

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 Annonenexpeditionen 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.



**MAGYAR
SIEMENS-REINIGER-VEIFA R.-T.**
röntgen- és orvostechnikai gépgyár

UNGARISCHE SIEMENS-REINIGER-VEIFA A.-G.

Fabrik Röntgen und ärztlich-technischer Apparate

Budapest, VI., Nagymező-utca 4
Telefon: 268-16, 237-04

Särgönycím :
Telegrammadresse : } SIREVA

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 Rekonvalescente, Erholungsbedürftige, Nervöse (Neurasthenie, Morb. Basedowii), Schwächliche (Abhärtung), Stoffwechsel-Anomalien, usw., Magendarmkranke, Anämien. ▲ Modern eingerichtetes Haus in sonniger Südlage, windgeschützt, staub- und nebelfrei, inmitten eigener grossen Waldungen und ausgedehnter Promenaden, Terrainkurwege. ▲ Sämtliche moderne Kurbehelfe, Höhenkuren, Winterkuren, Diätkuren, Wintersport. ▲ Pauschalpreis 5 Mahlzeiten $18\frac{1}{2}$ Pengő aufwärts, österreichische Bahnermässigung 25%.

Ganzjähriger ununterbrochener Betrieb. ↗ Näheres durch die Prospekte.

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 Herzkranke. Modernste diätetische Kur, sämtliche physikalische Heilmethoden.



Chefarzt: Professor Dr. von DALMADY

Obermedizinalrat: Dr. CZYZEWSKY

Sanatoriumchefarzt: Dr. BASCH

Sanatorium Dr. Pajor

Budapest, VIII., Vas-utca 17.

Für medizin.-chirurg. Nerven- und Herzkranke. ◊
Storm Van Leuven Allergie-reiche Abteilungen für
Asthma, Hemmleber etc. Allergische Krankheiten. ◊
Gebärbabteilung. ◊ Stützungsabteilung für Krebs-
forschung und Heilung. Zander, Orthopädie und
Wasserheilanstalt.

Die neue Pflegeanstalt für Heilbedürftige:

Dr. Mandler Sanatorium

Budapest, VI., Szobi-utca 3.

Für geburtshilfliche, chirurgische und
interne Patienten.

Gemeinsame Zimmer von 8 Pengő auf-
wärts mit Verpflegung.
Separatzimmer von 11 Pengő.

Röntgen- und chemische Laboratorien in beiden Anstalten

Direktor-Chefarzt Dr. Otto Mandler.

Fernsprecher: Sanatorium Aut. 276-50 und 256-63, Heilanstalt Aut. 885-01.

Die beliebte, seit jeher bewährte Kur-
anstalt der Heilbedürftigen ist die

Heilanstalt am Kalvin-Platz

Budapest, IX., Kalvin-tér 10.

Entfettungskuren
Rheuma-, Ischias- und hydrothera-
peutische Behandlungen. Kosmetik.

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

Sanatorium Westend Purkersdorf bei Wien
für innere-, Stoffwechsel-
und nervöse Erkrankungen.

Mässige Preise, Wiener Telephonnetz.
Chefarzt und Direktor Dr. M. Berliner.

Als Manuskript gedruckt.

Nachdruck der Sitzungsberichte nur in der Berichtsform zulässig.

Inhalt: Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte. — Gynäkologische Sektion. — Sektion für Neurologie und Psychiatrie. — Otológische Sektion. — Oto-Rhino- und Laryngologische Sektion. — Gesellschaft der Spitalsärzte. — Nachrichten.

Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte.

Sitzung am 25. Oktober 1930.

G. Daniel: *Spontane Zwerchfellähmung bei Lungenkranken.* Fünf Fälle von spontaner Phrenikuslähmung (totale Lähmung mit paradoxer Zwerchfellähmung) konnten nur mit der bestehenden Lungentuberkulose in Zusammenhang gebracht werden. Die Lähmung verursachte keine Klagen, und übte auf den Lungenprozess keine schädliche Wirkung.

F. Gál: *Radiumbehandlung eines in der Scheide entstandenen Chorioneithelioms.* Er verwendete bei Chorioneitheliom nach Molenschwangerschaft Radium. Das Resultat war Rückgang des Fiebers und rasche Rückbildung der Geschwulst. Bei Herden in der Scheide sei die Radiumbehandlung vorteilhafter als die Operation, weil keine Blutung und keine Gefahr der Infektionsverschleppung, sowie der Metastasenbildung droht.

Z. Szathmáry hat 400 Fälle von Chorioneitheliom zusammengestellt, in welchen die anamnestischen, therapeutischen und Heilungsdaten genau angeführt sind. Während bei Chorioneitheliomen nach Aborten und Geburten, resp. bei deren letalen Ausgang das Alter keine wesentliche Rolle spielt, findet sich demgegenüber bei den nach Molen aufgetretenen Fällen ein wesentlicher Unter-

schied zwischen älteren und jüngeren Frauen. Während bei 30-jährigen Patientinnen nur 32 Prozent Mortalität auftritt, erhöht sich diese Zahl bei den Frauen über 40 Jahren auf das dreifache. Deshalb tauchte die Frage auf, ob bei Molenkranken über 40 Jahren die Radiumapplikation angezeigt sei. Es kann angenommen werden, dass die zurückbleibenden und eventuell noch lebensfähigen fötalen Zellen auf Einwirkung selbst geringer Radiummengen vernichtet werden. Anlässlich seiner Studienreise in Deutschland wurde auf seinen Rat bei zwei Kranken die Radiumbehandlung durchgeführt. Die eine Kranke fieberte, und war infolge der geschwürigen Scheidenmetastase, sowie wegen ihres debilen Zustandes inoperabel. Nach der Radiumbehandlung erholte sie sich rasch und war binnen Kurzem symptomfrei. Im anderen Falle wurde vorher die Röntgenbehandlung versucht, da aber die Scheidenmetastasen sich nicht zurückgebildet hatten, wurde die Radiumbehandlung durchgeführt.

I. Haynal: *Hautreaktion auf Kälteinwirkung.*

G. Bodon: *Die Zunahme der Lungenemboliefälle.* Die grossen Differenzen in den Angaben verschiedener Statistiken beruhen hauptsächlich auf deren fehlerhafter Aufarbeitung. Als Grundlage der Vergleiche dürfen nur die Sektionen von Verstorbenen über 15 Jahren dienen. Die Zahl der auf die Geschlechter resp. Altersklassen entfallenden Fälle sei separat festzustellen. Auch die Sektionsdaten der internen, operativen, geburtshilflichen usw. Fälle, seien separat zu bestimmen, um die Embolieketegorien in den betreffenden Gruppen prozentuell festzustellen. Seine Statistik umfasst die in der Prosektur des St. Stefan-Spitals vorgekommenen tödlichen Lungenemboliefälle der Jahre 1911—1913, resp. 1918—1929. Unter den durchgeföhrten 12.860 Sektionen fanden sich 115 tödliche Embolien. Die tödlichen Emboliefälle erhöhten sich durchschnittlich auf das vierfache der in den Jahren 1911—1913 festgestellten Werte. Embolien kommen bei Frauen häufiger als bei Männern vor, dagegen ist die Zunahme der Fälle bei Männern grösser. Die prozentuelle Ziffer der Operationsembolien ist grösser, als die der internen. Embolien post partum finden sich in verschwindend geringer Anzahl. Die Zahl der postoperativen Embolien hat sich mit Bezug auf die Sektionen vervierfacht, mit Bezug auf die Zahl der Operationen auf das $2\frac{1}{2}$ -fache vermehrt. Die Embolien treten am häufigsten am 1—15. Tag nach der Operation auf, in der Mehrzahl im Anschluss an Bauchwandoperationen. Überernährte Personen figurieren in grösserer Anzahl. Interne Embolien kommen doppelt so häufig vor, und zwar nahezu ausschliesslich bei Erkrankungen der Zirkulationsorgane. Hier bilden mittelmässig ernährte resp. magere Personen die Mehrzahl. Nachdem Darmembolien fast ausschliesslich bei Erkrankungen der Zirkulationsorgane auftreten, findet er einen Zusammenhang der Vermehrung der Emboliefälle mit der Zunahme der Erkrankungen der Zirkulationsorgane. Eine ätiologische Rolle der intravenösen Injektionen, Influenza usw. konnte er nicht nachweisen. Die Ursache der chirurgischen Embolien nach Bauchwandoperationen findet er in der Funktionsschwäche des Zwerchfells, resp. der Bauchmuskeln, und in der hierdurch entstandenen Zirkulationsstörung. Als fördernde Faktoren können Veränderung der Blutzusammensetzung nach der Operation, resp. konstitutionelle Faktoren dienen.

