

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.

SALVACID das kausale Mittel bei Hyperazidität Ulcus ventr. und duodeni Chron. Magenkatarrh Akut verdorbenem Magen

Verordnung: täglich 3 × 2 Dragées unzerkaut, nach den Mahlzeiten mit etwas Flüssigkeit zu schlucken.

Internationale Literatur auf Wunsch.

GRAVOMIT zuverlässig, klinisch erprobt bei Emesis und Hyperemesis gravid.

Enthält keine Alkaloide, noch irgendwelche sonst schädliche oder irritierende Stoffe.

Dragées und Ampullen (zur intramuskulären Injektion).

Verordnung: täglich 3 × 2 Dragées nach den Mahlzeiten, unzerkaut zu schlucken.

Literatur, Auszüge von Gutachten bereitwilligst.

Generaldepot für Deutschland:

Simons Apotheke, Berlin, Spandauerstr. 17.

PETER FISCHER & COMP. A.-G.

Fabrik medizinisch-chirurgischer Instrumente

Budapest, VI., Vilmos császár-út 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.

Alleinvertrieb der rostfreien Instrumente von

Stilles Stockholm in Ungarn.

SANATORIUM GRÜNWALD

Budapest, VII., Vilma királynő-út 11-15.

Abteilungen für Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe. Modern eingerichtete Röntgen- und chemische Laboratorien. Interne diagnostische und diätetische Abteilungen. Radium-Behandlung. Kaltwasserheilanstalt. Behandlungen auch für ambulante Kranke. Mässige Preise. Freie Arztewahl.

Telephon:
József 462-59.

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, Lüfthütten. ▲ Sämtliche moderne Kurbehelfe, Höhenkuren, Winterkuren, Diätikuren, Wintersport.

Ganzjähriger ununterbrochener Betrieb. Näheres durch die Prospekte.

Sanatorium Dr. Pajor

Budapest, VIII., Vas-utca 17.

Für medizn.-chirurg. Nerven- und Herzkranke. ◊ Storm Van Leuven Allergiereite Abteilungen für Asthma, Neufleber etc. Allergische Krankheiten. ◊ Gebärdabteilung. ◊ Stütungsabteilung für Krebsforschung und Heilung. Zander, Orthopädie und Wasserheilanstalt.

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. — Kön. Ung. Naturwissenschaftliche Gesellschaft. Sektion für Physiologie und Pathologie. — Otologische Sektion. — Gesellschaft der Spitalsärzte und Ungarische Ophthalmologische Gesellschaft. — Nachrichten.

Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte.

Sitzung am 1. März 1930.

E. Kopits: *Klippel-Pfeil Deformität. Demonstration eines halslosen Kindes.* Diese Deformität ist eine zur Welt gebrachte Missbildung, welche durch den nahezu totalen Mangel des Halses charakterisiert ist. Der grosse deformierte Kopf sitzt auf dem Rumpf, die Spitze des Kinnes ruht auf dem Brustbein, der Condylus occipitalis berührt den fühlbaren Dornfortsatz. Hinten reicht die Behaarungsgrenze tief nach unten, erstreckt sich in die Breite und fällt mit der Schulterlinie überein. Die breite flache Ebene der Halswurzel geht unmittelbar in das Hinterhaupt über, dieses ist ebenfalls vollkommen flach, an seinen beiden Seiten ist der M. trapezius kulissenförmig gespannt. Die Kopfbewegung ist sehr beschränkt, das Beugen nach vorne gering, das Beugen nach rückwärts nur bis zur Stirnebene möglich, Drehung und Neigung des Kopfes fehlen vollkommen. Das siebenjährige Mädchen ist taubstumm, nervös, scheu und besitzt mangelhafte Intelligenz. Die Taubheit ist nach der Feststellung des Facharztes zentralen Ursprungs. Das Wesen der Deformität bildet eine Entwicklungsanomalie der Halspartie der Wirbelsäule. Nach der Röntgenaufnahme wird die Deformität durch die ziffermässige Reduktion der Wirbelelemente, sowie durch ihr Verschmelzen in eine kurze Knochenmasse verursacht. An dieser Verschmelzung nehmen auch die obersten drei Rückenwirbel

teil, die Folge ist das nahezu vollkommene Fehlen des Halses und die beschränkte Beweglichkeit desselben. Die Deformität ist zweifellos embryonalen Ursprungs, stammt aus der frühesten Periode der embryonalen Entwicklung, und ist eine Folge einer fehlerhaften Segmentierung. Die Deformität ist eine grosse Seltenheit.

Referate über einige Fälle des Institutes für gerichtsarztliche Medizin und über die Ergebnisse der dort durchgeführten Untersuchungen:

a) B. Kenyeres: Allgemeine Bemerkungen. Die Untersuchungen von Johann Szelöczey über die Hautmazeration der Hände. In das gerichtsarztliche medizinische Institut gelangen in verhältnismässig grosser Zahl hauptsächlich aus der Donau gefischte unbekannte Leichen, in verschiedenen Verwesungsstadien. Zu ihrer Identifizierung werden u. a. auch ihre Fingerabdrücke genommen. Diese Aufnahme wird durch die infolge der Epithelmazeration im Wasser eintretenden Veränderungen erschwert, diese bestehen zu Beginn in einer Faltenbildung des Epithels, sodann aber in dessen vollkommener Ablösung mit den Nägeln zusammen. Die Faltenbildung zeigt sich z. B. bei den Wäscherinnen auch an den Händen lebender Personen, sie bildet sich jedoch durch Austrocknung zurück. An den Händen von Leichen bleibt die Faltenbildung bestehen und verhindert die Anfertigung von verwertbaren Abdrücken. Die zur Bekämpfung dieser Schwierigkeiten empfohlenen Verfahren waren bisher ergebnislos. *J. Szelöczey* empfiehlt zwei Verfahren, deren Ergebnisse tadellos sind. Die eine Methode besteht darin, dass er die gefaltete Haut mit dem Nagel zusammen handschuhförmig ablöst, sodann in die Finger Gummifinger einführt, diese aufbläst, infolge dessen ebenen sich die Falten, und die Fingerbeere spannt sich in der zur Anfertigung des Abdruckes erforderlichen Weise. Die andere Methode benützt die auch auf der Innenseite des Epithels vorhandene papilläre Zeichnung in der Weise, dass das von der Fingerbeere abgelöste Epithel mit der Innenseite nach Aussen gewendet wird, der Anfertiger des Abdruckes legt es auf die eigene Fingerspitze und rollt es sodann auf einem Blatt Papier ab. Nachdem die papilläre Zeichnung auf der unter der Epidermis liegenden Koriumschicht ebenfalls vorhanden ist, kann diese in der von *Szelöczey* angegebenen Weise zur Anfertigung von Abdrücken gleichfalls verwendet werden. Im Anschluss an seine Versuche hat *Szelöczey* auch jene Umstände studiert, welche den Grad und den Verlauf der Epidermisschwellung beeinflussen. Er stellte fest, dass die Veränderung bei höherer Wassertemperatur rascher eintritt, die Schnelligkeit des Eintretens hängt auch von der Dicke der Hautschicht ab. Sie tritt auf der rechten Hand gewöhnlich rascher ein, an beiden Händen der Kinder aber zu gleicher Zeit. Er hat durch Ver-

