

Verhandlungen der Ungarischen Ärztlichen Gesellschaften

Wissenschaftliche Berichte und Nachrichten aus Ungarn

Erscheint unter Mitwirkung des Schriftleitungsaus-
schusses 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.



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

Sürgőnycim: {
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 Rekonvaleszenten, 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 Kurbelhefe, Höhenkuren, Winterkuren, Diät-kuren, Wintersport. ▲ Pauschalpreis 5 Mahlzeiten 18 1/2 Pengő aufwärts, österreichische Bahnermässigung 25%.

Ganzjähriger ununterbrochener Betrieb. ✂ Näheres durch die Prospekte.



DIE PISTYANER SCHLAMMKOMPRESSE "GAMMA"

ist das wertvolle Therapeuticum des
praktischen Arztes bei Hauskuren gegen
Rheuma. Hauptlager: Pistyan-Bureau,
Budapest, VII., Károly-körút 3/a, II. 8.

PETER FISCHER & COMP. A.-G.

Fabrik medizinisch-chirurgischer Instrumente

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

GEGRÜNDET IM JAHRE 1856.

Besitzer zahlreicher Auszeichnungen.

TELEPHON: Automat 115—13 und 115—19.

Ärztliche Einrichtungen in erstklassiger Ausführung und zu sehr mässigen Preisen.
Alleinvertrieb der rostfreien Instrumente von

Stilles Stockholm in Ungarn.

St. Margaretheninsel

BUDAPEST, Ungarn.

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



Chefarzt: Professor Dr. von **DALMADY**

Obermedizinalrat: Dr. **CZYZEWSKY**

Sanatoriumchefarzt: Dr. **BASCH**

Verhandlungen der Ungarischen Ärztlichen Gesellschaften

Wissenschaftliche Berichte und Nachrichten aus Ungarn

Erscheint unter Mitwirkung des Schriftleitungsaus-
schusses 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, ganzjährig geöffnet.
Wiener Telefon Nr. R. 33-5-65 Serie.
Chefarzt und Direktor Dr. M. Berliner.

Als Manuskript gedruckt.

Nachdruck der Sitzungsberichte nur in der Berichtsform zulässig.

Inhalt: Gesellschaft der Spitalsärzte. — Nachrichten.

Gesellschaft der Spitalsärzte.

Sitzung am 30. April 1930.

M. Pavlik: *Röntgenbild eines Mediastinalabszesses.* Die 16-jährige Patientin meldete sich vor vier Wochen mit einer Laugenvergiftung zur Sondenbehandlung. Sonde Nr. 10 bleibt 31 cm von der Zahnreihe stecken, das Weiterschieben wird nicht forciert. Am nächsten Tag Schmerzen in der Brustbein- und Seitengegend. Fieber mit 38 C°. Sie wird mit Verdacht auf Ösophagusperforation behandelt. Einige Tage hindurch keinerlei Perkussions- und Auskultationssymptome, nach drei Tagen auf der linken Seite der Wirbelsäule Dämpfung, über dieser Bronchialatmen. Nach einer Woche Röntgenuntersuchung. Im hinteren Mediastinum findet sich hinter dem Herzen Flüssigkeit, Gasblase, die als mediastinaler Abszess betrachtet werden. Das zu Beginn schwankende und hohe Fieber wird allmählich subfebril. Der Zustand bessert sich. Nach 10 Tagen neuere Röntgenuntersuchung. Nun sieht man im hinteren Mediastinum keine Flüssigkeit und Gasansammlung, dagegen findet sich neben der linken Seite des Herzens ein mit diesem parallel verlaufendes, fingerbreites, scharf konturiertes Band, welches die untere Partie des