E. Kubányi: Er beobachtete bei neun, an Thrombose leidenden Kranken, dass diese Individuen mit hohem Agglutinationstiter

waren. Er bezog den Agglutinationstiter in jedem Fall auf die roten Blutkörperchen eines zu derselben Blutgruppe gehörenden Individuums. Der Agglutinationstiter ändert sich auf Einwirkung des operativen Eingriffes, der Narkose usw. nur unwesentlich, so dass er annimmt, dass diese Eigenschaft des Blutserums einen ziffermäßig ausdrückbaren Charakter der Konstitution bildet. Den Konnex mit den Thromboembolien stellt er sich derart vor, dass diese Eigenschaft der Individuen mit hohem Agglutinationstiter eine Beziehung nicht nur zu den roten Blutkörperchen, sondern nach der Annahme von *Mayer* auch zu den Thrombozyten involviert. *Heiser* beobachtete mit Standard-Tierserum, dass die Thrombozyten auf Einwirkung eines operativen Eingriffes leichter agglutinieren. Redner ist der Ansicht, dass bei jenen Personen, die konstitutionell einen hohen Agglutinationstiter besitzen, auf operativen Eingriff, Verschiebung der Blutserumeiweißfraktionen Veränderungen der Viskosität usw., die Thrombozyten leichter agglutiniert werden.

E. Fináczy hat im Auftrag von Professor *Buday* die Sektionsprotokolle der letzten 25 Jahre vom ersten Januar 1905 bis Ende 1930 durchgesehen, in dieser Zeit wurden 8554 Leichen seziert. Mit Abrechnung der Säuglinge, bleiben 6567 Sektionen. In dieser Zeit starben 97 Personen an Lungenembolie, 83 Frauen und 14 Männer. Während vor 1926 jährlich 4—5 solche Todesfälle vorkamen, gab es 1926 auf einmal 10, — 1927 aber 15 Fälle. In der Zeit 1915—1920 gab es 1·02%, von 1920—1925 1·10% Embolietodesfälle, diese Ziffer erhöhte sich in den letzten 5 Jahren auf 3·62%, 61 Fälle waren postoperativ, 14 post Partum und 22 interne Fälle. Das Verhältnis, der postoperativen Fällen zeigt auch beim Vergleich mit sämtlichen operativen Fällen eine Zunahme in den letzten 5 Jahren von 3·35, resp. von 2·25% auf 7·75%. In 64% der Fälle spielte auf Infektion eine Rolle. Von den 61 Operationen waren bei 45 Bauchschnitte. In 54% der Fälle trat die Lungenembolie bei fetten Personen auf, was das Lebensalter betrifft, waren die Fälle im 50—60. Lebensjahr am häufigsten. Von den 14 geburtshilflichen war in 10 Fällen Infektion nachweisbar. In 8 Fällen lagen Aufzeichnungen über operative Eingriffe vor, im übrigen gab es bei geburtshilflichen Fällen keine nennenswerte Steigerung. Die Zahl der nicht operierten Fälle erhöhte sich im Vergleich zu den nicht operierten Sektionen in den einzelnen Quinquennien von 0·35, 0·57, 0·17, 0·49 in den letzten 5 Jahren auf 0·85%. Diese Zunahme erscheint mit Rücksicht darauf, dass sie bei einem geringen Material auftrat, nicht unbedingt beweiskräftig. Man könnte auch die von *Prochnov* gestützte Erwägung annehmen, dass die Vermehrung der Embolien mit der Zunahme der intraabdominalen Operationen in Verbindung steht, dass diese Vermehrung nur eine relative, scheinbare Zunahme ist, und eben deshalb eine absolute Vermehrung nicht vorliegt. Zur Klärung der Frage sind weitere Untersuchungen notwendig.

Z. Szathmáry hatte Gelegenheit das Thrombosen- und Embolienmaterial der Berliner Universitäts-Frauenklinik zusammenzustellen. Diese Ziffern lassen die Embo'ien viel häufiger erscheinen, als unter unseren heimischen Verhältnissen. Die Vorkriegsmortalität an Embolien von 0·50% übertraf schon damals alle anderen Statistiken. Diese Zahl erhöhte sich 1923 über 1% und erreichte 1927 2·80%. Nachdem ein grosser Teil der letalen Fälle auf 40jährige und ältere Patientinnen entfällt, wurde Ende 1927 bei

älteren und schwächeren Kranken die systematische prophylaktische Herzbehandlung vor der Operation, die Zirkulation fördernden Turnübungen eingeführt, diese werden auch nach der Operation mehrere Tage lang fortgesetzt. Nach Einfügung der Behandlung zeigte sich gleich nach den ersten Monaten eine wesentliche Besserung und im Verlauf von zwei Jahren sank die Emboliemortalität von 2·80% auf 0·60%.

S. Tóth: Diese überaus wichtige Frage wurde von Chirurgen und Gynäkologen wiederholt erörtert. Heute haben die Referenten durch pathologisch-anatomische Daten zur Klärung der Frage beigetragen. Es sei wünschenswert, die Leitung der ungarischen Ärztewoche zu ersuchen, diese Frage dem Plenum vorzulegen, wo sie von allen Seiten beleuchtet werden kann, so dass wir mit grösserem Erfolg zur Klärung dieser besonders die Chirurgie heimsuchenden Plage beitragen können.

Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte. Gynäkologische Sektion.

Sitzung am 12. Februar 1930

A. Jenö: *Die Zondek'sche Schwangerschaftsreaktion in zwei Fällen von Tubargravidität.* Aus den zwei Fällen ist ersichtlich, dass die Zondek-Reaktion die klinische Diagnose in dem einen Fall förderte, in dem anderen aber, wo die Reaktion fehlerhaft durchgeführt wurde, hinderte. Wichtig ist, dass die Reaktion immer von einem fachkundigen Histo-logen durchgeführt und jederzeit in Verbindung mit dem klinischen Bild verwertet werde, besonders bei tubaren Schwangerschaften.

E. Kelemen hat die Zondek-Aschheim-Reaktion in nahezu 300 Fällen durchgeführt, die erzielten Resultate waren vollkommen einwandfrei. Soferne die Beurteilung des Ergebnisses an den geimpften Tieren auch nur den geringsten Zweifel zulässt, soll das Resultat jederzeit durch die histologische Untersuchung festgestellt werden. Die bei der Reaktion auftauchenden Irrtümer entstammen hauptsächlich aus Resultaten, die in derartig zweifelhaften Fällen ohne mikroskopische Kontrolle abgeleitet wurden. Bei extrauteriner Gravidität ist die Reaktion immer positiv, so lange eine lebende Frucht vorhanden ist. Sie wird vom 3—5 Tag nach dem Absterben des Eies negativ.