gleiche festgestellt, dass die mit seiner Methode angefertigten Fingerbeerenabdrücke die charakteristischen Eigenschaften der ursprünglichen Fingerbeeren — vor deren Durchweichung — korrekt reproduzieren. Ebenfalls zur Feststellung der Personidentität sind auch jene Untersuchungen bedeutungsvoll, die vom Rigorosanten der Medizin *I. Katona* an den Kehlkopfkorpeln zahlreicher Leichen zur Feststellung des Geschlechtes und Alters durchgeführt wurden. Dass das Kehlkopfskelett von Mann und Weib Unterschiede aufweist, wird wohl in anatomischen gerichtsarztlichen und anderen Arbeiten angegeben, jedoch ohne nähere Angaben. Nach den Untersuchungen von *I. Katona* können diese Differenzen zur Feststellung des Geschlechtes erfolgreicher verwertet werden, als andere Anzeichen. Die Feststellung über die Merkmale der verschiedenen Altersgruppen sind noch im Zuge. Nachdem das gerichtsarztliche Institut für Behörden arbeitet, ist es wichtig, dass es seine Feststellungen den Behörden in anschaulicher Weise vorlege. Diesem Zwecke dienen die vom Praktikanten *I. Katona* durchgeführten Studien solcher Methoden, mit deren Hilfe Hautpartien unbekannter Leichen, die Erkennungszeichen, oder andere wichtige Veränderungen enthalten, leicht manipulierbar fixiert werden können. Die vollkommen getrockneten biegsamen Hautstücke, welche die auf ihnen befindliche Tetowierung oder Schussverletzung treu fixieren, können uneingerahmt einfach den Akten beigelegt werden. Ebenfalls im Dienste der Fixierung steht die Methode, die *D. Schrantz* schildern wird. Mit der Frage der Identitätsbestimmung beschäftigen sich mehrere Angestellte der Anstalt. *L. Simon* prüft die Brustwarze und den Warzenhof zur Feststellung des Geschlechtes, des Lebensalters und anderer Umstände. Dr. *Schramek* beschäftigt sich zu dem gleichen Zweck mit den Zähnen, *Rig. L. Bogdanovits* aber prüft, aus welchen Zeichen die erfolgte Zirkumzision, deren Symptome nach unseren Erfahrungen oft sehr verwischt sind, festgestellt werden kann.

b) *A. Bochkor*: *Die Tötung von Neugeborenen durch Fingereinführung in die Kehle*. Der Vortragende beschäftigt sich mit jenen Fällen von Kindesmord, wo der Tod des Neugeborenen durch Einführung von Fingern in den Rachen herbeigeführt wurde. Die Erkennung der im Rachen entstehenden Verletzungen ist nur durch eine spezielle Sektionstechnik möglich, die in der Provinzpraxis selten angewendet wird. Das Verfahren besteht darin, dass der Kiefer, nachdem von diesem beiderseitig die Weichteile abgelöst wurden, in der Mitte mit der Scheere durchschnitten, und von seinen Verbindungen mit der Zunge befreit wird, sodann wird der Schlund von unten mit der Scheere bis oben durchgeschnitten. Nun können die Gebilde des Gaumens, Rachens und Kehlkopfeinganges gut übersehen und die ursprüngliche Verletzung

genau festgestellt werden, ohne befürchten zu müssen, dass wir diese durch die Sektion verändert haben.

c) **L. Simon:** *Verknöcherung der Schädelnähte als Ursache des plötzlichen Todes.* Er referiert über zwei Fälle vom plötzlichen Tod im Anschluss an vorzeitige Verknöcherung der Schädelnähte. Ähnliche Fälle wiederholen sich von Jahr zu Jahr. Der Tod ist eine Folge der durch Gelegenheitsursachen ausgelösten plötzlichen Steigerung des seit langem bestehenden Gehirndruckes und die Symptome, unter welchen er eintritt erwecken den Verdacht des gewaltsamen Todes, oder der Vergiftung. Die vorzeitige Verknöcherung der Nähte wird durch deren Glättung, und durch das Verschwinden der Verzahnung angezeigt. Die Zeichen des chronischen Gehirndruckes sind Grubenbildungen auf der Schädelfinnenfläche, Zeichen der akuten Drucksteigerung die Anschwellung der Gehirnschubstanz und das *Kolisko'sche* fleckige Ödem.

d) **B. Pásztor:** *Quantitative Bestimmung des Veronals bei tödlicher Vergiftung.* Er referiert über eine bei Veronalvergiftung durchgeführte chemische Untersuchung. In dem betreffenden Fall waren bekannt: die Menge des genommenen Giftes, die bis zum Todeseintritt verstrichene Zeit, sowie die übrigen Umstände des Falles. Eben deshalb schien der Fall zum Studium der Frage geeignet, in welcher Weise das genommene Gift nach Verlauf einer gewissen Zeit in den einzelnen Organen verteilt ist. Die Untersuchung wurde an 21 Leichenteilen vom Leiter des landesgerichtschemischen Institut *R. Fridli* nach der von ihm selbst ausgearbeiteten Methode durchgeführt. Das Gift fand sich in auffallend grosser Menge in der Galle, es erscheint daher wünschenswert, dass in ähnlichen Fällen der Inhalt der Gallenblase für die chemische Untersuchung separat aufbewahrt werde; verhältnismässig wenig Gift fand sich im Gehirn, was die Feststellung einzelner Forscher, dass das Gehirn das Veronal besonders stark bindet, zweifelhaft erscheinen lässt. Der Vortragende will aus dem Fall keine weiterreichenden Folgerungen ableiten und schildert ihn hauptsächlich deshalb, weil Fälle, wo vor Durchführung der chemischen Untersuchung die Umstände der Vergiftung, namentlich die Menge des genommenen Giftes, sowie der Zeitpunkt der Einnahme vollkommen geklärt sind, selten beobachtet werden.

e) **D. Schrantz:** *Ein neues Modellierverfahren.* Er schildert das von der Wiener Polizei verwendete *Poller'sche* Modellierverfahren. Es ist an Lebenden, an Leichen und zur Fixierung von Veränderungen an verschiedenen Gegenständen anwendbar. Sein Vorteil ist, dass das Negativ aus einer elastischen Substanz angefertigt wird, ferner, dass das Positiv druckbeständig ist, was ein grosser Vorteil gegenüber den

