitis überhaupt nicht verwechselt werden, weil die letztere ausser dem Hinken nur dann weitere Symptome auslöst, wenn am Schenkelbeinkopf oder im Gelenk sekundäre Veränderungen (*Perthes*, *Arthritis deformans*) vorhanden sind.

N. Zinner konstatiert, dass aus dem Titel des Vortrages die Bezeichnung „tuberkulosa“ tatsächlich weggeblieben ist, doch erwähnte er in seinem Vortrag, dass er über tuberkulotische Coxitis spreche. Hinsichtlich der Subluxation habe er gleichfalls erwähnt, dass diese nur dann Symptome auslöst, wenn sie langsam in das Krankheitsbild der *Arthritis deformans* übergeht.

## Ungarische Urologische Gesellschaft.

Sitzung am 28. Januar 1929.

*Demonstration: B. Mezö: a) Hydronephrotische distopische Niere.* Aus dem Nierenbecken des 62jährigen Mannes entfernte er eine ungefähr zweifaustgrosse Sackniere. Der Nierenhilus befand sich in der Höhe des Promontoriums, er hatte 2 Arterien und 4 Venen, der Ureter war geknickt, weshalb die Pyelographie nicht durchgeführt werden konnte. Die Lage der Niere wurde daher nur bei der Operation festgestellt, diese konnte mit Verlängerung des schrägen Lumbalschnittes leicht durchgeführt werden. Der Kranke wurde geheilt. Der Fall ist auch deshalb interessant, weil die Dystopie nur im 62. Lebensjahr des Kranken Beschwerden verursachte. Für die Durchführung der Operation hält er den retroperitonealen Weg für den zweckmässigsten.

*b) Nephrektomie bei schwerer Kypho-Skoliose.* Die Niere wurde wegen Nierentuberkulose entfernt. Die Wirbelsäule war jedoch so hochgradig verkrümmt, dass der Rippenbogen in das Becken geschoben war. Die untere Rippe trat aus dem Becken auch dann nicht heraus, als der Kranke entsprechend gelagert wurde. Die Beseitigung der Niere durch Laparotomie war durch die Nähe des Proc. xyphoideus zur Symphyse verhindert. Deshalb beschloss er, so viel Rippen zu entfernen, wie es notwendig erschien. Nach Entfernung der beiden unteren Rippen und energischer Hebung der übrigen mit dem Hacken gelang es leicht, die Niere zu entfernen. Die Rippenresektion ist ein unbedeutender Eingriff, der die Operation nicht erschwert, weshalb er diese warm empfiehlt.

*Aussprache:* **J. Dózsa** schildert 7 Fälle von dystopischen Nieren, die in der urologischen Klinik die in den letzteren Jahren zur Beobachtung und Operation gelangten. Er demonstriert die Pyelogramme dieser Fälle. Zwei derselben waren Hydronephrosen, in einen Fall erfolgte die Nephrektomie, im anderen Fall wurde wegen einer Erweiterung geringeren Grades nur die konservative Behandlung durchgeführt.

**A. Adler-Rácz** referiert über 4 Nierenoperationen aus dem Krankenmaterial der Urologischen Klinik, die bei Wirbelsäuledeformitäten durchgeführt wurden. Abgesehen von peritonealer Spannung, die eine vorsichtige Lösung erforderte, erwies sich das Spatium immer genügend zur Entfernung der Niere.

**B. Rihmer** führt die Resektion der unteren Rippe in Fällen häufig durch, wo der obere Pol unter der Diaphragmakuppel fixiert ist. Dieses Verfahren wendete er auch in 3 Fällen von Skoliose an. (Tbc. Nephrektomie.) Die Resektion ist natürlich vorzubereiten, denn wenn die Niere auch ohne diese leicht befreit werden kann, ist sie überflüssig.

**G. Illés:** Bei Kyphoskoliose entsteht auch eine Torsion der Wirbelsäule, infolge dessen erweist sich die Niere nach energischer Hebung des Rippenbogens und Vorziehen der Bauchwand gut zugänglich. Die Rippenresektion vermeidet er nach Möglichkeit auch in solchen Fällen. Seiner Erfahrung nach kann der sogenannte Querschnitt durch einen aus dem schrägen Lumbalschnitt gegen den Proc. xyphoideus gerichteten Hilfsschnitt gut ersetzt werden. Bei der Rippenresektion kann die Pleura verletzt werden, was wohl bedeutungslos ist, wenn wir es bemerken und die Verletzung versorgen, aber auch der Rippenstumpf selbst kann später Unannehmlichkeiten machen.

**B. Mezó:** In dem vorgestellten Fall war die Kyphoskoliose sehr hochgradig, so, dass er selbst bei maximaler Wendung nicht genug Spatium zum Eindringen erhalten konnte. Nach seinen Erfahrungen macht die mit entsprechender Vorsicht durchgeführte Rippenresektion keine Unannehmlichkeiten und die von Prof. Illés erwähnte Stumpfkomplication lässt sich vermeiden, wenn wir auch das Rippenköpfchen entfernen. Bei Rippenresektionen konnte er bisher in jedem Fall Pleuraverletzungen vermeiden.