hinteren Mediastinum ausfüllt (Mediastinitis). Nach zwei Tagen ist die Temperatur 40°C . Der Zustand und der physikalische Befund verschlechtern sich, der Temperaturverlauf wird septisch. Bei der Röntgenuntersuchung findet sich der Abszess neuerlich im hinteren Mediastinum in der Form von Flüssigkeit, Gasansammlung. In der linken Lungenhälfte zeigt sich nahezu in der ganzen Länge derselben eine konfluierende bündel- und fleckenförmige Infiltration (Pneumonie). Operation zwei Tage später. Mediastinotomie nach *Enderlen*, der Abszess wird extrapleural eröffnet, entleert und drainiert. Exitus am nächsten Tag. Bei der Sektion findet sich der Ösophagus in der Höhe der dritten Rippe perforiert, er kommuniziert durch einen schmalen Gang mit der Abszesshöhle. Die vordere Abszesswand wurde durch den hinteren Teil des Pericardiums, die laterale Wand, durch die paravertebrale Partie des linken oberen Lungenlappens, die mediale Wand durch Aorta und Wirbelsäule begrenzt. Der Abszess war in die Lunge nicht eingebrochen. In der linken Lungenhälfte konfluierende Bronchpneumonie. (Demonstration der zu verschiedenen Zeiten angefertigten Röntgenbilder.)

L. Scheitz: Die Eröffnung des hinteren Mediastinums wurde nach *Enderlen* durchgeführt — diese gestattet den besten Einblick — mit jener von *Küttner* empfohlenen Modifikation, dass auch die Querfortsätze der Rückenwirbel zum Teil amputiert wurden. Nachdem nur von einer Abszesseröffnung die Rede war, begnügten sie sich mit der Amputation der Rippen V—VII, obwohl *Enderlen* die Rippen III—IX entfernt. Sie hatten auch so eine gute Übersicht. Die Operation wurde mit Anästhesie zwischen den Querfortsätzen und interkostal durchgeführt. Bei der Freilegung der Abszesshöhle wurde jedoch für kurze Zeit Dinitrogenoxydul-Oxygenrausch verwendet. Die Lösung der Pleura parietalis von der Wirbelsäule gelang ohne besondere Schwierigkeiten, worauf sich der Abszess öffnete und das seitwärts liegende Herz gut sichtbar wurde. Die Ösophagusperforation war nicht sichtbar.

B. Kelen: *Die Röntgentherapie der Karzinome.* Einleitend schildert er die Entwicklung der Röntgentherapie vom ersten Versuch im Jahre 1896 bis zur heutigen technischen Vollendung, und erörtert ihre Vor- und Nachteile gegenüber den chirurgischen Verfahren. Er beschäftigte sich mit der Strahlenwirkung, deren histologischen und biologischen Folgen, mit den direkten und indirekten Strahlenwirkungen. Er erörtert sodann die mit der Bestrahlung gleichzeitig versuchten anderen Verfahren, wie die nicht spezifische Proteintherapie, Serumbehandlung, Organotherapie, Vitaminwirkungen und anderen Theorien. Er schildert die Steigerung der Tumorenempfindlichkeit durch intravenöse Traubenzuckerinjektionen, und demonstriert die Statistik der erzielten günstigen Resultate. Nach einer Besprechung der durch unrichtig applizierte Röntgentherapie verursachten Schädigun-

gen referierte er über seine eigenen Fälle und demonstrierte das Krankenmaterial des letzten Dezenniums in Tabellen. Er schilderte die Krebserkrankung der verschiedenen Organe, die durch Röntgentherapie erzielten Besserungen und Heilungen. Schliesslich erwähnte er die prophylaktischen Bestrahlungen und fasste die Indikationen und Kontraindikationen der Röntgentherapie in Punkten zusammen.