Wachsmoulagen ist, weil diese Eigenschaft die Manipulation der Güsse durch die Behörden ermöglicht. Die Einrichtung für das Verfahren ist wohl kostspielig, es gelang jedoch, diese für das gerichtsärztliche Institut zu beschaffen und soferne das Institut die Deckung der zur Anwendung des Verfahrens notwendigen Kosten erhält, wird dasselbe in das Arbeitsprogramm der Anstalt aufgenommen werden. Mit Rücksicht darauf, dass das Verfahren auch in anderen medizinischen Fächern mit Vorteil anwendbar ist, wird das Institut durch Demonstration und Einübung diesen Fächern das Verfahren bereitwilligst zur Verfügung stellen.

f) **B. Bernolak:** *Spontane Herzrupturen.* Er erörtert die spontan eintretenden Herzrupturen auf Grund der im gerichtsärztlichen Institut durchgeführten Sektionen.

Kön. Ung. Naturwissenschaftliche Gesellschaft. Sektion für Physiologie und Pathologie.

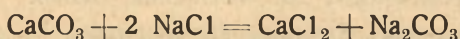
Sitzung am 30. Januar 1930.

L. Surányi und F. Szalai: *Einfluss der Lipoide auf die Insulinwirkung.* Nach einer kurzen Schilderung der immunbiologischen, sowie auf das Leukozytenbild, das Säurebasengleichgewicht, den Zustand des vegetativen Nervensystems usw. bezüglichen Einwirkungen der Lipoide referieren die Vortragenden über ihre Versuche, nach welchen sie bei Kaninchen mit intravenös oder subkutan, mit dem Insulin in der Spritze gemischten einprozentigen Cholesterin, resp. Lezithin in wässriger Lösung eine tiefere Blutzuckersenkung erhielten, als beim Kontrolltier, das mit physiologischer Kochsalzlösung verdünntes Insulin erhielt. Bei dem mit Lezithinkombination behandelten Tier tritt der hypoglykämische Komplex bereits bei einer solchen Insulindosis auf, bei welcher das mit der Cholesterinkombination behandelte Tier vollkommen symptomfrei bleibt, wogegen beim Kontrolltier höchstens Unruhe und Polypnoe auftritt. Vom Tiefstand erhöht sich der Blutzucker am raschesten bei dem mit der Cholesterinkombination, am spätesten bei dem mit der Lezithinkombination behandelten Tier. Bei dem Lezithintier (das 2000 gr. schwere Kaninchen erhielt zehn Insulin-einheiten + 3 cm³ einprozentige wässrige Lezithinemulsion subkutan) ist noch 6—8 Stunden nach der Injektion das Blutzuckerniveau ziemlich niedrig, beginnt erst zirka zehn Stunden später erheblich anzusteigen und erreicht ungefähr nach 18 Stunden annähernd den Ausgangswert.

I. Szolnok: a) *Anwendung der Massenwirkung bei biochemischen Gleichungen.* Zufolge der Massenwirkung ist die

Umwandlungsmenge der Verbindung der Konzentration proportionell, die Geschwindigkeit und Richtung der Umwandlung kann durch Änderung der Konzentrationen beeinflusst werden. Auch im lebenden Organismus ist die *Guldberg-Waage*-Massenwirkungsformel gültig. Nach *Mansfeld* ist die spezifische dynamische Wirkung nach Eiweissapplikation, nach *Szolnoki* die Verwendung des mehrhundertfachen Äquivalents von Dextrose zur Zyanentgiftung Massenwirkung.

Die Anwendung der Massenwirkung bei Kochsalz und Kalkmineralienungleichgewicht basiert auf folgender Formel:



Hiezu tritt im Organismus noch eine kolloidale und eine Adsorptionsgleichung, in welcher die Hydrogenionkonzentration eine Rolle spielt. Ist das Knochengewebe angegriffen, so verlangsamt die Kochsalzverminderung die Zerlegung der Kalkmineralien, wobei zu bemerken ist, dass die langsamer diffundierenden Kalksalze die bei Gelenks-Tbc. zu beobachtende Volumenzunahme verursachen.

b) *Die Anwendung der Massenwirkung bei der Warburg'schen paradoxen Zyanwirkung.* Warburg hat als erster festgestellt, dass kleine Zyankonzentrationen eine Reizwirkung ausüben. Dies ist auf einen sekundären Prozess zurückzuführen. Nach der Gleichung $\text{C}_6\text{H}_{12}\text{O}_6 - \text{C}_3\text{H}_6\text{O}_3$ wird eine leichter nitrierbare Triose, als die Mutterverbindung, produziert. Erscheint im Reaktionsraum Zyan, so wird dieses so lange, bis seine Konzentration mit der Triose äquimolekular wird, diese letztere nitrieren und deshalb den Zerfall der Mutterverbindung beschleunigen. Bei einer höheren Zyankonzentration setzt auch die Nitrierung der Dextrose ein, was die Reaktion verzögert und sodann durch Hemmung der Glykolyse zum Scheintod der Zelle führt.

Das Gesetz der paradoxen Massenwirkung, welches *Guldberg* und *Waage* in ihren Originalpublikationen in den graphischen Zeichnungen durchscheinen lassen und daher als *II. Guldberg-Waage-Gesetz* bezeichnet werden kann, könne auf die *Karczag-Németh*'schen Karzinom- und Karzinomkulturversuche, sowie auch auf andere Reizwirkungen angewendet werden.

Aus diesen Darlegungen können wir bei therapeutischen Eingriffen den Mechanismus der Salzmandeldiät und der Aspirinwirkung verstehen, wogegen z. B. die Erklärung der gleichzeitigen, kalklösenden und kalkbildenden Tendenz der Spondylitis ankylopoetika, sowie die Lösung von vielen anderen Problemen der Zukunft überlassen bleibt. Die Applikation der Massenwirkung bei Karzinom begegnet grossen Schwierigkeiten, weil von den Kettengliedern der reversiblen

Prozesse jenes herauszusuchen ist, wo die Konzentrationsänderung eine ausschliesslich hemmende Wirkung ausübt. Hier ist die richtige Wahl der Konzentration überaus wichtig, wie das die Dioxiazetonversuche beweisen.

Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte.

Otologische Sektion.

Sitzung am 30. Januar 1930.