**A. Schmidt:** *Fall eines abnorm grossen Uretersteines.* Der 46jährige Mann kam mit einer im Anschluss an Harn-



röhrenstriktur entstandenen schweren Urinfiltration in die I. chirurgische Klinik und starb trotz der energischen Eingriffe nach einer Woche an Sepsis. Bei der Sektion stellte sich heraus, dass ausser der nahezu unpassierbaren Striktur und Urinfiltration eine nahezu vollkommen zugrunde gegangene linksseitige eitrige Sackniere und auch ein hühnereigrösser juxtavesikaler Ureterstein vorhanden waren. Der Stein war  $6\frac{1}{2}$  Zentimeter lang und hatte ein Gewicht von 25 Gramm.

*Aussprache:* **J. Dózsa** demonstriert einen kleinfingerdicken, 12 Zentimeter langen Stein, der bei einer Graviden im VIII. Monat aus der unteren Ureterpartie operativ entfernt wurde. Die Kranke hat die Operation glücklich überstanden, und gebar zur normalen Zeit eine gesunde Frucht.

**Adler-Rác:** *Umfangreiche Blasenresektion wegen Carcinom.* Bei dem 58jährigen Manne wurde die Resektion wegen umfangreichen Vertex-Carcinom vorgenommen. Das kindeshandtellergrosse, exulzerierte Plattenepithelcarcinom wurde nach vorhergehender Extraperitonisierung der Blase entfernt. Nach Vereinigung der restlichen Blasenpartie glatte Heilung. Der Fall beweist, dass die im geeigneten Fall rechtzeitig durchgeführte Radikaloperation, sofern entfernte und Lymphweg-Metastasen noch nicht vorhanden sind, guten Erfolg verspricht.

**G. Illés:** *Nierengeschwulst von seltener Form und Pyelographie.* Bei dem 58jährigen Mann wurde auf der linken Seite eine kindesfaustgrosse Geschwulst palpiert. Bei der Pyelographie war an Stelle des Pyelums eine apfelgrosse Einbuchtung sichtbar, diese zweiteilte und verlängerte die Nierenkelche. Am unteren Pol der herausgenommenen Niere fand er einen dünnwandigen, mit Blutkoagula gefüllten Sack und Prof. *Buday* konnte nur aus einzelnen verstreuten linsen- und hanfsamengrossen, schwefelgelben Knötchen das typische Hypernephrom feststellen, das mit ungewöhnlich profusen Blutungen einherging, und an Stelle der bei Geschwülsten sonst vorhandenen Stoffvermehrung fand sich vielmehr eine sackartige Höhlenbildung am unteren Nierenpol.

## Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte.

### Rhinologische und laryngologische Sektion.

Sitzung am 12. Februar 1929.

*Demonstration:* **S. Wein:** *Interessanter Fall einer Zungenbeinfraktur.* Der 34jährige Patient meldete sich mit der Angabe in der Ordination, dass er mit der rechten Halsseite auf die



Ecke einer Sessellehne gefallen sei. Der heftige Anprall löste sofort grosse Schmerzen aus und der rechtseitige Schluckschmerz, sowie die an Stelle der Kontusion vorhandene Druckempfindlichkeit bewogen ihn, die Ordination aufzusuchen. Bei Umfassung des Halses mit Zeigefinger und Daumen auf der gesunden Seite in der Höhe des Zungenbeines kann dessen Cornus major und besonders dessen Spitze deutlich palpiert werden, dagegen verschwindet auf der Seite der Kontusion die Spitze des Cornus major in der Tiefe des Halses. Während auf der gesunden Seite Corpus und Cornus major einen stumpfen Winkel bilden, ist auf der Kontusionsseite der Winkel spitz geworden. Bei der Untersuchung mit dem Kehlkopfspiegel stellt sich heraus, dass die Plica pharyngoepiglottica, die vom Rand des Kehlkopfdeckels zum Cornus major des Zungenbeines verläuft, auf der gesunden Seite viel länger ist, als auf der Seite der Kontusion, wo diese, infolge der Fraktur des Cornus major erheblich verkürzt ist. Bei Einführung des Zeigefingers der rechten Hand in den Hypopharynx findet sich bei bimanueller Untersuchung, dass auf der gesunden Seite die Zeigefingerspitze zwischen der Spitze des Cornus major und der Vorderfläche der Wirbelsäule bequem Platz findet, wogegen auf der Seite der Kontusion die Spitze des Cornus major die Vorderfläche der Wirbelsäule berührt. Das auf dem in den Hypopharynx eingelegten Film nach der Methode Aurel Réthi's aufgenommene Röntgenogramm zeigt die Fraktur deutlich.