D. O.-Kuthy reflektiert auf die Ausführungen von *Árpád Torday* über Lungenkrebs. In der neueren Literatur wird die Vermehrung der Lungenkrebsfälle oft betont. Dozent *Saupe* (Dresden) hat mit *Rostoski* die aktiven und invaliden Bergleute in Schneeberg (Sachsen) und Umgebung jahrelang beobachtet und sie haben festgestellt, dass bei 52% der während dieser Zeit Verstorbenen der Tod durch Lungenkrebs herbeigeführt wurde. Nach *Breckwold* ist in Hamburg der Lungenkrebs fünfmal häufiger als früher, die ätiologische Schädigung findet *Lorentz* in den Auspuffgasen der in den Städten verkehrenden Motoren. Die Luftverschlechterung durch die Produkte der unvollkommenen Verbrennung soll den Hauptreiz zur Einleitung der bösartigen Proliferation des bronchialen Krebses bei den für Krebs disponierten Individuen abgeben. Von einer solch hochgradigen Vermehrung ist nach den Angaben von *Krompecher* und *Zulka* bei uns keine Rede, was zum Teil auch mit der Verbesserung der Diagnostik zu erklären ist. Sofern die Lungenkrebsfälle sich tatsächlich nicht vermehren, so hat hieran auch die Besserung der Tuberkulosetherapie einen Anteil. Es ist dies eine ähnliche Erscheinung, wie das häufigere Vorkommen von Thrombosen und Lungenembolien. Mit der Vervollkommenung der Herztherapie wird die Lebensdauer verlängert, so dass sich mehr Gelegenheit zur Ausbildung der erwähnten Krankheitsbilder bietet. Bezüglich des Zusammenhanges zwischen Krebs und Lungentuberkulose vertrat *Rokitansky* die antagonistische Theorie. Diese Anschauung kann nicht ganz starr aufrechterhalten werden, denn wie wir wissen, können die beiden Leiden im selben Organ synchron vorhanden sein (*Fricke* hat 1907 in der Literatur bereits den siebenten Fall von gleichzeitiger Mamma-Tbc. und Krebs beschrieben, *Matzdorff* aber hat vor drei Jahren einen als Portiokarzinom diagnostizierten Fall veröffentlicht, von welchem sich herausstellte, dass er zum grossen Teil Tbc. und nur zum geringen Teil Cc. ist), doch muss in der Hypothese von *Rokitansky* ein gesunder Kern liegen. *Zoltán Léndárt* hat bereits 1918 die Seltenheit des gemeinsamen Vorkommens von Kehlkopf-Tbc. und Cc. betont. *Franke* verwies im vorigen Jahr darauf, dass unter den ostpreussischen Juden zahlreiche Lungenkrebskrankungen vorkommen, wobei der relative Tbc.-Schutz des längst urbanisierten Judentums bekannt ist. Von den 94 Lungen-Cc. Fällen der Königsberger Klinik litten nur wenige vorher an Tbc. Nach den im März 1926 veröffentlichten Versuchen von *Sentanni* und seinen Mitarbeitern konnte an krebsskranken Mäusen selbst mit den aktivsten Tbc.-Bazillenkulturen nur eine abortive Form der Tbc. herbeigeführt werden, wenn aber Mäusen mit lebenden Tbc.-Bazillen gemischte Adenokarzinomemulsion eingeimpft wurde, so blieb die Inokulation regelmässig erfolglos und es entwickelte sich kein Krebs. In seinem Spitalsmaterial gab es von 1927 bis jetzt in 3½ Jahren insgesamt 9 durch Sektion bestätigte primäre Lungenkrebsfälle, obwohl die verdächtigen Fälle, auf welche neuerlich auch die Nega-

F. Müller: a) *Lichen ruber planus*. Nach einer Schilderung der Ätiologie und Therapie des Leidens, demonstriert er die Patientin. Bei der 50jährigen Frau traten vor drei Monaten heftig juckende Ausschläge auf, die sich allmählich über den ganzen Körper verbreiteten. Gut entwickelte und genährte Patientin, mit stecknadelkopfgrossen, polygonalen, flachen, typischen Lichenpapeln auf Rumpf und Extremitäten. Diese sind stellenweise dicht gelagert und bilden eine pflasterartige Zeichnung. Auf der bukkalen Schleimhaut findet sich eine netzartige milchige Veränderung. Innere Organe o. B. Schliesslich beschäftigt er sich mit der Differenzialdiagnose, durch die sie sich vom papulösem Ekzem der Neurodermitis, dem kleinpapulösen Siphilid und der Psoriasis punctata unterscheidet.