A. Rejtő: *Zwei geheilte otogene Meningitiden.* Mit diesen beiden Fällen hat der Vortragende bisher über fünf geheilte otogene Meningitiden aus seiner Abteilung referiert, zwei derselben waren mit Gehirnabszessen kompliziert. Der eine der beiden heute demonstrierten Fälle bezieht sich auf eine 33jährige Frau, bei der sowohl die klinischen Symptome, wie auch der Befund auf eine sicher vorhandene Meningitis schliessen lassen. Bei dem Vergleich ihrer drei Lumbalpunktionsbefunde (die Punktion wurde jeden zweiten Tag durchgeführt) fanden sie, dass zuerst die Trübung und der Eiweissgehalt der Flüssigkeit eine Besserung aufwiesen, später verminderte sich auch die Bakterienzahl. Dieser Fall bildete die Komplikation der akuten Rezidive einer alten Mittelohrentzündung.

Der zweite Fall bezieht sich auf einen 5jährigen Knaben, mit seit sechs Tagen bestehender akuter Otitis. Der Knabe wurde noch am 18. Januar in der Ambulanz behandelt und bereits am 19. abends bewusstlos eingeliefert. Ausser Symptomengruppen, welche Lähmungen nachahmen, fehlten beim Kranken die Korneal- und Pupillenreflexe, auch die Atmung hatte terminalen Typus. Bei der Lumbalpunktion zeigten der vermehrte Eiweissgehalt und die zahlreichen Zellen die zirkumskripte Meningitis an, was auch die Operation bestätigte. Die Meningitis war innerhalb fünf Tagen abgelaufen und der Knabe heilte.

B. Révész demonstriert einen Fall von *geheilter otogener Meningitis*. Im Anschluss an eine akute Exazerbation seiner chronischen Otitis trat beim Kranken ausgesprochenes Kernig-Symptom, Genickstarre auf. Der Liquor ist milchig getrübt, Zellenzahl 163, Eiweiss stark vermehrt. Nach Radikaloperation, Lumbalpunktionen, sowie i. v. Urotropininjektionen Heilung.

A. Rejtő: Bei Otitiden kommen meningeale Symptome so häufig vor, dass die Meningitisiagnose nur nach sehr gründlichen Untersuchungen gestellt werden darf.

T. German: *Operativ geheiltes Fall von Sinusthrombose mit retrograder Verbreitung.* Beim nahezu negativen Pauken-

höhlenbefund und gutem Gehör intermittierender Temperaturgang, unbedeutende Empfindlichkeit am Warzenfortsatz, normaler zytologischer Blutbefund. Der Röntgen zeigt beginnende Knocheneinschmelzung, im Augenhintergrund geringe Stauung. Bei der Operation finden sich ausser der akuten Knochenentzündung in den Zellen flüssiger Eiter und Schleimhautentzündung. Der Sinus vitrealis ist normal, nur dem oberen Knie entsprechend Dehissenz, der Sinus transv. ist mit Auflagerungen bedeckt, in demselben ein zerfallener Thrombus, dessen zentrales Ende nicht erreicht werden konnte, obwohl wir nahe zur Mittellinie gelangt waren. Die erreichbaren Partien des Thrombus wurden entfernt, die Wand der Sinus transv. und Sin. sigm. lateralis entfernt, der letztere ist vollkommen leer, dessen Wände aneinander gepresst. Unterbindung der Jugularis. Nach einigen Fiebertagen glatte Wundheilung bei vollkommener Fieberfreiheit. Das Krankheitsbild zeigte am meisten Ähnlichkeit zur mukösen Otitis, während jedoch in der Paukenhöhle nur Saprophyten vorhanden waren, konnte aus dem Eiter des Warzenfortsatzes und des Thrombus Pneumokokkus rein gezüchtet werden. Die Kompression des Sinus sigm. ist auf die intrakraniale Drucksteigerung zurückzuführen. Dass Heilung erzielt wurde, obwohl es nicht gelang das Ende des Thrombus zu erreichen, beweist, dass eine auf retrogradem Wege erfolgende Infektion des Organismus seltener eintritt, als in der Richtung des Blutstromes, ferner, dass die Ausschaltung des primären Herdes allein genügt, um zur Heilung zu führen.

Einer unserer ähnlichen Fälle (Thrombose des Transversus, unter diesem komprimierter Sinus sigm.) verlief fieberfrei und heilte nach Ausräumung des Thrombus ohne Unterbindung der Jugularis.

L. Fleischmann: Dass der Sinus sigm. leer gefunden wird, und die Sinuswände zusammengedrückt sind, ist bei umfangreichen und in den peripherischen Sinuspartien auftretenden Thrombosen nicht selten, bei deren Zustandekommen der Saugwirkung des Herzens eine wichtige Rolle zufällt. Infolge derselben herrscht im Sinus ein negativer Druck, besonders dann, wenn auch die Mündung des Sinus petrosus sup., des grössten in den Sin. transv. einmündenden Nebensinus thrombotisiert ist. Der gesteigerte intrakraniale Druck ist allein nicht im Stande, die Sinuswände zusammenzupressen, weil ein so hochgradiger Gehirndruck letal wäre.

T. German: Der gesteigerte intrakraniale Druck allein kann den Sinus, wenn in diesem eine Zirkulation vorhanden ist, natürlich nicht so weit komprimieren. Auch hier trat zuerst die vollkommene Entleerung des Sinus ein und erst dann die Kompression der Wände. Hierzu genügt bereits ein geringerer Druck.

J. Kelemen u. D. Klimkó: *Vestibuläre Augenbewegungen in der Nitrogenoxydulnarkose.* In tiefer Narkose blieben die Bulbi in zentraler paralleler Ruhelage, ein geringer Teil der

Fälle zeigt langsam assoziierte Pendelbewegungen. Nach der Narkose ist der Spontannystagmus sehr häufig, dieser weist in seinem Auftreten, seiner Dauer, Stärke, Richtung in verschiedenen Körperlagen, sowie hinsichtlich seiner Variierbarkeit durch relative Rumpf- und Kopfhaltungen ein überaus wechselvolles Bild auf, all diese Erscheinungen können nur an einem, oder auf beiden Augäpfeln auftreten. Bei der Narkose verschwindet fast immer zuerst die Labyrinthreizbarkeit, andererseits bleibt dessen Überempfindlichkeit als einziges Symptom nach derselben oft tagelang bestehen. Während der Narkose hört die Reizbarkeit mit kaltem Wasser auf, sie kehrt jedoch nach der Beendigung der Narkose sofort im vollen Masse zurück. Für die Reagierungsfähigkeit können drei Grade angenommen werden: 1. Totaler Reaktionsmangel. 2. Pendelbewegung, als Reaktion auf einen unbekanntem Reiz, dabei Mangel der kalorischen Reizbarkeit. 3. Nach der Narkose Spontanreiz, bei normaler kalorischer Reizbarkeit. Die Symptome während der Narkose treten assoziiert, jene nach der Narkose dissoziiert auf. Die Pendelbewegungen beweisen, dass ein solcher Reiz eine Rolle spielt, der different vom kalorischen Reiz ist, nachdem der letztere zu dieser Zeit unwirksam ist. Die rasche Komponente tritt nur nach dem Erwachen in Erscheinung, ob nun im Anschluss an Spontannystagmus, oder nach Anwendung eines kalorischen Reizes.