Mit seiner Demonstration will er die Aufmerksamkeit auf den Symptomenkomplex und auf die Untersuchungsmethoden der Zungenbeinfraktur lenken, nachdem diese zusammengefasst nirgends zu finden sind. Die in seinem Fall eingetretene mechanische Einwirkung ist nur selten die Ursache von Zungenbeinfrakturen, weil diese zumeist nach Strangulierung, Drosselung, oder Erhängen aufzutreten pflegen.

Was die Behandlung betrifft, plant der Vortragende das bimanuelle Redressement in lokaler Anästhesie (Kokainisierung des Hypopharynx und Novokaininjektion an der Frakturstelle).

**A. Réthi:** Beobachtete die Fraktur des Cornus major des Zungenbeines infolge von Strangulierung.

**I. Némai:** *Congenitale Schleimhautbrücken zwischen Uvula und hinteren Gaumenbogen.* Die im Gaumen sichtbare Veränderung ist von diagnostischen Standpunkt interessant.

(Fortsetzung folgt.)

## Elisabeth-Universität in Pécs.

Sitzung der medizinischen Sektion  
der wissenschaftlichen Universitätsgesellschaft am 4. März 1929.

**Dr. Franz Kiss** (als Gast): *Anatomie und Histologie des Plexus coeliacus und Plexus hypogastricus*. Der Vortragende demonstriert an der Hand von anatomischen Präparaten die Wurzeln des Plexus coeliacus deren Verlauf, sowie die nach Grösse und Situierung verschiedenen Ganglia coeliaca. Sodann schildert und demonstriert er eingehend die aus diesen Ganglien stammenden und mit einander mehr-minder zusammenhängenden Geflechte: Plexus hepaticus, Pl. renalis, Pl. cardiacus et Pl. pyloricus, Pl. pancreaticus, Pl. duodenalis, Pl. lienalis und Pl. diaphragmaticus. Er demonstriert ferner das Gangl. phrenicum Luschka und den Zusammenhang des Geflechts mit dem N. phrenicus. Seine histologischen Untersuchungen ergaben, dass dieses Geflecht zum grossen Teil aus marklosen und zum geringeren Teil aus Fasern mit dünner Markscheide (wahrscheinlich sensible) besteht. Nachdem der N. phrenicus durch dieses Geflecht mit dem Gangl. coeliacum und den von diesem ausgehenden sämtlichen Geflechten in Verbindung gelangt, finden wir darin die Erklärung für jene klinischen Beobachtungen, dass Unterleibsprozesse Schmerzen in der Schultergegend auslösen können. Er fand im N. phrenicus auch histologisch sensible Fasern, den sympathischen Fasern kommt beim Zustandekommen der Schulterschmerzen keine Rolle zu. Der Vortragende schilderte sodann eingehend die Topographie und Bedeutung der z. B. am Coeliacus oder dessen Wurzeln durchführbaren Lokalanästhesien. Der Pl. hypogastricus besitzt Wurzeln zweierlei Ursprunges: a) aus dem Trunc. sympathicus und b) aus dem Pl. sacralis. Auf Grund der gemeinsam mit *Peter Mihalik* veröffentlichten Untersuchungsergebnisse, können auf histologischen Schnitten die marklosen (Sympathicus) die Fasern mit dünner (sensible und parasymphatische Fasern), sowie die in den Geflechten spärlich vorkommenden Fasern mit dicker Markscheide separiert werden, welche letztere hier nicht von den ein ähnliches Bild darbietenden willkürlichen motorischen, sondern wahrscheinlich von den durch *Kiss* und *Mihalik* in den hinteren Wurzeln beschriebenen Fasern unbekannter Funktion stammen. Er erwähnt in Verbindung mit dem N. phrenicus, dass zur Annahme einer doppelten Innervation der quergestreiften Muskeln (Spinalis und Sympathicus) keine morphologische Grundlage (wie das *Boeke*, *Dusser*, *de Barenne*, *Hunter* usw. annehmen) vorhanden ist. Die von den genannten Autoren als marklos (Sympathicus) bezeichneten Fasern besitzen tatsächlich eine dünne Markscheide (sensible Fasern). er bestätigt ferner den Befund von *Ranson* u. A., dass im N. vagus unterhalb des Diaphragmas haupt-



sächlich marklose Fasern zu finden sind, was er damit ergänzt, dass die zwischen diesen zerstreut verlaufenden, ungefähr  $\frac{1}{10}$  ausmachenden markhaltigen Fasern nahezu ausschliesslich eine dünne Markscheide aufweisen (sensible oder parasymphatische Fasern).