H. Singer: Die Zondek-Reaktion hat einen entscheidenden praktischen Wert z. B. im Falle von Corpus luteum persistens, wenn die Genitalien einen ausgesprochen graviden Charakter aufweisen, oder auch bei Amenorrhöen mit erweichten Myomen. In Fällen von extrauteriner Gravidität ist die Lage eine andere. Hier stimmt die Reaktion nur dann genau, wenn die Frucht noch lebt, oder kurz vor Anstellung der Reaktion noch am Leben war. Diese Bedingung ist bei verschleppten tubaren Aborten nahezu niemals erfüllt, daher die schwankenden Ergebnisse.

F. Fleischer: *Geburt bei vereiterter Bartholini-Zyste.* Die hühnereigrosse vereiterte Bartholini-Zyste wurde pun-

giert, an Stelle des vereiterten Inhaltes Rivanol-Lösung eingespritzt und für die Dauer der noch am gleichen Tag einsetzenden Geburt mit einer Mastisolgazeschicht abgeschlossen. Spontane Geburt, fieberfreies Wochenbett.

B. Kende: *Manuelle Abtastung des Uterus bei Blutung, infolge Blutretention nach dem Partus.* Er referiert über zwei Fälle, wo nach normal abgelaufener Geburt die Plazenta spontan ausgestossen wurde, sie war unversehrt, 20 Minuten später einsetzende periodische, während der Uteruskontraktionen sich wiederholende Blutungen mit geronnenen und frischen flüssigen Blut. Manuelle Betastung: hühnereigroße reine Koagula nach deren Beseitigung die Blutung steht. Seiner Ansicht nach, ist die Rolle der nach dem Abgang der Plazenta im Uterus sich ansammelnden Gerinsel auch in der Ätiologie der Nachgeburtblutungen wichtig. Diese Koagula werden in einem grossen Teil der Fälle entleert, ist jedoch das nicht der Fall und kommt die Blutung nicht zum Stillstand, so sind diese mit dem Finger zu entfernen. Die Finger müssen jedoch in solchen Fällen auch deshalb eingeführt werden, um die Diagnose zu sichern, ferner muss auch an einen Irrtum bei der Beurteilung der Unversehrtheit der Plazenta gedacht werden. Die retenierten Koagula können durch Zerfall auch Temperatursteigerungen verursachen so, dass in solchen Fällen die manuelle Untersuchung auch ein Prophylaktikum des Wochenbettfiebers ist.

J. Konrad findet, dass die Zahl der manuellen Untersuchungen der Uterushöhle wegen Plazentaretention, sowie wegen Retention von Blutkoagula zugenommen hat. Zur Stillung von Blutungen, welche durch Blutkoagula verursacht wurden, hat er die manuelle Untersuchung in 4 Fällen durchgeführt. Er bemerkt, dass er in der geburtshilflichen Abteilung seit mehr als einem Jahr als Handdezinfizient das Mianin verwendet, und er hat bisher keinerlei Nachteile der Mianin-Handdessimfektion dem Sublimat gegenüber beobachtet.

O. Mansfeld: Die Einführung von Fingern in die Gebärmutterhöhle nach der Geburt ist vom Gesichtspunkt der Infektion die allergefährlichste Operation. Selbst die neuesten Lehrbücher der Geburtshilfe empfehlen diesen Eingriff nur dann, wenn eine nussliaselnussgroße Plazentapartie fehlt. Es sei noch zulässig, bei Verdacht auf Fehlen einer Plazentapartie die Finger einzuführen, doch würde er diesen Eingriff wegen Blutkoagula in keinem Fall durchführen.

S. Tóth: Die Therapie der Nachgeburtperiode besitzt eine solche Wichtigkeit, dass diese im Rahmen einer solchen Demonstration entsprechend kaum behandelt werden kann. In seiner Klinik wird das Prinzip des Zuwartens in der rigorosesten Weise durchgeführt. Eine Credé-Expression muss vom behandelnden Arzt ebenso genau motiviert werden, wie eine Zangenoperation. Die Plazenta muss nach ihrer Geburt in der genauesten Weise untersucht werden und wenn der geringste Verdacht auf teilweise Verhaltung vorliegt, muss die Hand auch dann eingeführt werden,

wenn keine Blutung auftritt. Es ist wichtig, dass in der Gebärmutterhöhle kein Blutgerinsel zurückbleibe, weil dasselbe ein trefflicher Nährboden für eindringende Keime und ein Hindernis für die Rückbildung des Uterus ist. Eben deshalb empfiehlt er, dass der Arzt bevor er die Gebärende verlässt, den Fundus abtastet, ist der Uterus schlaff, so reibe er ihn sanft bis sich dieser kontrahiert und er drücke die Gerinsel aus dem hartgewordenen Uterus heraus.

B. Kende ist gleichfalls ein Gegner der manuellen Abtastung ohne gründliche Überlegung. Mit Rücksicht jedoch darauf, dass den Ärzten ohnehin die Furcht vor dem manuellen Eingriff eingraviert ist, hält er die Steigerung dieser Furcht nicht für zweckmäßig, weil sie eventuell zu allzulangen Erwägungen vor der notwendigen manuellen Abtastung führen würde, wodurch viel wertvolle Zeit und Blut verloren ginge.

(Fortsetzung folgt.)

Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte. Sektion für Neurologie und Psychiatrie.

Sitzung am 28. Februar 1930.

G. Petényi: *Drei Fälle von Schüller'scher Krankheit.* Auf den Röntgenbildern der Schädel- und Beckenknochen zahlreiche Aufhellungen. In zwei Fällen Exophthalmus, in einem Fall Polyurie. Zwei Fälle sind im Wachstum stark zurückgeblieben. In einem Fall findet sich auch im Schenkelknochen eine Aufhellung.

G. Petényi: *Enkephalogramme von Säuglingen.* Demonstration von zwei Gehirnen. Auf Grund der Enkephalogramme hätte man auf Höhlenbildung folgern können. Bei der Sektion war das eine Gehirn vollkommen normal, am anderen fand sich an der fraglichen Stelle nur eine Einsenkung geringen Grades, diese hat dem Umfang der Luftansammlung, die am Photogramm sichtbar ist, nicht entsprochen.

I. Zsakó und **G. Fürstner:** *Mikropsische Halluzinationen.* Die einschlägige Literatur ist sehr gering. Die Mikropsie ist eine seltene Erscheinung bei Geisteskranken und kommt zu meist bei alkoholischen Psychosen vor. Im demonstrierten Fall ist von stabilen, auf den Handtellern gesehenen, 1 cm langen Puppen die Rede. Diese zeigen sich gewöhnlich zu Dritt, sie lächeln und manchmal weinen sie. Der Kranke nährt sie und schliesst die Hände nicht, weil er fürchtet, sie zu zerdrücken. Mit dem Vergrösserungsglas gesehen, werden die Bilder grösser. Der Kranke hat zehn Jahre hindurch systematisch grössere Mengen alkoholischer Getränke genossen. Er leidet an alkoholischer Psychose.

M. Sandelhausen verweist auf den engen Konnex, der zwischen Dauer und Erinnerungsbildern der Halluzination angenommen werden kann. Dementsprechend wird der Inhalt der Halluzination durch

die einmal bereits vorhanden gewesenen Erinnerungsbilder als infolge einwirkender Reize neuerlich auftretende Reizerscheinung bestimmt.