b) Pytiriasis rosea Gibert. Bei dem 22jährigen Patienten entstand vor drei Wochen in der rechten Hüftengegend eine ovale, grellrote Veränderung, deren Mitte schuppte, ferner fanden sich am Rumpf und an den Extremitäten kleine stecknadelkopfgrosse Papeln, die den Eindruck von Miliaria rubra machten. Stufenweise entwickelte sich jedoch das typische Bild der Pytiriasis rosea. Zur Zeit sind die Plaques konfluiert und sie schuppen so, dass das Bild leicht mit dem des Ekzema seborrhoicum zu verwechseln ist. Im vorliegenden Falle gab es einen atypischen Krankheitsverlauf der Pytiriasis rosea, doch hat das frühzeitige Auftreten der Plaques keinen Zweifel hinsichtlich der Diagnose gelassen.

E. Brezovszky: *Epidermolysis bullosa dystrophica (Hallopeau)*. Diese Erkrankung beruht auf einer embryonalen Konstitutionsanomalie, infolge welcher die Haut auch auf geringe mechanische Reize mit der Bildung von rein serösen oder blutig serösen Blasen antwortet. Diese Blasen können entsprechend dem Grad des mechanischen Insultes und der Überempfindlichkeit des betreffenden Organismus hirsekornhaselnuss-, ja nussgross sein. Der Kranke ist ein 13jähriger Schüler, dessen Vater angeblich an einer juckenden Hautkrankheit leidet. Beim Kind traten schon wenige Monate nach der Geburt Blasen mit wasserklarem Inhalt auf. Als

Einjähriger hat der Knabe den Körper (besonders Unterschenkel, Knie und Ellbogen) angeschlagen, es entstanden Blasen. Wegen den ständigen Juckreizes kratzte er sich, infolgedessen traten Blasen auf, nach deren Verschwinden atrophische und feinnarbige Veränderungen zurückblieben. Im Sommer treten Blasen häufiger auf und sein Zustand ist schlechter als im Winter. Schwitzen. Allgemeine Adenopathie. Zahl der Leukozyten 11,400. Erythrozyten 4,400,000. Pirquet-Reaktion positiv. Urin normal. Am Hals bis zum Sternum stechnadelkopf-linsengrosse, weisse, glänzende, atrophische und narbige Gebiete, in der Bauchgegend ähnliche Veränderungen in Streifenform. Solche Veränderungen finden sich ferner am Hinterkopf, auf den Schulterblättern und dem Hosenbund entlang, ferner auf den Schenkeln, den Hinterbacken und der Vorderfläche der Unterschenkel. Die Haut ist über beiden Ellbogen und Knien scharf begrenzt rotbraun und atrophisch. An verschiedenen Partien des Rumpfes finden sich Blasen mit wasserklaren, oder blutig serösen Inhalt. Auf der Vorderfläche der Unterschenkel finden sich gruppenweise hirsengrosse miliumartige epidermale Zysten. Die Nägel der Finger I., II., III. sind atrophisch (Onychogryphosis). Auf der Wangenschleimhaut, beiderseits dem Molarzahn entsprechend stechnadelkopfgrosse Zystengruppen. Auf Jodtinktur und verschiedene reizende Salben kann keine Blasen-eruption ausgelöst werden. Therapie: Arsen per os und Bucki-Röntgenbehandlung.