**Aussprache:** **Elemér Scpiades** ersucht den Vortragenden, seine Untersuchungen auch auf die sogenannten spinalen Kommunikationen zu erstrecken, vielleicht könnte man derart eine entsprechende Methode für die Anästhesie jenes Abschnittes des Bauchraumes finden, der zwischen den Gebieten der Splanchnicus- und Parasacralis-Anästhesie liegt, und dessen Anästhesie zur Zeit nur durch Anwendung von gesenkten Flächen erzielt werden kann. Redner führt die Anästhesie des Splanchnicus übrigens von rückwärts in der Richtung der retrophrenikalen Tasche durch, wo er mit dem Pl. coeliacus nicht in direkte Berührung kommt. Dem sei es zuzuschreiben, dass er bei seinen 300 Fällen — abgesehen von einem Kranken mit St. thym. lymphaticus — keinen Todesfall infolge Anästhesie sah. Schulterschmerzen im Anschluss an Erkrankungen des Beckengewölbes sind dem Frauenarzt bekannt, z. B. im Anschluss an Retroflexionen. Die den Schmerz leitenden Nervenverbindungen sind bereits seit Jahren bekannt, und Redner sieht die hervorragende Bedeutung der Untersuchungen des Vortragenden in der histologischen Klärung dieser Verbindungen.

**Franz Kiss:** Das Vorhandensein einer noch empfindlichen Zone im Bauchraum bei gleichzeitiger Lokalanästhesie des Pl. coeliacus und hypogastricus ist die Folge der im Wege der Rr. communicantes lumbales in den Tr. sympathicus und von hier in den Radix mesenterii abgehenden sensiblen Fasern. Beim Aufsetzen des Kranken sinkt die anästhesierende Flüssigkeit in dem lockeren retroperitonealen Gewebe, erreicht die Rr. communicantes lumbales, deshalb tritt die Anästhesie hier später ein.

**Siegmond Tóth** begrüsst den Vortragenden im Namen der Pécsér Kollegen anlässlich seines viel neues bringenden und wertvollen Vortrages.

**Géza Mansfeld:** Die Klärung der detaillierten anatomischen Verhältnisse des vegetativen Nervensystems ist sehr bedeutungsvoll und auch vom Gesichtspunkt der experimentellen Medizin eine unbedingte Notwendigkeit. Von grösstem Interesse ist seiner Ansicht nach die Feststellung, dass der Vagus unterhalb des Diaphragma hauptsächlich sympathische Fasern enthält. Die Doppelinnervation des Magen-Darmes wäre analog mit den Verhältnissen bei den Gefässen, wo die antagonistischen Konstriktoren und Dilatoren — obwohl sie in separaten Bahnen verlaufen — durch verschiedene Gifte beeinflusst werden können, aber aus dem gleichen Nervensystem (aus dem Sympathicus) stammen. Die experimentellen Untersuchungen bedürfen nach dieser Richtung hin einer Revision. Die Feststellung aber, als ob die Muskulatur vom sympathischen Nervensystem unabhängig wäre, weil unter den zu den quergestreiften Muskeln verlaufenden Nerven keine sympathische Fasern zu finden sind, widerspricht entschieden sowohl den älteren, wie auch den neueren experimentellen Ergebnissen, die unzweifelhaft beweisen, dass der sympathische Grenzstrang auf den Muskelchemismus entscheidenden Einfluss ausübt. Auch die Untersuchungen von *Dusser, de Barenne* und *Orbelli* sprechen für eine sympa-

thische Innervation der Muskeln. Diese Untersuchungen schliessen auch die Möglichkeit dessen aus, dass der Sympathicus indirekt, durch Beeinflussung der Gefässe auf die Muskel-tätigkeit wirken würde. Die Sympathicusfasern gelangen möglicherweise den Spinalnerven entlang — vielleicht ausschliesslich in den Gefässwänden — zu den Muskeln, jedoch könnte man die Tatsache, dass die sympathischen Nerven zu den Muskelfasern gelangten, nur dann bezweifeln, wenn man eine zahllose Reihe experimenteller Feststellungen unbeachtet lassen würde.

**Michael Pekár** vertritt eine Anschauung, die ungefähr in der Mitte zwischen jener der Pharmakologen und Anatomen steht. Entschieden könne er soviel behaupten, dass man mit gewissen, auf Grundlage der antagonistischen Wirkung stehenden pharmakologischen Experimenten nicht analysieren könne, was für Fasern einen Nervenstamm bilden. Die antagonistische Wirkung hängt vom Endapparat ab. Funktionelle Differenzen in den Endapparaten verraten nicht, woher der Achsenzylinder stammt und in welchem Nervenstamm er verläuft. Andererseits muss er betonen, dass die Reizung, oder das Zerschneiden einzelner Nervenstämme, die Feststellung der Reiz- oder Ausfallserscheinungen nicht immer verraten, was für verschiedene Funktionen besitzende Fasern in einem Nervenstamm unter den vielen hunderttausend Fasern untergebracht sind, noch weniger geben sie Aufklärung über das zahlenmässige Verhältnis der verschiedenen Fasern. Bei Reizung oder Ausfall bemerken wir immer die dominierenden Symptome, die feineren Verhältnisse erkennen wir oft erst nach Jahrzehnten. Das Bell-Magendie-Gesetz erkannte, als es entstand (1811—1822) auf Grund von groben Reiz- und Ausfallserscheinungen den ventralen Ast ausschliesslich als motorisch, den dorsalen nur als hautsensiblen, einfach darum, weil das die dominierenden Symptome waren. Es bedurfte der Arbeit eines Jahrhunderts, um langsam festzustellen, dass sich im ventralen Ast acht Arten von zentrifugalen Funktionen finden, andererseits ist im dorsalen Ast ausser der Oberflächensensibilität auch die Tiefensensibilität, die Sensibilität der Organe, der Baueingeweide usw. enthalten, wie das klinisch bei Erkrankungen der dorsalen Äste klar bestätigt wurde. Die Kollaktionierung der mit den verschiedenen Methoden gewonnenen experimentellen Ergebnisse mit einander und mit dem anatomischen Bau des Nervensystems ist eine der schwierigsten Aufgaben und erfordert sehr grosse Umsicht und Vorsicht. Die im Dienst dieser Ziele stehende Arbeit Franz Kiss ist überaus bedeutungsvoll.