P. Ranschburg: Die Tatsache, dass der Kranke die Liliputfiguren nur auf seiner Hand sieht, dass diese Figuren mit der Hand, aber nicht mit den Augen sich bewegen, ferner dass sie bei geschlossenen Augen und in Dunkelheit nicht erscheinen, beweist, dass die Visionen keine entoptischen und überhaupt nicht zentral-optischen Ursprungs sind. Wäre ihr Ursprung im zentralen Sehen, so müsste die Vision bei der Bedeckung der Hand sich auf den Hintergrund verlegen, auf welches das Auge gerichtet ist. Wären sie entoptischen Ursprungs, so müsste die Vision mit den Augenbewegungen zusammen sich bewegen. In diesem Fall kann angenommen werden, dass der zentrale Prozess eine aus den parietalen sensorischen Handzentren ausgehende, auf pathologischen Reizen basierende Illusion resp. Halluzination ist, welcher sich die optische Sensation nur assoziativ anschliesst. Die Mikropsie kann bei organischer Gehirnläsion (Hemianopsie, Epilepsie, Paralysis progressiva) auftreten und bei chemischen zentralen Vergiftungen (Alkoholismus, Kokain, Anhalonium) entstehen.

Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte.

Otologische Sektion.

Sitzung am 1. März 1930.

M. Bernovits demonstriert die von *Rejtő* modifizierte Atticus-spritze, deren Vorteile sind, dass bei Befestigung des Reservoirs auf den Mantel bei der Behandlung beide Hände frei werden, mit dem elastisch montierten Atticusrohr kein Schmerz verursacht wird, der im Doppelballon hergestellte Luftdruck lässt die Flüssigkeit unter gleichmässigem Druck zur gewünschten Stelle bringen und trocknet sodann mit der Restluft auch das Ohr aus.

J. Kelemen: *Das Gehörorgan des Meerschweinchens mit spontaner Gleichgewichtsstörung.* Das Tier zeigte eine derartige Zwangshaltung, wie sie nach rechtsseitiger Labyrinthexstirpation aufzutreten pflegt. Der Sektionsbefund war sonst normal, nur im innern Ohr zeigte sich, und zwar beiderseitig eine Veränderung, die als Otitis interna acuta sero-fibrinosa bezeichnet werden kann. Zur Erklärung der in diesem Falle beobachteten Zwangshaltung ist anzunehmen, dass in der Schädigung, welche durch den Entzündungsprozess der beiden Labyrinthe herbeigeführt wurde, eine Differenz in der Intensität vorhanden war, so spielte sodann das eine Labyrinth die Rolle des im Experiment ausgeschalteten Organs, das andere aber die Rolle des erhalten gebliebenen Labyrinths. Eine Folge der Körperhaltung war sodann die Drehung des Kopfes resp. die Wirkung der Kopfdrehung auf die Rumpfmuskulatur.

A. Rejtő: *Eine Modifikation des chemischen Nachweises von Cholesteatom im Ohr.* Der Vortragende hat in der vormonatlichen Sitzung der Sektion im Rahmen einer kurzen Darlegung die Versuche zum chemischen Nachweis des Cholesteatoms im Ohr erörtert. Er hat damals die Fachkollegen zur Mitarbeit aufgefordert und er hält es deshalb als seine Pflicht, seine seither geänderte

Methodik heute zu demonstrieren. Er hat auch bisher die Essigsäureanhydrit und Schwefelsäurereaktion verwendet, während er jedoch früher nur mit einigen Tropfen der Reagenzien arbeitete, fügt er nun nach der modifizierten *Bloor-Methode* 2 cm³ konzentriertes Salzsäureanhydrit und 0·1 cm³ konzentrierte Schwefelsäure zur filtrierten und auf 5 cm³ ergänzten Tetrachlorid-Kohlenstofflösung. (Der erste Teil des Verfahrens die Destillierung der wässerigen Lösung ist gar nicht notwendig, weil das Mittelohr mit Tetrachloridkohlenstoff mazeriert wird.) Die mit den Reagenzien verletzte Lösung wird ins Dunkel gestellt, und nach 15—20 Minuten zeigt bereits die grüne Färbung der Flüssigkeit die Anwesenheit von Cholesterin an. Die Intensität der grünen Färbung lässt auch auf die Menge des Cholesterins schliessen, diese kann mit Hilfe des Kolorimeters genau festgestellt werden. Seine bisherigen Untersuchungen zeigen, dass aus Eiter viel weniger Cholesterin herausgelöst werden kann, als aus dem Cholesteatom.

M. Büchler: Die Empfindlichkeit der Reaktion wäre noch durch Titrierung zu bestimmen, weil sie auch, wenn kein Cholesterin vorhanden ist — wenn auch erst nach längerer Zeit und mit geringerer Intensität — positive Resultate gibt.

L. Fleischmann will über die Ergebnisse der *Röntgenuntersuchung des Gehörorgans*, und zwar vorerst über die Röntgenbilder der akuten Mastoiditis auf Grund von 34 eigenen Fällen referieren. Von diesen gelangten 23 zur Operation, so dass sich im grösseren Teil der Fälle Gelegenheit bot, die Richtigkeit des Röntgenbefundes zu kontrollieren. Die demonstrierten Fälle zeigen die Röntgenbilder verschiedener Phasen der akuten Mastoiditis. Obwohl die Zahl der Fälle keine grosse ist, sichern sie dennoch eine gewisse Praxis nicht nur für die Aufnahmetechnik, sondern auch für die Deutung und Verwertung der Befunde. Die auf dem Röntgenbild sichtbaren pathologischen Veränderungen liefern nach unseren bisherigen Erfahrungen besonders in folgenden Fällen wertvolle Beiträge zur Feststellung der Diagnose und der Operationsindikation: 1. Bei latenten Mastoiditiden (Mastoiditiden bei alten Personen, muköse Otitiden, überreife Mastoiditiden), wo der Mangel oder die Milde der Symptome die Diagnose erschweren. 2. Bei gleichzeitig mit der Mastoiditis bestehenden und gleichfalls mit Fieber einhergehenden Erkrankungen, wo die Entscheidung darüber Schwierigkeiten bereiten kann, mit welcher Krankheit das Fieber, sowie eventuell andere vorhandene Symptome in Zusammenhang zu bringen sind. 3. Bei stagnierendem Krankheitsbild, wo die Feststellung des Umstandes schwierig oder unmöglich wird, ob der Knochenprozess eine Besserungs- oder Verschlimmerungstendenz zeigt. In solchen Fällen erleichtern Röntgenserienaufnahmen die Entscheidung dieser Frage. 4. Bei operierten, aber trotz der Operation nicht heilenden, oder schlimmer werdenden Mastoiditiden, wo das Röntgenbild Aufklärung über nicht eröffnete Herde, oder über das Fortschreiten des Prozesses bieten kann.

Trotzdem werden noch immer Fälle bleiben, die auch mit Hilfe der Röntgenuntersuchung nicht geklärt werden können, zweifellos deshalb, weil die Röntgendiagnostik einer weiteren Vervollkommenung bedarf, was nur durch systematische Durchführung der Röntgenuntersuchung des Gehörorgans zu erzielen ist. Solange jedoch die Röntgendiagnostik diese Vollkommenheit nicht erreicht, muss bei einer mangelnden Übereinstimmung des klinischen Bildes

und des Röntgenbefundes das klinische Bild für unser weiteres Vorgehen massgebend sein.