P. Kepes: Zum Verständnis dessen, dass man bei Nitrogenoxydulnarkose durchgeführter Kalorisierung keinerlei Bulbusreaktion erhält, ist jene Erklärung über den Ursprung der langsamen und raschen Komponente des Nystagmus verwendbar, wonach die rasche Komponente kortikalen, die langsame aber vestibularen Ursprung hat. Es scheint, dass das Lachgas nicht nur die kortikalen Zentren ausschaltet, sondern auch auf die Kerne der okulomotorischen Nerven irgend eine spezifische Wirkung ausübt.

J. Kelemen: Selbst in der Lachgasnarkose muss noch eine gewisse Labyrinthreizbarkeit vorhanden sein, wenn wir die pendelförmigen Augenbewegungen beobachten. Von den beiden langsamen Komponenten ist die eine vielleicht supralabyrinthären Ursprungs. Beim Erwachen wird die eine akzeleriert, worauf sodann das gewohnte Bild der wahren Nystagmusreaktion hervortritt.

A. Rejtő: *Versuche zum chemischen Nachweis des Cholestedtoms.* Nicht nur bei der Indikation von Radikoperationen, sondern auch im Verlauf einer konservativen Behandlung ist es wichtig festzustellen, ob ein Cholesteatom vorhanden ist, oder nicht. Obwohl die neueren speziellen Röntgen-Ohraufnahmen zahlreiche wertvolle Angaben enthalten, so geben sie dennoch keinen sicheren Aufschluss. Die mikroskopische Untersuchung erteilt eine sichere Orientierung, wenn es gelingt, Cholesterinkristalle nachzuweisen, wir finden jedoch oft keine Kristalle, weil das Cholesterin in Estherform in amorphem Zustand vorhanden ist. Ein siche-

rer Nachweis solcher Fälle ist nur auf chemischem Wege zu erzielen. Der Vortragende verwendet zur Lösung von Cholesterin eine konzentrierte Tetrachloridkohlenstofflösung, die er mit einer Attikus-Spritze in die Paukenhöhle einführt. Nach einer 15--30 Minuten dauernden Durchfeuchtung saugt er die Flüssigkeit in der gleichen Weise zurück und bringt sie in eine Eprovette. Mit der bekannten Essigsäureanhydrit + Cu.-Sulfurikumreaktion können selbst geringe Spuren von Cholesterin nachgewiesen werden. Bei Verwendung der gleichen Zeitdauer und Reagenzmengen kann die lila-grünliche Farbenskala auch zum quantitativen Cholesterinnachweis verwendet werden, was er experimentell nachgewiesen hat. Die Versuche des Vortragenden sind noch keineswegs abgeschlossen. Wenn er sie dennoch der Sektion vorgelegt hat, so ist der einzige Grund hierfür, dass er für seine bezüglichen Untersuchungen Mitarbeiter sucht, weil die Frage nur auf Grund der an einem sehr umfangreichen Material gewonnenen Ergebnisse geklärt werden könne.

Gesellschaft der Spitalsärzte und Ungarische Ophthalmologische Gesellschaft.

Gemeinsame Sitzung am 29. Januar 1930.

Präsident L. Liebermann: Die Gesellschaft der Spitalsärzte hat bei der Feststellung des diesjährigen Arbeitsprogrammes beschlossen, über mehrere Fragen von allgemeinem Interesse, besonders aber der Grenzgebiete der einzelnen Fächer eine Aussprache zu veranstalten. Aus dem Gebiet der Augenheilkunde hielt er zu diesem Zweck besonders drei Fragen wichtig: die Behandlung der Stauungspapille, der Retinitis gravidarum und die Frage der Ätiologie und kausalen Therapie der Neuritis retrobulbaris acuta. Es wurde beschlossen, die gegenwärtige Sitzung ausschliesslich der Frage der Stauungspapille zu widmen, die beiden anderen Gegenstände werden in der zweiten Aussprache, welche im März stattfinden wird, behandelt.

Referent E. Gröz: *Die operativen Indikationen der Stauungspapille.* Der Referent hat sich mit dieser Frage in einem von 30 Jahren in der Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte gehaltenen Vortrag beschäftigt. Er gab bereits damals der Überzeugung Ausdruck, dass die Stauungspapille eine viel frühere Durchführung der palliativen Trepanation erfordert, als bisher angenommen wurde. Die Stauungspapille zeigt nur ausnahmsweise spontane Heilung, oder eine solche auf medikamentöse Behandlung, und der Nachteil einer Verzögerung des operativen Eingriffes ist, dass diese gegen die bereits eingetretene konsekutive Sehnervdegeneration wir-

kungslos ist. Andererseits ist infolge der Verzögerung auch die Gefährlichkeit der Operation viel bedeutender. Die rechtzeitig erfolgende Dekompression rettet das Sehen, beseitigt die Allgemeinsymptome; den quälenden Kopfschmerz, das Erbrechen, und verlängert das Leben oft für Jahrzehnte, dabei ist die Mortalität des rechtzeitig durchgeführten Eingriffes gegenüber der hohen Sterblichkeit der Radikaloperationen minimal. Auch in Fällen, wo das Wachstum der Geschwulst nach Monaten oder 1—2 Jahren den Tod herbeiführt, ist die Operation ein Segen für den Kranken, wenn er seine Sehkraft bis zum Lebensende behält und keine Schmerzen erleidet. Bei der Wahl der Operationsmethode zur Herbeiführung der Dekompression spielt die Neigung des Operateurs und seine auf den betreffenden Gebiet erzielte Gewandtheit eine grosse Rolle. *Siegrist*, Professor in Bern leugnet die Gefährlichkeit der Lumbalpunktion und empfiehlt deren wiederholte Durchführung. *Anton* und *Braman* loben den Balkenstich, wogegen *Harvey Cushing* für die Schädel-trepanation eintritt und auch *Eiselsberg* mit seiner Schule für dieses Verfahren Stellung nehmen. Wir erzielen die richtige Wahl der Indikationen, wenn die Vertreter der verschiedenen Fächer der medizinischen Wissenschaften in einer gemeinsamen Beratung darüber entscheiden. Der Augenarzt stellt die Indikation, der Chirurg stellt das Tempo fest und wählt die Methode, der Internist und der Nervenarzt aber bremsen vorsichtig. Diese Zusammenarbeit bildet eine Sicherheit für die richtige Wahl des Verfahrens.