**Franz Kiss** (Schlusswort): Die Ergebnisse von Tierversuchen bezüglich des Nervensystems dürfen nur mit grosser Vorsicht auf Menschen übertragen werden, seine histologischen Untersuchungen überzeugten ihn wiederholt davon, dass der gleiche Nerv einzelner Tiere hinsichtlich der markhaltigen und marklosen Fasern sehr bedeutende Unterschiede aufweist. Hinsichtlich der Muskelinnervation verweist er auf seine mit *Mihalik* gemeinsam publizierte und bereits erschienene Arbeit, wonach in dem, in den Muskel eintretenden Nerven nur zwei Fasernarten zu finden sind, solche mit dicken und dünnen Markscheiden. Die Fasern mit dicken Markscheiden sind motorisch, die mit dünnen sensibel. Die Anhänger der doppelten Innervation konnten, nach dem sie nur mit Silberfärbungen (Kontourbildern) arbeiteten, die dünnen Markscheiden nicht sehen und glaubten, dass die dünnen Fasern marklos (sympathische Fa-



sern) sind, wobei niemand daran dachte, wo dann eigentlich die sensiblen Muskelnerven sind. Die marklosen (Sympathicus) Fasern treten den Gefässen entlang in den Muskel ein, was auch durch die von Herrn Professor Mansfeld angeführten Versuche bestätigt wird, weil auf Sympathicusreizung, Stoffwechsel- und Zirkulationsveränderungen eintraten. Andererseits ist es durch Sympathicusreizung noch niemals gelungen, eine Muskelkontraktion, oder auch nur Muskeltonus zustande zu bringen. Die auf die Doppelinnervation nach Hunter-Royle basierten, und von Royle in Amerika an Menschen durchgeführten Operationen ergaben sehr verschiedenartige Erscheinungen, endigten jedoch im Endergebnis erfolglos.

**Michael Pekár** will nachträglich nur bemerken, dass die Nerven auf zwei Wegen in den Muskel gelangen: entlang den motorischen Nerven und den Gefässen. Im Budapester physiologischen Institut hat unter der Leitung weil. Professor Klug Landauer-Ligeti folgende Versuche durchgeführt: er durchschnitt beim Frosch einmal den ventralen, ein anderes Mal den dorsalen Ast und stellte nach Abwarten der totalen Degeneration fest, dass neben motorischen Achsenzylindern sich im Muskel auch sensible Fasern finden.

Sitzung der medizinischen Sektion  
der wissenschaftlichen Universitätsgesellschaft am 18. März 1929.

**Dionys Görög:** *Hyaline Koagulation in den kleinen Gehirngefässen bei CO-Vergiftung.* Im Gehirn des nach Leuchtgasvergiftung innerhalb 48 Stunden gestorbenen 14jährigen Knaben war die weisse Substanz überall dicht mit punkt- bis mohnkorngrossen Blutungen durchsetzt. Diese CO-Enkephalitis pflegt nach allgemeiner Auffassung infolge Gefässwänderkrankungen aufzutreten (Verfettung, Verkalkung, Nekrose usw.), diese pflegt sich jedoch nur nach dem vierten Tag zu entwickeln. In seinem Fall waren die Gefässwände unversehrt, und das Lumen der Gefässe an vielen Stellen mit „Hyalinschollen“ ausgefüllt. Die Hyalinscholle kann nur nach ihrem optischen Verhalten als Hyalin betrachtet werden, sie besteht aus modifiziertem Fibrin und steht zu dem bindegewebigen Hyalin in keinerlei Beziehung. Nach Ansicht des Vortragenden hat die CO-Vergiftung die Hyalinschollenbildung in primärer Weise durch Veränderung der chemischen Blutzusammensetzung ohne Gefässwandveränderung und infolge dessen die ring- resp. röhrenförmigen Blutungen herbeigeführt. Dieser bisher unbekannt Umstand erklärt auch die ungewöhnlich rasche Entwicklung der Veränderung.