V. Révész (als Gast): Das Röntgenbild hat die Diagnose der akuten Mastoiditis bisher in allen Fällen festgestellt. Es hat auch für die Operationsindikation wichtige Anhaltspunkte geliefert, weil es die Einschmelzung, den Abszess mit grosser Sicherheit nachgewiesen hat. Die Röntgenuntersuchung liefert auch für die Durchführung der Operation sehr wichtige Anhaltspunkte, weil sie über die anatomischen Verhältnisse in verlässlicher Weise orientiert. Sie stellt fest: den Charakter und den Umfang des pneumatischen Systems, die eventuell zerstreut und verborgen liegenden Zellen, die Lage und Abnormitäten des Sinus sigmoideus, die Verhältnisse des Antrum mastoideum, auf guten Aufnahmen auch die Lage der Dura usw. In Fällen von akuter Otitis genügen gewöhnlich zwei Aufnahmen (je eine *Schüller*-Aufnahme von der gesunden und kranken Seite und eine *Mayer*-Aufnahme von der kranken Seite) im Bedarfsfalle sind auch andere Aufnahmemethoden (*Stenvers* usw.) in Anspruch zu nehmen. Die Hauptsymptome der akuten Mastoiditis sind die Verschattung der Luft im Zellsystem, Dekalzination und schliesslich Destruktion und Einschmelzung. All diese zeigen verschiedene Erscheinungsformen, Variationen, Übergänge und Kombinationen. Er demonstriert mehrere Fälle, und zwar Mastoiditiden ohne Einschmelzung, sowie deren verschiedene Formen. Er erörtert die möglichen diagnostischen Schwierigkeiten, welche den Untersuchenden irreführen können und illustriert seine Darlegungen mit Aufnahmen einschlägiger Fälle. Er demonstriert sodann eine grosse Serie von Abszesskomplikationen und erörtert auch die bei solchen möglichen diagnostischen Schwierigkeiten, wobei er entsprechende Beispiele zeigte. Aus den 23 operierten Fällen kann die Lehre abgeleitet werden, dass die Röntgenuntersuchung die Mastoiditis in sämtlichen Fällen nachgewiesen hat, die Einschmelzung konnte in zwei Fällen nicht nachgewiesen werden, beide Fälle betrafen jedoch kleine Kinder, bei denen der Nachweis von Knochenabszessen manchmal Schwierigkeiten verursacht. In zwei anderen Fällen wurden bei der Operation keine Abszesse, sondern nur starke Dekalzination und Erweichung gefunden. Überaus wichtig sind technisch vollkommene Aufnahmen, da ein verlässlicher Befund nur von solchen abzulesen sei. Sehr wichtig sei auch die persönliche Erfahrung.

L. Haas (als Guest): Die Röntgenuntersuchung ist für den Warzenfortsatz in gewisser Hinsicht eine empfindlichere Untersuchungsmethode, als für die Prüfung der Nasennebenhöhlen. Eventuell können durchgearbeitete frontale und modifizierte *Stenvers*-Aufnahmen gute Dienste leisten. Er demonstriert Fälle, wo die Röntgenuntersuchung bei akuter Otitis imstande war, bei strittiger Indikation für oder gegen die Operation zu entscheiden.

M. Paunz, hält die Röntgenuntersuchung für wichtig, empfiehlt jedoch Vorsicht bei deren Bewertung. Die Röntgenuntersuchung kann in zweifelhaften Fällen gute Dienste leisten, für die Operationsindikation soll jedoch vor allem das klinische Bild massgebend sein.

V. Révész bemerkt zu den Darlegungen von *Paunz*, er, wie seine Kollegen haben nachdrücklich betont, dass die Diagnose nicht auf Grund des Röntgenbildes, sondern mit Berücksichtigung der klinischen Symptome und des Röntgenbefundes festzustellen sei. Die Mastoiditis selbst bildet keine Operationsindikation. In den zwei, in seinen Darlegungen erwähnten Fällen wurde die Operation

nicht auf Grund des Röntgenbefundes vorgenommen, denn der Röntgen sprach im Gegenteil gegen die Operation, weil das Bild in keinem Falle eine Einschmelzung nachgewiesen hat. In einem Falle lieferte das Cholesteatom, in dem anderen der in der Gegend des Kiefergelenkes befindliche Abszess die Operationsindikation. Es wurde nur nebstbei konstatiert, dass im ersten Falle in einer Partie des Proc. mastoideus ein in Heilung begriffener Prozess, in einer anderen Partie desselben normale Schleimhaut vorhanden sind. Im anderen Falle war der Prozess im Proc. mastoideus bereits geheilt, dagegen war ein Abszess beim Mandibulagelenk vorhanden.

Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte. Oto-Rhino- und Laryngologische Sektion.

Sitzung am 18. März 1930.

J. Némai: *Kehlkopfpräparat.* (Die Eigenschaften des Giessbeckenknorpelgelenks.) Das Gelenk zwischen Ring- und Giessbeckenknorpel ist derart gestaltet, dass eine erhebliche Abduktion des Proc. vocalis, oder was damit gleichbedeutend ist, eine erhebliche Erweiterung der Stimmritze nur derart möglich ist, dass der Proc. vocalis nach oben gedreht wird. Damit steigt natürlich auch das Stimmband empor. Umgekehrt aber bei einer starken Verengung der Stimmritze wird der Proc. vocalis des Giessbeckenknorpels nach abwärts gedreht, so dass auch das Stimmband eine tiefere Lage erhält. Werden die Proc. vocales durch einen umschlungenen Faden gehoben, so wird die Stimmritze erweitert. Werden diese aber gesenkt, so schliesst sich die Stimmritze. Obwohl hieraus auf die Funktion intra vitam nicht vorbehaltlos geschlossen werden kann, erscheint es dennoch wahrscheinlich, dass bei Lähmung der die Stimmritze verengenden Muskulatur das gelähmte Stimmband eine höhere Lage einnimmt, als das der gesunden Seite. Der Vortragende hat das an Lebenden wiederholt beobachtet und seine vor längerer Zeit durchgeführten Tierversuche scheinen das gleichfalls zu bestätigen, obwohl nach der allgemeinen Anschauung das gelähmte Stimmband dasjenige ist, welches nicht entsprechend gehoben wird.

T. Liebermann hält die vom Vortragenden demonstrierte Lage nicht für überraschend, nachdem nur die gegen die Medianlinie gelähmten Stimmbänder in einem gesenkten Niveau gefunden werden. Das nach aussen lateral gelähmte Stimmband erscheint immer erhöht. Die Demonstration sei sehr wertvoll hauptsächlich deshalb, weil sie zeigt, dass der Gelenksmechanismus selbst die Erscheinung zustande bringt, nicht aber, wie früher angenommen wurde, das Spiel der koordiniert funktionierenden oder gelähmten Muskeln.

L. Pesti: *Implantation eines macerierten Knochens bei nach Ozaena entstandener Sattelnase.* Er versuchte zur Korrigierung einer nach Ozaena (Wa.-R. negativ) entstandenen hochgradigen Sattelnase die Implantation eines macerierten Rinderknochens, in der Hoffnung, dass das Einheilen des leichten und porösen Knochenstückes in die schlecht ernährten Gewebe eher zu erwarten sei, als das von kompakten Elfenbein. Nach vollkommen reaktionsfreier Heilung war der kosmetische Erfolg, sechs Monate hindurch tadellos, nach sechs Monaten begann der implantierte Knochen ohne,

dass auch nur der geringste Teil desselben ausgestossen worden wäre, stufenweise der Resorption zu verfallen und zur Zeit (zehn Monate nach der Implantation) kann nur ein Drittel des ursprünglichen Knochens in der Form einer schmalen Leiste palpiert werden, was auch durch die demonstrierten Photographien bestätigt wird. Der implantierte macerierte Knochen wird, wenn nicht ausgestossen, so resorbiert, obwohl wahrscheinlich unter der schlechter ernährten Nasenschleimhaut langsamer, als am Nasenrücken.