L. Liebermann: Es sei kaum möglich dem, was wir hier gehört haben, etwas hinzufügen. Das gilt besonders für jene Fälle, wo wir genau die Ursache der Stauungspapille kennen. Hier tauchen jedoch auch andere Fragen auf. Die Schwierigkeiten für die Stellungnahme beginnen, wenn wir nicht wissen, ob die Steigerung des Gehirndruckes durch einen Tumor verursacht wird, oder nicht, oder wo z. B. die Wa-R positiv ist. Wenn wir in solchen Fällen daher auch an Lues zu denken haben, kann das unser Denken ebenso gut dirigieren, wie auch irreführen, weil ja bei einerluetischen Person auch ein Hirntumor vorhanden sein kann. In welcher Weise kann und darf man in solchen Fällen mit der Behandlung experimentieren, wie lange ist das statthaft, um mit der Operation nicht zu verspäten? Es gibt aber auch eine grössere Schwierigkeit, wenn nämlich selbst ein gesteigerter Gehirndruck nicht nachweisbar ist und ausser der Stauungspapille keinerlei anderes Symptom vorliegt. Doch wäre ein solcher Fall ziemlich als Unikum zu betrachten. Wir müssen über die typischen Fälle übereinkommen auch dann, wenn diagnostische Schwierigkeiten vorliegen. Zur Verminderung dieser Schwierigkeiten rufen wir die Hilfe der Neurologen und Internisten an, über die zur Verfügung stehenden Operationsmethoden und deren Resultate, ersuchen wir unsere Chirurgenkollegen ihre Erfahrungen vorzulegen.

A. v. Sarbó: Die Verhältnis-ziffer der Stauungspapille in den in seiner Abteilung beobachteten Fällen beträgt 81%, bei den 58

durch Sektion verifizierten Fällen gab es 21 frontale Tumoren, Stauungspapillen in 75% derselben, ferner in 77% der 14 Gehirnbasistumoren und in 100% der 16 okzipitalen und Kleinhirntumoren. Bei den 125 von ihm beobachteten Gehirntumoren liess er die Dekompressionstrepation in 32 Fällen (25.6%) durchführen. Von diesen zeigten 19 (74%) eine Verschlimmerung und nur in 7 Fällen trat Besserung auf. Diese bezieht sich sowohl auf das Sehen, wie auch auf die Allgemeinsymptome für die Dauer von 3, 2 Jahren, 18 Monaten und $\frac{5}{4}$ Jahren. Die Dekompressionstrepation sei an jener Stelle des Schädels durchzuführen, wo der Tumor angenommen werden kann. Er erörtert nun die Verfahren zur Verminderung des Flüssigkeitsgehaltes des Gehirns: 1. Magnesiumsulfateingussungen, sie sind für den Kranken unangenehm. 2. 60—100 cm³ 17-prozentige hypertonische Salzlösung intravenös, das von Neurologen vor der Operation verwendete Verfahren. 3. Hochkonzentrierte Traubenzuckerlösung intravenös. 4. Salzdarreichung per os (*Sarbó*) 3-mal täglich ein Kaffeelöffel voll. Er demonstriert an der Hand von Fällen die Vorteile dieser Verfahren. In neuerer Zeit gestattet an Stelle der Enkephalographie die Ventrikelpunktion und Ventrikulographie bei Tumoren einen besseren Einblick in die Gehirnprozesse. Die Verbindung dieses Verfahrens mit der Dehydration fördert erheblich die Lokalisierung der Gehirntumoren, und drängt die Dekompressionstrepation immer mehr in den Hintergrund.

P. Ranschburg: Zum Problem der Stauungspapille resp. zu den Darlegungen des Referenten wünscht er folgendes hinzuzufügen. Die ganze Debatte bewege sich ins solange auf einer unsicheren Grundlage, bis die Frage nicht einmütig geklärt ist, was für eine Sehnervveränderung als Stauungspapille zu bezeichnen sei? 2. Wenn die Stauungspapille auf mechanischer Grundlage entsteht, so müsse man zweifellos helfen. In einer bedeutenden Zahl solcher Fälle kann diese Hilfe sicherlich nur eine chirurgische sein. Die Frage ist nun, welche jene Fälle sind, wo ein chirurgischer Eingriff notwendig ist, in welchen ein solcher vermieden werden kann, und zwar mit Hilfe welcher Verfahren. Auf Grund seiner Erfahrungen wird er von folgenden Regeln geleitet: 1. Erscheint die Tumordiagnose als zweifellos und die Lokalisierung genügend wahrscheinlich, so empfiehlt er die Operation zur Entfernung des Tumors. 2. Ist ein Tumor anzunehmen, die Lokalisierung jedoch sehr ungewiss, so ist zur Verlängerung resp. Rettung des Lebens und zum Schutz des Sehvermögens an dem Punkt, der am entsprechendsten erscheint die Trepation, und zwar rechtzeitig durchzuführen. 3. Die Trepation ist nicht die an erster Stelle zu wählende Lösung bei Hypophysen- resp. Sellatumoren. In solchen sind die Röntgenbestrahlung und ähnliche Verfahren jene, die besser zum Ziel führen, ob nun eine primäre Optikusatrophie droht, oder, was seltener vorkommt, dennoch eine Stauungspapille vorhanden ist, diesbezüglich führt er mehrere eigene Fälle an. Bei auf Lues verdächtigen Tumoren, sowie bei auf Tbc. verdächtigen Prozessen, in welchen eine ausgesprochene Stauungspapille vorhanden ist, fand er in mehrere Fällen Heilung auf Wismuth-Arsenkur, obwohl sämtliche Reaktionen gegen Lues sprachen. Bei Stauungspapillen mit den verschiedenen Symptomen des infolge Hydrocephalus auftretenden gesteigerten Gehirndruckes sind die resorbierenden und dehydrierenden Verfahren, Lumbal- resp. Zysternenpunktionen, Enkephalo- resp. Ventrikulographie usw. zumeist zweckmässiger. Diese Eingriffe waren