**Béla Mattushek:** *Extensionsbehandlung von Oberarmfrakturen.* Bei der konservativen Behandlung der Knochenfrakturen ist die Extensionsmethode die beste. Der Dauerzug verhindert eine Kontraktur der Muskulatur. Sie verhindert ferner eine narbige Kontraktur des Bindegewebes der Fascien, der Muskelscheiden und Sehnen. Innerhalb der starren Fixationsverbände sind die Zirkulationsverhältnisse der Extremität gestört, es bilden sich Inaktivitätsatrophie mit Gelenks-

ankylosen aus. Bei der Extensionsbehandlung vermindert der ständige Zug die Möglichkeit von Gelenkscapselkontrakturen, sie lässt auch geringere Bewegungen der Extremitäten zu, die Muskelfunktion erleidet keinen Schaden und die Dauer der Nachbehandlung ist verkürzt. Wichtig ist die Extension in Semiflektionsstellung, bei dieser befindet sich die Spannung sämtlicher Muskeln der Extremität im Gleichgewicht und wir erzielen auch den Ruhezustand der die Dislokation herbeiführen Muskelgruppen. Bei den oberen Epiphysisfrakturen des Humerus ist die Anwendung der Bardenheuer- oder Zuppinger-Extension in Liegestellung am zweckmässigsten. In der Klinik wird in der ambulanten Behandlung bei oberen Epiphysis- und Diaphysisfrakturen für die Extension eine Abduktionsschiene eigener Konstruktion verwendet. Während  $1\frac{1}{2}$  Jahren wurden 53 Oberarmfrakturen behandelt, von diesen 19 mit Extension. (Demonstrationen von Röntgenbildern.) Beim Vergleich seiner Resultate mit den, in den übrigen Fällen verwendeten Gypsverbänden usw., Spiralschienen oder Triangelfixationen, kann er Folgendes feststellen: Wenn es auch gelingt, die Bruchenden genau zu reponieren, so ist dennoch die Retention nicht immer vollkommen. Nach der 4—5 Wochen währenden Fixation dauert das medico-mechanische Verfahren oft 6—8 Wochen, bis eine entsprechende Funktionsfähigkeit erzielt ist. Mit der Extensionsbehandlung ist die korrekte Stellung der Bruchenden und damit die Möglichkeit der anatomischen Heilung in jedem Fall zu erzielen. Es treten keine Gelenksankylosen auf, die Funktionstüchtigkeit der Muskeln bleibt erhalten, wodurch die Dauer der Nachbehandlung zumindest auf die Hälfte verkürzt wird.

**Josef Imre:** *Chirurgische Konsequenzen der Strahlentherapie von Lid- und Gesichtsepitheliomen.* In solchen Fällen ist seiner Ansicht nach die Strahlentherapie weder in ihren Erfolgen sicherer, noch ungefährlicher, als die Operation. Jene Unvollkommenheiten, welche das Resultat unsicher machen, sind nicht in der Dosierung zu suchen und können mit der Entwicklung der Technik nicht beseitigt werden. Es bleibt immer ein unbekannter Faktor bestehen, mit dem der Radiologe im Vorhinein nicht zu rechnen vermag, das sind die individuellen Eigenschaften des Kranken, resp. des von ihm produzierten Tumors. Die wiederholt bestrahlte Haut weist solche Eigenschaften auf, die den Operateur in eine sehr unangenehme Lage bringen. Die Wundheilungstendenz der bestrahlten Haut ist entschieden geringer, als die der normalen Haut. Die Granulationsneigung fehlt oft nahezu vollständig, die Wundränder vereinigen sich in einzelnen Fällen selbst nach 10—12 Tagen nicht. Eben deshalb sind die kleineren Geschwülste operativ zu beseitigen, und wir nehmen die Bestrahlung nur als solches Verfahren in Anspruch, das nach der Operation bei Verdacht einer unvollkommenen Exstir-



pation unbedingt anzuwenden ist. Der Vortragende illustrierte seine Darlegungen mit Projektionsbildern, mit welchen er die Heilungsanomalien der mit verschiedenen Intensitäten bestrahlten und später operierten Fälle demonstrierte.

**Aussprache: Ladislaus Rohrer:** Während bei allen anderen Karzinomformen die überwiegende Mehrheit der Autoren in den operablen Fällen die Operation in erster Reihe als indiziert betrachtet, sind die Ansichten hinsichtlich der Hautkrebsse geteilt und viele wenden selbst in den operablen Fällen die Strahlungs-therapie an, wenn andere Umstände diese nicht kontra indizieren. In den vom Vortragenden angeführten Fällen liegen mehrere solche gegen die Strahlenbehandlung sprechende Momente vor. Das Auge, besonders aber die Cornea, kann gegen die bei Hautkrebsen verwendeten hohen Strahlendosen nicht gut geschützt werden, die Schutzprothesen können wegen der von ihnen ausgehenden sekundären Strahlung besonders an den Rändern schädlich werden. Die schwer berechenbare Wirkung der sekundären Strahlung kommt auch bei den lufthältigen Höhlen, z. B. bei der Bestrahlung des inneren Augennrandes zur Geltung. Die Strahlenbehandlung ist oft erfolglos bei Karzinomen der Knorpel, im vorliegenden Fall beim Krebs in der Nachbarschaft des Lidknorpels, der sich auch auf diesen erstreckt. Auf Grund alldessen schliesst er sich als Radiologe bereitwillig der Ansicht an, dass die in der Nähe der Augen sitzenden Karzinome womöglich in erster Reihe operativ beseitigt werden sollen, besonders wenn der Operateur ein solcher Meister der Plastik ist, wie Professor Imre.