A. Gaal erörtert das histologische Bild der Epidermolysis bullosa. Die primäre Veränderung sitzt in den tieferen, aus Gewebsbündeln bestehenden Schichten der Lederhaut, in den histologischen Schnitten fand er hyaline Degeneration. Seiner Ansicht nach ist die Saftzirkulation infolge der Degeneration dieser Schicht zwischen dem Corpus papillare des Corium und der tieferen Schicht gestört, eine Folge dessen sei die gesteigerte Durchlässigkeit der Gefässe im Corpus papillare des Corium, die zu einer feuchten Infiltrierung der papillaren Schicht führt. Wird dieses empfindliche Gewebsgebiet von einer mechanischen Einwirkung getroffen, so dringt das angesammelte Serum infolge der Verletzung der Epidermiszellen zwischen die einzelnen Schichten der Haut und es entsteht eine zirkumskripte Blase. Chemische Reize, die nur auf die oberflächlichen Epidermiszellen wirken, aber zwischen den Hautzellen keine Verletzung verursachen, führen nicht zur Blasenbildung. Es ist anzunehmen, dass solche chemische Reize, die imstande sind, die Gefässpermeabilität zu steigern, zwischen Epidermis und Corium, oder zwischen den Zellen der Epidermisschichten gleichfalls Blasenbildung herbeiführen. Im Corpus papillare besteht daher eine ständige Lymphstauung, stellenweise findet sich produktiver Gewebsreiz, der sich in einer Neubildung von jungen Blutgefässen und dem Auftreten von jungen Granulationsgeweben äussert. Nach langem Bestehen des Prozesses findet sich eine Atrophie der Epidermis, ein grosser Teil der neugebildeten Gefässe schliesst sich. Die stufenweise fortschreitende Gefässobliteration führt zu einer Verminderung

der Säfteproduktion und infolge Verschlechterung der Ernährungsverhältnisse zu einer langsamen Atrophie der Epidermis. Diese Erscheinungen können auch erklären, dass die Bereitschaft der Epidermis zur Blasenbildung im vorgeschrittenem Alter abnimmt, ja in manchen Fällen der Prozess von selbst heilt. Seine histologischen Untersuchungen ergaben keinerlei Anhaltspunkt auf die Frage, wie die primäre hyaline Degeneration der Tunica propria des Coriums erklärt werden könnte. Das Auftreten von Epithelzysten hält er auf Grund ihres histologischen Bildes im Einklang mit anderen Autoren, die sich mit dieser Frage beschäftigt haben, gleichfalls als sekundär. Ebenso auch die entzündlichen Veränderungen, deren Ergebnisse später die auf dem befallenen Gebiet aufgetretenen Narben wären.

E. Brezovszky: *Fälle von Mikrosporiasis.* Der Erreger der Mikrosporiasis ist das Mikrosporon Audonini. Es ist das eine vollkommen neue Erkrankung, die hauptsächlich in Frankreich, Paris, London, Hamburg, Belgien usw. vorkommt. In Ungarn wurde sie nur nach dem Weltkrieg 1921 zuerst beobachtet. Diese Pilze gedeihen in der Luft am besten bei Zimmertemperatur, hauptsächlich auf dem Sabourand-Maltose-Glukose und Peptonagar. Das Leiden ist überaus hartnäckig und langwierig. Bei 2—14jährigen Schulkindern, Waisenhaus- und Anstaltszöglingen tritt es auch epidemisch auf. Wird es nicht behandelt, so kann es jahrelang bestehen, zur Pubertätszeit kann es jedoch spontan heilen. Der Vortragende demonstrierte drei Kranke, einen 6jährigen Knaben, der seit drei Jahren in der Provinz gepflegt wurde und dort von den Schulkindern infiziert worden ist. Auf der rechten Seite des Kopfes, auf einem 3—4 cm grossem Gebiet, am Schädeldach und auf der linken Seite des Kopfes finden sich mehrere kleine und grössere zirkuläre, weisse, schuppene Hautveränderungen, wo die Haare nahezu vollkommen fehlen, oder abgebrochen sind. Auf beiden Seiten des Halses können zahlreiche Lymphdrüsen palpiert werden. Seine zwei Brüder übersommerten 1929 in Gelse, wo sie mit Kinder spielten, die am Kopf ähnliche Veränderungen hatten. Bei beiden finden sich am behaarten Kopf zirka 15—20 linsen- bis talergrosse, schafgeränderte, runde, stark schuppene, weisse Veränderungen. Die Kopfhare sind in ungefähr 2 mm Höhe gleichmässig abgebrochen. Am Hals bohnen-grosse Lymphdrüsen. Therapie: Kombinierte Epilation (mit Röntgen und Thallium aceticum), sodann desinfizierende Flüssigkeiten und Salben.