nicht nur in Fällen von Meningitis serosa, (Hydrocephalus int. ac), erfolgreich, sondern erwiesen sich auch bei Stauungspapillen, die infolge des durch den Gehirntumor verursachten Liquorzirkulationshindernisses auftreten, sowie durch sekundären Hydrokephalus verursacht werden, nicht nur als sofort zu applizierende, sondern oft auch als wirkungsvollste Massnahmen. In den letzten Jahren sahen wir auch bei der Encephalitis epidemica — oft sogar in den späteren Phasen derselben — Stauungspapillen, die aber zumeist keinen mechanischen Ursprung hatten. 4. Verspätete Trepanationen wird man nie vermeiden können. Die Ursache der Verspätung ist — wenn diese nicht durch das Zögern des Patienten verursacht wird — zumeist eben die Schwierigkeit der Tumorlokalisation, sowie in der Mehrzahl der Fälle, die als berechtigt, ja sogar obligatorisch erscheinenden Massnahmen der vorausgehenden spezifischen Kur, Bestrahlungen usw. Es gibt auch bösartige Fälle, wo bei verhältnismässig gutem Visus die Stauungspapille sozusagen binnen wenigen Tagen Amaurose herbeiführt und es gibt gutartige Fälle, wo die begonnene Sehnervenatrophie selbst nach einer langen Reihe von Jahren nicht verhängnisvoll wird. Redner führt Beispiele für beide Eventualitäten an. Eine gründliche Klärung der Fälle hält er nur durch möglichst sorgfältige Beobachtung der einzelnen Fälle und die häufige, von allen Seiten erfolgende Erörterung der Frage möglich. 5. Ein extrem hoher mechanischer innerer Schädelhöhlendruck kann jahrelang ohne Stauungspapille bestehen, zu dessen Beweis er das Präparat eines 8—9 Jahre lang ohne Unterbrechung bestehenden, kindesfausttief in das Gehirn eindringenden Sella-tumors demonstriert. Sein Material stammt aus der neurologischen Abteilung der Graf Apponyi-Poliklinik, die Augenuntersuchungen führte Primararzt *I. Waldmann*, die Operationen *G. Lobmayer* durch.

J. Donath hat bereits in seinen 1900 und 1903 publizierten Arbeiten über die Behandlung der Epilepsie und der epileptiformen Zustände betont, wenn durch Steigerung des Gehirndruckes eine Schädigung des Gehirns, oder des Optikus zu befürchten sei, die Trepanation ohne Aufschub durchzuführen, sei nun die Ursache des gesteigerten Gehirndruckes entzündlicher (Encephalitis chronica) oder mechanischer Natur (Tumor, Gliom). Natürlich sind Augenhintergrund, Sehfeld und Visus mit der grössten Aufmerksamkeit zu beobachten. Bei Gehirngummen ist die spezifische Behandlung durchzuführen, sind aber diese umfangreich und erscheint es nicht möglich, den Erfolg der spezifischen Behandlung abzuwarten, sei die Dekompressionstrepanation ebenfalls notwendig. Ist die Tumorlokalisation nicht durchführbar, dürfe man mit der Dekompressionstrepanation nicht zögern. Gelingt nachträglich die Lokalisation, so sei noch immer die Radikaloperation durchzuführen. Ist die Operation nicht durchführbar, oder führte sie nicht zum Ziel, sind hyper-tonische Salzlösungen (15%-ige NaCl oder MgSO₄) intravenös zu applizieren. Bei diffusum Gliom kann die Röntgenbestrahlung günstige Wirkung erzielen.

G. Lobmayer: Unter seinen zahlreichen Gehirnopoperationen führte er die reine Dekompressionstrepanation in sechs Fällen durch. Drei Fälle erlangten ihr Sehvermögen wieder. In zwei Fällen kam die Verschlechterung des Sehvermögens zum Stillstand, in einem Fall trat nachher Erblindung ein, eine Operationsmortalität hatte er nicht. Die Dekompressionstrepanation kann über den Hemisphären, oder über dem Okziput durchgeführt werden, in welchem Falle das

Sehzentrum entlastet wird, oder aber nach *Cushing* subtemporal, wo die Optikusgegend befreit wird. Bei den letzteren beiden Verfahren verhindert die Muskulatur einen nachträglichen Gehirnvorfall. Eine noch der Lösung harrende, offene Frage ist die Wahl des Ortes und Umfanges des Trepanation. Die Widerstände des Gehirndruckes, dessen Teilerscheinung die Stauungspapille ist, werden durch die straffe Phalx, das Tentorium und die Duraduplikate gebildet. Die Beseitigung des Druckes gelangt in einer Kegelform zum Ausdruck, deren Basis die Trepanationsöffnung ist. Die Folgen der Druckentlastung wirken als Zerrung oder Verschiebung auch auf die tieferen Gehirnzentren, die Berechnung dieser Wirkung bildet eine Aufgabe der Zukunft, damit aus der Entlastungstrepanation keine Belastungstrepanation werde. Zur Vorbereitung wendet er 10%-ige Salzlösung intravenös, bei der Nachbehandlung zur Vermeidung des Gehirnodems einen Einguss mit 9%-iger Magnesiumsulfatlösung an. Er demonstriert den bei seinen Gehirnopoperationen überaus bewährten Trepanationsapparat von *Jensen*, sowie die Röntgenaufnahmen der Operationen.

A. Winternitz: Die Dekompressionstrepanation ist nur in solchen Fällen indiziert, wenn der Sitz des Gehirntumors ganz unbekannt ist, oder dieser an einer Stelle liegt, wo er nicht entfernt werden kann. In solchen Fällen kann mehr-minder länger dauernde Besserung erzielt werden. In Fällen, wo auf die Dekompressionstrepanation endgültige Heilung eintrat, war nach seiner Überzeugung gar kein Gehirntumor vorhanden, sondern der abnorme Gehirndruck ist auf eine aus unbekannter Ursache aufgetretene Meningitis serosa zurückzuführen. Das sind jene Fälle, die von den Deutschen als Pseudotumoren bezeichnet werden. Nach seinen Erfahrungen ist die Mortalität der Dekompressionstrepanation grösser, als bei jenen Operationen, wo es gelingt die Geschwulst zu entfernen. Die Ursache ist, dass die keine Herdsymptome auslösenden Tumorfälle viel später zur Operation gelangen. Die Stauungspapille bessert sich gewöhnlich langsam, er hat jedoch Fälle beobachtet, wo diese in 1—2 Tagen verschwand, jedoch nur dann, wenn es gelang, den Tumor zu entfernen. In einem Fall von Hypophysentumor meldete der Kranke sofort nach dessen Entfernung, noch am Operationstisch, dass er viel besser sehe. Solch rasche Besserungen sind daher möglich.