**Soma Beck** schliesst sich wohl in vollem Maße den Konklusionen des Vortragenden an, doch würde er nicht wünschen, dass durch Betonung der Schattenseiten der Röntgentherapie die Anerkennung der oft hervorragenden Leistungen derselben leide. Die schlechte postoperative Heilungstendenz fällt nicht immer der vorausgegangenen Röntgenbehandlung zu Lasten, sondern es muss berücksichtigt werden, dass oft bereits im verhältnismässig jugendlichen, noch mehr aber im vorgeschrittenen Alter die Bindegewebs-elemente der Haut so schwere senile Veränderungen erleiden, die eben am Gesicht am meisten ausgesprochen sind, so dass einzelne Hautpartien total unfähig sind zu reagieren. Wahre lokale Rezidiven sind nach gelungener Bestrahlung nicht häufiger, als nach Operationen, wenn die Bestrahlung auf die entsprechenden radiosensiblen Fälle — oberflächliche, nicht infiltrierende Basalzellenkrebsse — beschränkt wird. Diese bilden übrigens die überwiegende Mehrheit der Gesichtskrebsse (mit Ausnahme der Lippenkrebsse).

Anscheinende Rezidiven sind sehr häufig Folgen der Multiplizität. Bei kombinierten Behandlungen, wo nach einem chirurgischen Eingriff bestrahlt wird, sehen wir die Heilung und glatte Narbenbildung ungestört verlaufen, manchmal zieht sie sich höchstens in die Länge. Der gute Erfolg hängt immer von der Auswahl der entsprechenden Fälle und von der Technik ab.

**Géza Mansfeld** lenkt die Aufmerksamkeit auf eine vor mehr als 20 Jahren gemachte und in Vergessenheit geratene Entdeckung, die als Vorläufer der Strahlenbehandlung betrachtet werden kann. **Tappeiner** und **Jodlbauer** beobachteten, dass, wenn sie krebsige Hautgeschwülste, Epitheliome, Ulcus rodens, mit fluoreszierenden Lösungen dem Licht der Sonne, oder von Bogenlampen aussetzten, eine hochgradige Besserung, ja sogar Heilung erzielt wurde. Diese Erfolge

machten seinerzeit tiefen Eindruck, fanden aber kaum Widerhall, weil kurz darauf die therapeutische Wirkung der Röntgen-, sodann der Radiumstrahlen bekannt wurde. Andererseits legte der Entdecker selbst das Hauptgewicht nicht auf die klinische Bedeutung, sondern auf die Wirkungsweise der fluoreszierenden Substanzen, von welchen er feststellte, dass in ihrer Gegenwart das Sauerstoff aktiviert wird. Das derart entstehende Ozon zerstört die Tumorstellen mit geringer Widerstandsfähigkeit, während es das widerstandsfähigere, gesunde Gewebe nicht angreift. Im Endergebnis ist die Wirkung die gleiche, wie jene der Röntgen- und Radiumstrahlen. Wenn wir nun hören, dass die Röntgen- und Radiumbehandlung bei Tumoren in der Nähe des Auges, in diesem schwere Veränderungen verursachen können, ist es vielleicht angezeigt, die Aufmerksamkeit auf diese alte Methode zu lenken, die heutzutage, wo uns die Quarzlampe zur Verfügung steht, noch wirkungsvoller gestaltet werden kann, wenn wir die Sonnenstrahlen, oder die Bogenlampe durch diese ersetzen.

**Josef Imre** (Schlusswort): Zu den Darlegungen des Prof. Beck bemerkt er, dass sich die von ihm erwähnten bestrahlten Fälle, welche die gleiche Heilungsprozentualität aufweisen, wie das operative Verfahren, auf die sogenannten röntgenempfindlichen Geschwülste beziehen, d. h. die auf Bestrahlung nicht reagierenden Fällen wurden nicht berücksichtigt. Die Heilungsziffer der operierten Geschwülste ist bei diesen, übrigens gutartigen Krebsfällen unbedingt viel grösser, als jene der mit Röntgen oder Radium behandelten Fälle.