A. Campian bedauert, dass keine Röntgenaufnahme gemacht wurde, weil dann die Knochenresorption eklatanter hätte demonstriert werden können. Aus dem demonstrierten Fall könne nicht gefolgert werden, dass die Implantation des macerierten spongiösen Knochens bei Ozaena erfolglos bliebe.

Z. Wein macht auf das verschiedenartige Schicksal des Implantates am Nasenrücken und unter der Septumschleimhaut infolge der abweichenden Ernährungsverhältnisse aufmerksam. Die mit der *Ecker-Möbius*-Methode der Ozaenaoperation eingebetteten Implantate sind in seinen Fällen nunmehr seit zwei Jahren erhalten geblieben, und seine Erfolge sind dauernd und gut. Er hat in mehreren Fällen die Hebung der Sattelnase mit Tibienkante, Rippenknorpel versucht, doch erwies sich am zweckmässigsten das auch von ihm in mehreren Fällen verwendete Elfenbeinimplantat, dasselbe ist trefflich formbar, wird nicht ausgestossen, wenn die aseptischen Kautelen berücksichtigt werden und es wird auch nicht resorbiert.

L. Ornstein: In der laryngologischen Universitätsklinik wurden in den letzten fünf Jahren 119 *Eckert-Möbius*-Operationen durchgeführt. Das Ausstossen des implantierten Knochens wurde nur selten beobachtet.

I. Zoltán: Das Schicksal der implantierten kompakten und der spongiösen Knochen zeigt wesentliche Unterschiede, denn der implantierte kompakte Knochen heilt entweder ein, oder wird ausgestossen, der spongiöse Knochen jedoch wird mit der Zeit resorbiert. Eben deshalb hält er die Implantation der letzteren zu plastischen Zwecken ungeeignet. Die mit der *Ecker-Möbius*-Operation erzielten Resultate können nur zum Teil auf die raumverengende Wirkung des Implantates zurückgeführt werden, denn sie sind vorwiegend die Folge der durch die Operation geänderten Zirkulationsverhältnisse.

P. Kepes: Zur Entscheidung der Frage, ob die *Eckert-Möbius*-Operation zur Therapie der Ozaena geeignet sei oder nicht, ist die Demonstration jener Fälle mehr geeignet, in denen die Knochenimplantation zur Beseitigung der Sattelnase nicht am Nasenrücken sondern submukös erfolgte. Er stellt daher den Antrag, dass die rhino-laryngologische Klinik, wo solche Operationen in grosser Zahl durchgeführt werden, einen Demonstrationsabend grösseren Stils veranstalte, bei welchem Anlass die im Laufe der Jahre operierten Ozaenakranken in möglichst grosser Zahl vorgestellt werden sollen, damit man sich über den Wert, oder die Wertlosigkeit dieser Operation überzeugen könne.

M. Fleischmann: In einem vor drei Jahren nach *Eckert-Möbius* operierten Fall wurde der implantierte Knochen ungefähr vier Monate nach der Operation ausgestossen. Die Verengung der Nasengänge blieb infolge der Verdickung der Schleimhäute längere Zeit hindurch bestehen, was sicherlich eine Folge der Einlegung

des Fremdkörpers war. Bei dem unter ständiger Beobachtung stehenden Kranken wurde die Schleimhaut seit zirka anderthalb Jahren abermals atrophisch so, dass die Nasengänge wieder erweitert sind.

L. Pesti: Er liess keine Röntgenaufnahme anfertigen, weil das Resultat auch ohne diese exakt festgestellt werden konnte. Er erkennt, dass die Möglichkeit der Resorption in der Nasenhöhle geringer ist, doch ist sie dort nicht so kontrollierbar, wie am Nasenrücken, unterliegt daher der subjektiven Beurteilung. Er liess vom gegenwärtigen Status eine Röntgenaufnahme machen und wird den Patienten nach drei Monaten wieder demonstrieren.

S. Zsindely: *Pemphigus oris*. Bei der älteren weiblichen Patientin trat zuerst auf der Haut und der Konjunktiva, sodann später auf der Mundschleimhaut Pemphigus auf. Salvansantherapie.

A. Campian hat mehrere Pemphigusfälle beobachtet, unter diesen auch solche, wo nur die Mundschleimhaut erkrankt war. Er sah vom Trypaflavin gute Erfolge.

J. Safranek: Im demonstrierten Fall sei die Diagnose unzweifelhaft, weil auf der Konjunktiva und der Hautdecke die charakteristischen Veränderungen vorhanden sind. Viel schwerer sei die Diagnose jener Fälle, wo die primären Veränderungen auf den Schleimhäuten auftreten, einen solchen Fall hat er vor Jahren demonstriert. Hinsichtlich der Therapie teilt er die Auffassung *Campian's*.

I. Zoltán: *Referat über das histopathologische Material der laryngologischen Klinik im Jahre 1929*. Zur Verarbeitung gelangte ausnahmslos Probeexzisionsmaterial zweifelhafter Fälle: 20 Kehlkopfkrebse, 6 Granulationsgewebe von radikalen Kehlkopfoperationen, 2 bei Kehlkopfkrebs entnommene entzündete Drüsenpackete, 4 Kehlkopftuberkulosen, 1 Hyperkeratose des Kehlkopfes, 2 Kehlkopfpachydermien, 2 chronische Kehlkopfkatarrhe, 2 Kehlkopffibrome, 1 Hämagioma laryngis, 1 Kehlkopfpapillom, 1 Schildknorpelchondrom, 1 mit Iwanoff-Operation entfernter Stimmbandmuskel, 1 nekrotischer Kehlkopfknorpel, 1 Trachea-Cc.-Metastase, 2 Nasenkarzinome, 2 Nasensarkome, 3 Nasentuberkulosen, 1 Nasenlupus, 1 Nasensklerom, 1 Rhinitis hyperplastica, 1 Nasenrücken-Dermoidzyste, 1 hypertrophische Rachenmandel, 3 Epipharynx-Sarkome, 3 tuberöse Tonsillenhypertrrophien, 3 Tonsillenkarzinome, 1 Tonsillentuberkulose, 2 chronische Entzündungen der Rachenmandel, 1 der Zungentonsille, 1 Zungenpapillom, 1 Backenpolyp, 1 Gaumenhornzyste, 2 Ösophaguskarzinome, 1 Ösophaguspoly, 1 kongenitale Halsfistel; insgesamt 77 Gewebe.

J. Kelemen: *Thromboembolische Komplikation nach Septumresektion*. Bei dem 39jährigen Patienten ergab sowohl die Vor-, wie auch die neun Monate nach der Operation durchgeführte Allgemeinuntersuchung keinerlei pathologische Veränderung. 48 Stunden nach der bei ihm durchgeführten submukösen Septumresektion (dieser folgte keine Muscheloperation) trat in den Venen der linken unteren Extremität Thrombose auf, nach weiteren 48 Stunden aber embolischer Infarkt im rechten unteren Lungenlappen. Der Prozess heilte glatt und rasch ab.