O. Schütz: *Die Karzinoide des Wurmfortsatzes.* Er untersuchte im histopathologischen Material des St. Stefan-Spitals fünf Wurmfortsatz-Karzinome. Sie alle stammen von Frauen, drei derselben zeigten keine spezielle Induration. In vier Fällen fand er in der Appendixwand ein der chronischen Entzündung entsprechendes Bild, in einem Fall finden sich keine Symptome der Entzündung. Bei Anwendung der

Silberreduktionsmethode nach *Hasegawa* erwiesen sich alle fünf Fälle als argentaffin. Die Fett- und Lipoidreaktionen sind verschieden und unabhängig von der Silberaffinität. Alle Karzinoidinfiltrationen zeigten Wachstumsneigung.

Sitzung am 21. Mai 1930.

I. Zorkóczy: *Talma-Operation bei kardialer Zirrhose eines 12jährigen Kindes.* Bei einem 12jährigen an Bikuspidal-Insuffizienz und Stenose leidenden Kinde trat nach Ablauf der Perikarditis und mehrfach wiederholter Dekompensation Leberzirrhose und Aszites auf. Nach Durchführung der Talma-Operation wurde der Aszites langsam und stufenweise resorbiert. Anfangs waren auch nach der Operation Punktionen und Novurit-Injektionen notwendig, vier Monate nach der Operation war es nicht mehr nötig harntreibende Mittel zu verabreichen, der Aszites bildete sich stufenweise zurück und beim Kranken trat der Zustand der vollkommenen Kompensation ein. Der Vortragende ist der Ansicht, dass die Stabilisierung der Kompensation gleichfalls eine günstige Wirkung der Operation sei.

A. Torday: Bei Zirrhosen sei ausser den Diuretica das Ammonium chloratum angezeigt, mit diesem kann die Wirkung derartiger Präparate gesteigert werden. Obwohl die Nieren gesund sind, ist die Diurese bei diesem Leiden zumeist minimal, weil die Leber das Wasser zurückhält. Die Wirkung der quecksilberhaltigen Diuretica kann in solchen Fällen zum Nachweis der Leberläsion verwendet werden, worauf bereits *Viktor Weiss* hingewiesen hat.

A. Göbl: *Lungentuberkulosefälle.* a) Bei dem 31jährigen Unteroffizier seit fünf Jahren geringes Sputum, Rückenschmerzen, Husteln, manchmal subfebril. Im oberen Dritte des Interskapularraumes hier und da einige schwach konsonierende mittelblasige Rasselgeräusche, Sputum dauernd Koch-positiv. Röntgen: R. Spitze trüb, im Subapex zum Teil konfluierende Infiltration mit nussgroßem Kavum. Nachdem während der 6 Monate dauernden, Beobachtung das Sputum K.-positiv blieb, obwohl das Körpergewicht um 7 Kilogramm zugenommen hatte und Px-Versuche sechsmal erfolglos geblieben, wurde die extrapleurale Plombenoperation durchgeführt (op. von M. Dubay) 200 Gramm Richter-Masse sec. Sauerbruch. Heilung p. p. Das Sputum wurde alsbald negativ. Der Kranke arbeitet und entleert kein Sputum.

b) 21jährige Beamtin. Erkrankung im November 1928. Husten und Sputum. Seit Februar 1929 verschlechtert sich der Zustand. Achselhöletemperatur bis 38,5 C°. Rückenschmerzen links, manchmal Nachtschweisse und mässiges Herzklopfen. Bei der gutentwickelten und genährten Patientin finden sich im unteren Drittel des rechten Interskapularraumes einige kleinblasige nasse Rasselgeräusche. Röntgen-