## NACHRICHTEN.

**Grosses Handwörterbuch der deutschen und ungarischen Sprache** von **Adalbert Kelemen**. Realschuldirektor i. R., Budapest, Athenaeum, 1929. Dritte stark vermehrte Auflage. Die vorliegende, 121 Bogen in zwei Riesebänden umfassende Neuauflage des bewährten und beliebten Kelemen'schen Wörterbuches ist ein Meisterwerk sprachwissenschaftlicher Fertigkeit. Die 1924 dreispaltigen Seiten enthalten mehr als eine Million deutsche und ungarische Worte, Redensarten und Ausdrücke, ausserdem eine nahezu komplette Phraseologie. Unter der Leitung des Redakteurs nahm eine Schar der hervorragendsten Linguisten an der Arbeit der Modernisierung und Ergänzung des Werkes teil; der Redakteur des „Magyar Nyelvőr“ Dr. *Josef Balassa*, ferner die Professoren Dr. *Rudolf Barth* und Dr. *Péter Goschi*. Wir prüften den Inhalt des Handwörterbuches in erster Reihe daraufhin, wie weit dasselbe die Fachausdrücke der wissenschaftlichen Terminologie enthält und konnten feststellen, dass die Fachausdrücke und Nomenklatur der Medizin, der Zoologie, Botanik, Mineralogie und Technik in überraschender Fülle angeführt sind. Angesichts der innigen Wechselbeziehungen, die zwischen der ungarischen und der benachbarten mächtigen deutschen Wissenschaft bestehen, ist das Handwörterbuch nicht nur für jeden ungarischen Wissenschaftler unentbehrlich, sondern auch für den deutschen Forscher, der ungarische Arbeiten studieren will. Das Handwörterbuch ist ein wertvolles neues Glied jenes innigen Bandes, das Ungarn mit der westlichen Kultur und die deutsche Wissenschaft mit Ungarn verknüpft.





berühmten Chirurgen, sowie die Reproduktion seines schönen Liedes „Todes-Sehnsucht“. In wenigen markanten Sätzen schildert Emil v. Grösz das Leben und Wirken Theodor Billroths, der ein grosser Gelehrter, genialer Chirurg und Pädagoge, sowie ein Wohltäter der Menschheit war. Der 80jährige Schüler Billroths, Professor Julius *Doilinger*, beschreibt den überwältigenden Eindruck, den er als Schüler von Billroth empfing. Der berühmte amerikanische Chirurg Harvey *Cushing* widmet in einem an Professor Grösz gerichteten Schreiben Worte höchster Anerkennung und Verehrung für Billroths Wirken. Professor Freiherr v. *Eiselsberg* (Wien) schildert die von Billroth ausgearbeitete Operation der Magenresektion.

**Ärztliche Fortbildungskurse.** Das Zentralkomitee für ärztliche Fortbildung veranstaltet im laufenden Frühjahr in Budapest, Szeged, Pécs und Debrecen 9 Fortbildungskurse, u. zw.:

Vom 3—8. Juni an den Kliniken der Budapester Universität, Kurse für Chirurgie, Augenheilkunde, Geburtshilfe und Gynäkologie. Die Vorträge werden von den Professoren der Budapester Universität, sowie von den Wiener Universitätsprofessoren Freiherr Anton v. *Eiselsberg* und Karl *Lindner* gehalten.

Vom 10—15. Juni über Geschlechtskrankheiten. Vortragende die Professoren und Dozenten der Budapester Universität und die Spitalsprimärärzte. Kursleiter Universitätsprofessor Dr. *Ludwig Nékám*.

Vom 17—22. Juni: Säuglingsbehandlung. Vortragende die Universitätsprofessoren *Johann* und *Zoltán Bókay*.

Vom 24—29. Juni: Mutter- und Säuglingschutz. Veranstaltet vom Landes-Stefaniebund.

Ausser diesen gibt es an den Budapester Universitätskliniken vier Wochen, in der Musteranstalt des Landes-Stefaniebundes zwei Wochen dauernde praktische Kurse für Ärzte in beschränkter Anzahl.

Vom 3—8. Juni an der medizinischen Fakultät der Szegeder Universität Kurse aus allen Fächern der medizinischen Wissenschaft. Vortragende sind die Professoren und Dozenten der Szegeder Universität.

Vom 17—22. Juni an der medizinischen Fakultät der Pécs-er Universität Tuberkulosekurs, veranstaltet von den Universitätsprofessoren in Pécs.

Vom 16. Mai bis 26. Juni an der medizinischen Fakultät der Universität in Debrecen: Sechs Wochen hindurch jeden Donnerstag und Freitag Kurse aus sämtlichen Fächern der medizinischen Wissenschaften. Veranstaltet von Professoren und Dozenten der Debrecener Universität.

Die Kursteilnehmer erhalten in beschränkter Anzahl Stipendien. Für die Stellvertretung der Vertragsärzte der Landes-Sozialversicherung wird von Ärztesenat der Anstalt gesorgt. Interessenten wird das detaillierte Programm von der Kanzlei des Zentralkomitees der ärztlichen Fortbildung: VIII., Mária-utca 39, I. Universitätsaugenklinik, auf schriftliches Ansuchen bereitwilligst zugesendet.

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.