I. Stamberger referiert über einen 19jährigen Patienten, bei dem er wegen Subfebrilität eine Tonsillektomie durchführte. In der Nacht nach der Operation trat beim Kranken plötzlich heftiger pleuraler Schmerz und hohe Temperatur (39,3) auf. Am folgenden

Morgen fand die interne Untersuchung einen bronchopneumonischen Herd. Am Abend desselben Tages trat ein Exsudat auf und die Schmerzen liessen wesentlich nach. Auffallend war, dass nach der nach dreimal 24 Stunden durchgeföhrten Punktions das Exsudat sich nicht wieder zeigte, wie das bei Pleuritis zu erwarten gewesen wäre. sondern der Prozess beruhigte sich rasch. Das macht es wahrscheinlich, dass das Krankheitsbild die Folge einer Zirkulationsstörung war.

P. Kepes hat nach Anthrotomie Thrombose beobachtet.

J. Kelemen: Der von *Kepes* erwähnte Fall zeige eine Ähnlichkeit, bei diesem trat jedoch als Komplikation nur Thrombose auf, wogegen in dem demonstrierten Fall der Thrombose auch noch eine Embolie folgte.

Gesellschaft der Spitalsärzte.

Sitzung am 12. März 1930.

A. Jamniczky: 1. Durch Druck vergrösserter tuberkulöser Lymphdrüsen verursachte Cholecystitis purulenta. Das 19jährige Mädchen leidet seit dreiviertel Jahren an Lungenspitzkatarrh und gelangte wegen Krämpfe in der Gallenblasengegend. Gelbsucht, Schüttelfrösste, Fieber und Druckempfindlichkeit der Gallenblasengegend unter dem Verdacht von Gallenstein zur Operation. Bei dieser stellte sich heraus, dass überhaupt kein Stein vorhanden ist und das Krankheitsbild von den vergrösserten portalen Lymphknoten dadurch verursacht wurde, dass diese einen Druck auf den Zystikus, resp. Choledochus ausübten. Nach Beseitigung der Drüsen und Cholezystektomie heilte die Kranke. Die Drüsenschwellung wurde durch Tbc. verursacht.

2. In die Bauchwand perforierter vereiterter Leberechinokokkus. Bei der 63jährigen Patientin tritt mit Krämpfen in der Gallenblasengegend und Gelbsucht im Epigastrium ein Bauchwandabszess auf, nach dessen Inzision eine Fistel zurückbleibt, durch welche ständig viel Galle entleert wird. Bei der Operation stellt sich heraus, dass im linken Leberlappen ein faustgrosser Abszess mit inkrustierten Wänden sitzt. Auf der distalen Abszesswand findet sich infolge der Atrophie Lebergewebe nur in kleinen Inseln. Die Gallenblase ist mit Steinen gefüllt, der Cysticus obturiert. Der Choledochus kommuniziert durch eine kleine Öffnung mit dem Abszess Cholezystektomie, partielle Exzision der Abszesswand, Drainage. Anfangs acholische Stühle, Gallenfluss, nach zwei Monaten totale Heilung. Obwohl die histologische Untersuchung ein negatives Ergebnis hatte, sprechen die klinischen Beobachtungen dennoch mit grosser Wahrscheinlichkeit für Echinokokkus.

A. Torday: Das junge Mädchen wurde mit dem gutartigen apikalen Prozess in seiner Abteilung behandelt. Sie klagte später über Fieber und Schmerzen unter dem rechten Rippenbogen. Diesen schloss sich sodann Gelbsucht an. Zu Beginn dachte er an einen einfachen katarrhalischen Ikterus. Als jedoch die Schmerzen intensiver wurden, Schüttelfrösste aufraten, das Fieber intermittierenden Charakter zeigte und auch die Leukozytenzahl zunahm, hatte man es offenkundig mit einer Gallenblaseneiterung zu tun, weshalb die Kranke in die chirurgische Abteilung überwiesen wurde. Bei dem tuberkulotischen Mädchen hätte die Verhinderung des Gallen-

abflusses auch durch Verwachsungen, durch adhäsive zirrhotische Peritonitiden und Verdickungen des Omentums verursacht werden können. In diesem Fall änderte sich jedoch auch der Grad der Gelbsucht, ebendeshalb dachte er vorwiegend an Gallenstein.

E. Gellért: Die Tbc. verursacht einen geschwürigen Prozess auf der Schleimhaut, dieser kann auch allein Lymphadenitis in den Drüsen am Choledochus herbeiführen und das Aufflackern der Entzündung kann durch Schwellungen den Verschluss des Choledochus herbeiführen. Seither hat er wiederholt die Gallenblase histopathologisch untersuchen lassen und in mehreren Fällen Gallenblasen-Tbc. gefunden. Die histopathologische Diagnose wurde seinerzeit von weil. Prof. Krompecher festgestellt.

D. O. Kuthy fragt im Anschluss an die interessanten Ausführungen von *Gellért*, welche übrigen Symptome der Tuberkulose in den Gallenblasentuberkulosenfällen in der Abteilung des Prof. *Herczel* beobachtet wurden? Er stellt diese Frage, weil die Galle wohl ein guter Nährboden für den Typhusbazillus, jedoch nicht für den Tbc.-Virus sei, denn die *Calmette*-Vakzine besteht ja aus auf Gallennährboden abgeschwächten Tuberkulosebazillen.

E. Elischer hat eine 30jährige Frau wegen einem mit Krämpfen verbundenen, seit zwei Monaten bestehenden Ikterus operiert. Bei der Operation fand sich eine katarrhalische Gallenblase ohne Stein, die Ursache des Ikterus war eine bohnengrosse verkalkte Lymphdrüse in der choledochoduodenalen Ecke, welche den Choledochus zusammendrückte. Bei Eröffnung des Choledochus fand sich in diesem kein Konkrement, die Papilla Vateri war durchgängig. Nach Erweiterung der Papille nähte er den Choledochus in zwei Etagen zusammen. Der Ikterus schwand bald und die Kranke heilte. Er erinnert sodann an die Demonstrationen in der Tagung der Ungarischen Chirurgischen Gesellschaft im Jahre 1923 (*E. Neuber, T. Mutschenthaler, W. Manninger*) und an die anschliessende Debatte. Auch die Literatur zählt einschlägige Fälle auf: *Hübsch, Kudrnac, Fusano, Reimer*. Er empfiehlt unbedingt die Freilegung des Choledochus, weil man sich nur derart von dessen Durchgängigkeit überzeugen kann, ferner sei auch in jedem Fall die Cholezystektomie durchzuführen.