Malariaremissionen. Trotz der Reichhaltigkeit der Fachliteratur erscheint es überflüssig, vom gerichtlichen Standpunkt die Bedeutung der Malariaremissionen besonders hervorzuheben. Unserer Ansicht nach, gilt vom forensischen Gesichtspunkt für die Malariaremissionen das gleiche, was für Remissionen anderer Art im Allgemeinen geltend ist. Im Anschluss an die Remissionen tauchen zwei wichtige Fragen auf. Die erste ist, wie lange nach der Behandlung der optimale Grad der Remission eintritt, die zweite Frage ist, welchen Grad die Remission erreichen muss, damit diese forensisch eine entscheidende Bedeutung habe. Den optimalen Zeitpunkt des Eintrittes der Remission schätzt *Kaufmann* von 3—4 Monate bis 1—3 Jahre nach der Malariabehandlung. Dieser Zeitpunkt tritt aber für die einzelnen Fähigkeiten nicht gleichmässig ein. Leider besitzen wir zur Feststellung des Remissionsgrades keine geeignete Methode. Die pseudo-exakten experimentell-psychologischen Methoden (wie sie z. B. *Kaufmann* angibt) sind hierfür nicht geeignet, weil die Besserung auf den einzelnen psychischen Gebieten nicht gleichmässig eintritt. Nach *Kaufmann* bessern sich die logische Erinnerungsfähigkeit in 91, das präzise Lesen in 75, der Schriftcharakter in 72·7, die Schnelligkeit des Schreibens in 63·3 und die Auffassung für Zahlenreihen in 60%. Die andere Methode ist die Prüfung der Berufstätigkeit. Dieser Begriff ist derart relativ, dass er zur Aufstellung von Regeln vollkommen ungeeignet ist. Die Kriminalität der paralytischen Demenz weist nach *Birnbaum* vier Typen auf. Der eine Typ besteht aus dem intellektuellen Defektkomponent, es finden sich da hauptsächlich die intellektuellen Kurzschlusshandlungen sowie Nachlässigkeits- und Unüberlegtheitsdelikte im Beruf. Der zweite Typ umfasst die durch Impulsivität und Hemmungslosigkeit entstandenen Delikte, hauptsächlich auf dem Gebiete der Pflicht, Verantwortung, Sittlichkeit und Moral. Der dritte Typ umfasst die kleinkriminellen Fälle der sozialen Entgleisung. So kommen Arbeitsscheu, Betteln, Vagabondage und Prostitution vor. Schliesslich ist der asoziale Typ bekannt: der paralytische Vagabund. All diese Deliktgruppen können in den engen Kreis irgend einer Form der geistigen Fähigkeiten nicht eingezwängt werden. Bei Besserung des intellektuellen Defektkomponenten müsse noch immer mit der Rolle der Impulsivität und Hemmungslosigkeit, oder mit der moralischen und ethischen Depravation gerechnet werden. Hieraus folgt, dass in kriminellen Fällen die Remissionen nach unserem Standpunkt niemals den Grad erreichen, dass bei zweifellos bestehenden Paralyse die Zurechnungsfähigkeit hergestellt wird, und wir wagen es niemals mit Sicherheit zu behaupten, dass die Paralyse so weit gebessert ist, dass der Betreffende für seine kriminellen Taten bereits verantwortlich ist. Viel milder ist unser Stand-

kombinierte Balloneröffnung mit vorsichtiger Extraktion angewendet. In zwei Fällen wurde auch der Bossi-Dilatator verwendet, worauf die Wendung auf den Fuss und Extraktion durchgeführt wurde. Die mütterliche Mortalität war insgesamt 2, d. i. 5·4%, hievon eine Verblutung wegen Placenta accreta und ein Fall von Sepsis, die Kranke gelangte tamponiert und fiebernd in unsere Abteilung. Unsere Fruchtmortalität ist 43%. Obwohl in der Abteilung die Sectio caesarea nicht abgelehnt wird, wird dennoch die Geburt nach Möglichkeit mit den alten, bewährten und einfachen Verfahren beendet.