E. Pólya: Die Dekompressionstrepanation ist bei Gehirntumoren keine ideale, sondern nur eine Notoperation, zu der wir greifen, wenn es nicht gelingt, den Geschwulstsitz klinisch festzustellen, wo aber die Symptome, besonders die mit Erblindung drohende Stauungspapille eine Herabsetzung des intrakraniellen Druckes dringend erfordern, ferner dann, wenn bei der Operation die Geschwulst nicht zu finden ist, oder aber diese sich als inoperabel erweist. Ist die Geschwulst genau lokalisiert und entfernbar, so ist sozusagen in jedem Falle deren radikale Beseitigung durchzuführen. Eine Ausnahme würden höchstens solche Geschwülste bilden, deren Beseitigung den Kranken z. B. seines Sprachvermögens berauben würde, ferner das Medulloblastoma cerebelli, das nach den grossen Erfahrungen von *Cushing* mit Dekompression und Radiumbestrahlung erfolgreicher zu behandeln ist, als durch radikale Beseitigung. Die Dekompressionstrepanation sei keineswegs eine ungefährliche Operation, gerade in schweren Fällen von Gehirndruck gefährdet

die plötzliche Änderung der intrakranialen Druckverhältnisse unmittelbar das Leben des Kranken, besonders durch Kompression des verlängerten Markes und diese Gefahr wird noch gesteigert, wenn die Trepanation an einem ungeeigneten Ort, z. B. bei supratentorialer Geschwulst subokzipital erfolgt. In blutreichen Geschwülsten kann die plötzliche Druckverminderung Blutung herbeiführen, was gleichfalls binnen Kurzem zum Tode führen kann. Sicher ist ferner, dass die Dekompressionstrepanation bei vorgeschrittenen, oder rasch wachsenden Gliomen im Zustand der Kranken keine wesentliche oder überhaupt keine Besserung herbeiführt, doch gibt es Fälle, wo sie den Kranken Monate, ja sogar Jahre lang eine erträgliche Existenz sichert und die Sehkraft rettet und es kommt auch vor, dass der Kranke dauernd symptomfrei wird. Er sah z. B. vor kurzem einen seiner Patienten, bei dem er wegen schwerer, auf Gehirntumor verweisenden Symptome vor 14 Jahren eine subtemporale Dekompression durchführte. Dieser lebt zur Zeit normal, ist beschwerdefrei, arbeitsfähig und hat eine Familie gegründet. In solchen Fällen ist freilich die Annahme berechtigt, dass die Gehirndrucksymptome nicht durch eine Geschwulst, sondern durch andere Ursachen ausgelöst wurden. Aber gerade in solchen Fällen besitzt die Dekompressionstrepanation eine lebensrettende Bedeutung. Beiluetischen Veränderungen, die mit einer intrakranialen Drucksteigerung einhergehen, wirkt die antisyphilitische Behandlung oft nur dann entsprechend, wenn die Dekompressionstrepanation die Blutzirkulation im Gehirn gebessert hat.

E. Grósz: Hinsichtlich der beiden von *Liebermann* aufgeworfenen wichtigen Fragen ist er der Ansicht, dass das Vorhandensein von Lues bei Stauungspapillen die antiluetische Behandlung indiziert. Führt diese jedoch nicht zum Ziel, so tritt die Notwendigkeit der palliativen Trepanation in den Vordergrund. Die Stauungspapille motiviert auch dann, wenn keine anderen Symptome vorhanden sind, den Eingriff. Die von *Ranschburg* geforderte Differenzialdiagnose der Stauungspapille gelingt in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle. Übergansformen sind selten. Die Konfusion wird vielmehr dadurch verursacht, dass die Bezeichnung: Papillitis, sowohl für die Stauungspapille, wie auch für exsudative Sehnervenatrophie bemüht wird. In der englischen Sprache wird die Unterscheidung auch durch die Benennung gesichert. Die palliative Trepanation ist nur in solchen Fällen gefährlicher, als die Radikalooperation, wo der Eingriff verspätet erfolgt. Beim Zuwarten, dass eine Lokalisation ermöglicht wird, erfolgt häufig die Verspätung. Die gemeinsame Beratung der Vertreter der verschiedenen medizinischen Fächer ist berufen, durch rechtzeitig erfolgenden Eingriff die Mortalität herabzusetzen und die Resultate günstiger zu gestalten.

NACHRICHTEN.

Der neue Rektor der Szegeder Universität. Die Szegeder Franz Josef-Universität hat zum Rektor für das Studienjahr 1930/31 einstimmig den Dekan der juristischen Fakultät ö. ordentlichen Universitätsprofessor Dr. *Franz Kováts* gewählt; Prof. *Kováts* hat die Wahl angenommen.

Hochschulnachrichten. Der Kultus- und Unterrichtsminister hat die Habilitierung zu Dozenten des Universitätsadjunkten Dr. *Ete Burg* für Diagnostik der gynäkologischen und geburtshilflichen Krankheiten und des Universitätsassistenten Dr. *Ladislaus Teschler* für Krankheiten des Nervensystem an der medizinischen Fakultät der Pécsér Elisabeth-Universität bestätigt.

Personalnachrichten. Der Oberbürgermeister hat an Stelle des pensionierten Direktor-Chefarztes Dr. *Emerich Busch* den a. o. Universitätsprofessor Dr. *Josef Guszman* zum Vorstand der dermatologischen Abteilung des St. Stefan-Spitals ernannt.

VI. Internationaler Kongress für Unfallheilkunde und Berufskrankheiten in Genf. Professor *Juillard* in Genf verständigte die Mitglieder des ständigen internationalen Komitees für Unfallheilkunde und Berufskrankheiten, dass der VI. Internationale Kongress im August 1931 in Genf stattfinden wird. Die ungarischen Mitglieder des ständigen Internationalen Ausschusses Professor *Tibor Verebely*, Staatssekretär *Tibor Györy* und Universitätsprofessor *Wilhelm von Friedrich* haben beschlossen, in Ungarn die Vorarbeiten zur Teilnahme an diesem Kongress einzuleiten und die ungarischen Ärzte aufzufordern, in möglichst grosser Zahl an dem Kongress teilzunehmen.

Ärztlicher Fortbildungskurs. Das Zentralkomitee für ärztliche Fortbildung veranstaltet in den Budapester Universitätskliniken vom 16--20. Juni d. J. einen einwöchentlichen Fortbildungskurs für Ärzte. Als Vortragende figurieren ausländische und Budapester Universitätsprofessoren, und zwar: *Fr. v. Müller* (München), *F. v. Sauerbruch* (Berlin), *A. v. Szily* (Münster), Freiherr *A. v. Eiselsberg* (Wien), *K. E. Wenckebach* (Wien), sowie Baron *Alexander Korányi*, *Tibor v. Verebely*, *Stefan v. Tóth*, *Karl Schaffer Béla Johan*.

Anmeldungen zur Teilnahme an dem Kurs sind bis 5. Juni an die Kanzlei des Zentralkomitees für Ärztliche Fortbildung (Budapest, VIII., Mária-utca 39, I. Augenklinik) zu richten.

Der Minister für Volkswohlfahrt hat am 2. d. M., eine Zirkularverordnung an die Munizipien gerichtet, die aufgefordert werden, die Aufmerksamkeit der auf ihrem Gebiet wirkenden Ärzte auf die Teilnahme an den Ärztlichen Fortbildungskursen zu lenken und deren Teilnahme an denselben nach Möglichkeit durch Unterstützungen zu fördern.

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.