E. Pályi: *Beiträge zur Durchführung der Bluttransfusion im Säuglingsalter.* Die Bluttransfusion kann im Säuglingsalter auf indirektem Wege mit einfacher intravenöser Technik leicht, rasch, ohne besonderen Apparat und Assistenz durchgeführt, daher auch in der Privatpraxis angewendet werden. Die Versuche mit irgend einem der bei den Erwachsenen gut bewährten, bei Säuglingen jedoch schwer durchführbaren komplizierten Verfahren sind daher überflüssig. Derart wurden während des abgelaufenen Jahres in 62 Fällen 78 Bluttransfusionen auf Grund verschiedener Indikationen durchgeführt. Per Körpergewichtskilogramm wurden 15 cm^3 Blut gerechnet, bei Bronchopneumonie und Sepsis an jedem zweiten Tag geringere Blutmengen. In den 62 Fällen wurden in 21 Heilung, in 12 Fällen Besserung erzielt, in 29 Fällen war die Bluttransfusion wirkungslos. Im staatlichen Kinderasyl in der Abteilung des Prof. *Torday* war die Wirkung in mehreren Fällen frappant, in anderen aber konnte kein reines Bild erzielt werden, weil mit der Bluttransfusion gleichzeitig auch die medikamentöse resp. diätetische Therapie angewendet wurde. Die biologischen Gefahren (Agglutination, Hämolyse) wurden durch Feststellung der Blutgruppe mittels

Hämotest vermieden. Mechanische Gefährdungen (Embolie, Thrombose) wurden nicht beobachtet. In einem Fall trat Anaphylaxie auf, geringere sekundäre Störungen fanden sich nahezu in allen Fällen. Bei Überprüfung der Ergebnisse kann festgestellt werden, dass die Bluttransfusion in der Säuglingstherapie zur Zeit nahezu unentbehrlich ist. Mit derselben können zweifellos Patienten gerettet werden, die ohne dieses Verfahren verloren wären. In ultimis durchgeführt ist von dem Verfahren nicht viel zu hoffen, nachdem jedoch Schädigungen niemals beobachtet wurden, sei die Durchführung derselben auch in solchen Fällen zu empfehlen.

E. Kubányi wünscht die Aufmerksamkeit auf ein Blutgruppenbestimmungspräparat zu lenken, welches in Ungarn hergestellt wird und von der Serumsproduktionsanstalt Phylaxia unter dem Namen „Serotyp“ in Verkehr gebracht wird. Nach dem vom Vortragenden geschilderten technischen Verfahren hat auch er bei Säuglingen die Transfusion erfolgreich durchgeführt. In einem fall benützte er bei einem zwei Stunden altem Säugling die Vena umbilicalis.

E. Zámodits kann jene Angabe von *Halbert's*, wonach per Körpergewichtskilogramm transfundiertes 15 cm³ Blut die Zahl der roten Blutkörperchen per Kubikmillimeter um 100,000 vermehrt bei Säuglingen nicht bestätigen. Er beobachtete keinen Unterschied im Resultat, wenn der Blutspender zur gleichen, oder zur O. Gruppe gehörte.

M. Vermes: *Chronische Bleikrankheiten.* Der Vortragende erörtert auf Grund seiner 59 Fälle die neueren Erfahrungen über chronische Bleivergiftung und betonte die Bedeutung der Kardinalsymptome. Er verweist auf die grossen Differenzen, die in Bezug auf die Bewertung des einen oder anderen Kardinalsymptoms in der Auffassung der einzelnen Autoren hervortreten. Er zählt die abweichenden Erfahrungen über die Häufigkeit des Bleisaumes, die Bedeutung und die Methode der Unterscheidung von ähnlichen Symptomen anderer Ätiologie auf. Eingehend beschäftigt er sich mit dem gegenwärtigen Stand der Frage der Basophilie und erörtert die Häufigkeit der Nachweisbarkeit der Bleiintoxikation auch bei anderen Krankheiten. Sodann beschäftigte er sich mit dem Zusammenhang der Bleiintoxikation und der Hämato porphyrrie. Im Anschluss an die Wirkung des Bleies auf die Verdauungsorgane schildert er die Erfahrungen über die Magensäuresekretion und Ulkusfrequenz bei Bleivergiftung, ferner die Häufigkeit der Koliken und die Bedeutung der Differentialdiagnose anderen Unterleibserkrankungen und Nervenkrankheiten gegenüber. Er erörterte die Wirkung der Vergiftung auf das Nervensystem, das endokrine System und auf die Sinnesorgane. Für den Nachweis geringer Bleimengen sei die Anwendung der Mikromethoden wichtig. Auf Grund deutscher Fachpublikationen erörterte er die Bedeutung der Chronaxometrie zur Frühdiagnose der Intoxikation. Schliesslich beschäftigte er sich mit der Häufigkeit der Bleivergiftungen bei den Arbeitern des heimischen Druckereigewerbes.

B. Bernolák: In der internen Abteilung des St. Stefan-Spitals, deren Vorstand Professor *Hasenfeld* ist, standen 11 Bleivergiftungen, und zwar 2 Encephalopathia saturnina und 9 Colica saturnina in Behandlung, ein Fall endigte letal, in einem anderen tauchte der Verdacht von Gehirntumor auf. Bei der Untersuchung von 70 mit Minium beschäftigten Arbeitern fand er bei 49 basophile Punktation, dagegen bei 50 Farbenarbeitern nur 2. Nach Einführung von stren-

gen prophylaktischen Massregeln fiel die Zahl von Arbeitern mit punktierten Erythrozyten von 49 auf 4. Die basophile Punktation kann bei Berücksichtigung der Polychromasie und Anisozytose leicht erkannt werden. Der Blutdruck erhöht sich nicht über die Norm. Die Blutdruckerhöhung während der Koliken kann auf die Schmerzen zurückgeführt werden. Den Miniumfarben kommt für die Bleivergiftung eine erhebliche Bedeutung zu, eben deshalb sei die scharfe Kontrolle und Aufklärung bei den mit diesen beschäftigten Arbeitern wichtig.

A. Torday betont die Wichtigkeit der basophilen Punktation, diese ist neben Bleisaum und Koliken das erste Zeichen der gesteigerten Bleiempfindlichkeit, eben deshalb wurden Personen mit solchen Befunden in den Fabriken von der Beschäftigung mit Blei ausgeschaltet. Die basophile Punktation erscheint gleichzeitig mit der Polychromasie, in schweren Fällen, wo die Blutregeneration leidet, können auch die Körnchen nicht gefunden werden. Obwohl diese Gebilde auch bei zahlreichen anderen Leiden gefunden werden, können sie dennoch bei Berücksichtigung der Umstände die Diagnosestellung fördern. In schweren Fällen von Bleivergiftung verringert sich die Zahl der Blutkörperchen und die Blutregeneration leidet derart, dass eventuell die Differenzierung von der plastischen und eventuell von der Biermer-Anämie notwendig wird. In zweifelhaften Fällen ist die Harn- und Fäzesuntersuchung zur Feststellung der Bleimenge erforderlich.

NACHRICHTEN.

Justizärztliche Prüfungskommission. Der Justizminister hat den öffentlichen ordentlichen Universitätsprofessor Dr. *Blasius Kenyeres* auf die Dauer von weiteren drei Jahren zum Präsidenten der Justizärztlichen Prüfungskommission ernannt. Für die gleiche Dauer ernannte er zu Mitgliedern dieser Kommission den Ministerialrat im Justizministerium Dr. *Elemér v. Balás*, den Universitätsprofessor Dr. *Koloman Buday*, den Ministerialrat i. P. Dr. *Josef Jahn*, den ausserordentlichen Universitätsprofessor Obermedizinalrat Dr. *Karl Minich*, den ausserordentlichen Universitätsprofessor, Obermedizinalrat Dr. *Edmund Németh*, den stellvertretenden Staatssekretär im Justizministerium Dr. *Philipp Rottenbiller* und den Budapester Oberstaatsanwalt Dr. *Gustav Sztrache*. Mit der Versehung der Agenden eines Präsidentstellvertreters betraute er das Kommissionsmitglied Dr. *Edmund Németh*, ebenfalls für die Dauer von drei Jahren, mit den Agenden eines Schriftführers aber auf die Dauer von einem Jahre den Ministeralsekretär im Justizministerium Dr. *Alexius Igó*. Zum Stellvertreter des Schriftführers wurde der ebenfalls im Justizministerium in Verwendung stehende Gerichtssekretär Dr. *Georg Forintos* bestimmt.

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.