B. Nádory: 37 Fälle sind nicht viel, doch repräsentieren sie das 7jährige Material der Abteilung, aus welchem Lehren abgeleitet werden können, in welcher Weise diese Komplikation während der Schwangerschaft und Geburt auch mit einfachen Verfahren vollkommen erfolgreich zu lösen ist, und zwar nicht nur mit der Sectio caesarea, sondern hauptsächlich durch Balloneröffnung und Wendung, was er hauptsächlich für den praktischen Arzt für wichtig und erwähnenswert hält.

B. Hegedüs: *Durch Geburt verursachte Symphysenspaltung.* Der Vortragende beschäftigt sich im Anschluss an zwei Fälle mit der Bedeutung der Symphysenluxation während der Geburt. Er verweist auf das häufige Vorkommen derselben, deren wichtigste Ursache abgesehen von Gelenkerkrankungen die im Anschluss an die Lockerung während der Schwangerschaft aufgetretene Erweiterung, hauptsächlich nach dem Riss irgend eines die Symphyse verstärkenden Bandes, während vorausgegangener Geburten ist. Das ist keine Ruptur, weil sie weder die vollkommene Spaltung des Gelenks, noch dauernde Gehstörungen verursacht. Es zeigen sich nur einige Schmerzen und vorübergehende Gehstörungen. Diese Störungen treten manchmal bereits gegen Ende der Schwangerschaft auf, und zeigen dann im Wochenbett vorübergehende Verschlimmerung. Dies sei besonders vom forensischen Gesichtspunkt wichtig, wenn die Symptome der Luxation eventuell postoperativ auftreten und die Kranken mit Schadenersatzansprüchen kommen.


K. Burger: Bei den während der Geburt entstandenen Symphysenverletzungen kann nicht jedesmal eine mechanische Ursache nachgewiesen werden. In einem Fall wurde nach der Spontangeburt von Zwillingen eine schwere Symptome aufweisende Symphysenverletzung beobachtet, die in die zweite Gruppe nach *Kehrer* eingeteilt werden konnte, in diesem Falle gab es keinerlei Operation und die Früchte waren so klein (2300, resp. 2450 Gramm), dass deren Passage keine Schädigung des knöchernen Beckenringes verursachen konnte.

J. Szili: Die beiden Fälle wurden der Gesellschaft demonstriert, weil sie einerseits selten, andererseits lehrreich sind. In seiner Abteilung gab es unter ungefähr 15,000 Geburten zweimal Luxation

NACHRICHTEN.

Die Behandlung der Gallensteinkrankheit (Az epeköbetegség gyógyítása) von Dr. *Siegmund Szerb*, Budapest, Verlag S. Szöllösi. Primarius Dr. *Siegmund Szerb* ist seit vielen Jahren ein bekannter und gesuchter Spezialist der Krankheiten der Verdauungswege. Er nahm die Feder in die Hand, um dem Publikum Ratschläge zu erteilen, wie Krankheiten des Verdauungsstraktes zu vermeiden sind, ferner, was sie zu tun haben, wenn sie krank geworden sind, um die Schmerzen zu lindern. Die Gallensteinkrankheit ist ja eine der häufigsten und schmerzhaftesten Erkrankungen der Verdauungswege. Seine Darlegungen über die Prophylaxe der Gallensteinkrankheit und die Regeln die er hiebei aufstellt, bilden gleichzeitig einen Wegweiser der rationellen Ernährung. In seinen Darlegungen über die Behandlung der Krankheit vermeidet er die medizinischen Details, die ja in Ermangelung der entsprechenden grundlegenden Kenntnisse ohnehin unangebracht wären. Er ist bestrebt eine solche Lebensführung zu empfehlen, welche den Acluss der Galle sichert und das Entstehen von Steinen verhindert. Besondere Kapitel erörtern die Behandlung des Anfalles und die in der anfallsfreien Zeit durchzuführenden Kuren. Schliesslich stellt er die Grenzen fest, bei deren Überschreiten die Kranken dem Chirurgen zu überantworten sind. Das Werk ist überaus flüssig und populär geschrieben.

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

 A dolgozatot az MKK Egyesület <http://mek.oszk.hu/nyelvetud/megjegyzesek> és SZT Arhívumban elhelyezte.