

HEILBAD UND HOTEL ST. GELLÉRT BUDAPEST

**47° C warme, radioaktive
Thermalquellen.**

Die vollkommensten ärztlich-technischen Einrichtungen. Mit besonderem Erfolg angewendet bei Rheuma, Gelenkleiden, Neuralgie, Gicht usw.

**Das Kurhotel ist mit den Bädern
in unmittelbarer Verbindung.**

240 modernst und mit allergrösstem Komfort eingerichtete Zimmer. Erstklassige Küche. Einbettiges Zimmer von 8—14 Pengő, zweibettiges Zimmer von 14—24 Pengő. Thermal-Wellenbad.



St. Margaretheninsel

BUDAPEST, Ungarn

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



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

Verhandlungen der Ungarischen Ärztlichen Gesellschaften

Wissenschaftliche Berichte und Nachrichten aus Ungarn

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

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

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

Mässige Preise, ganzjährig geöffnet.
Wiener Telephon Nr. R. 33-5-65 Serie.
Chefarzt und Direktor *Dr. M. Berliner.*

Als Manuskript gedruckt.

Nachdruck der Sitzungsberichte nur in der Berichtsform zulässig.

Inhalt: Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte. — Elisabeth-Universität in Pécs. — Nachrichten.

Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte.

Sitzung am 14. März 1931.

B. Gyulay: *Eine sehr wirksame neue Methode der Veneninfusion.* Er referiert über die guten Resultate mit der intravenösen Dauertropfinfusion bei Puerperalfieber und Peritonitis. Diese Methode wurde von *Friedemann* zur Vorbereitung schwer anämischer und kachektischer Kranken für die Operation, sowie bei Operationskomplikationen (Shock, Peritonitis) empfohlen. Er demonstriert die Methodik, die die gleiche ist, wie bei der Bluttransfusion, an Diapositiven. Zur Infusion wurde eine 5%ige Traubenzuckerlösung verwendet, und er verwies zur Erklärung des nach der Infusion der hypertonen Lösung auftretenden physiologischen Prozesses auf die experimentellen Untersuchungen von *Barcroft* und *Eppinger*.

E. Hedri: *Modifikation der extrapleuralel paravertebralen Thorakoplastik.* Die bisherige Operationstechnik leidet an dem Fehler, dass zur Herbeiführung und Erhaltung der totalen Lungenkompression ein aus straff gespanntem Heftpflasterstreifen angefertigter Druckverband notwendig war,

indem die Rippenresektion hiezu nicht genügte. Eben deshalb legt er zur Vermeidung des Kompressionsverbandes an Stelle des bisherigen Hautschnittes zwei miteinander parallele Hautschnitte an und entfernt einen 3—5 cm breiten Hautstreifen. Durch Vereinigung der solcherart zustande gekommenen klaffenden Hautwunde gelangt die Lunge in einen gleichmässig komprimierenden Panzer, der zur Herstellung einer totalen Kompression genügt. Hiedurch wird auch die Drainage überflüssig. Er hat bisher die Modifikation in vier Fällen mit vollem Erfolg angewendet.

J. Frigyesi: *Anästhesie der Bauchorgane.* Die Erzielung der Anästhesie der Unterleibsorgane wurde nach drei Richtungen hin angestrebt: 1. Durch Anästhesierung der peritonealen Duplikatur der einzelnen Organe, 2. durch die sogenannte paravertebrale Anästhesie, 3. zur Anästhesie der oberen Bauchhälfte durch Splanchnikus-Anästhesie. Er erörtert die Nachteile der zwei ersten Methoden und die eventuellen Gefahren der Splanchnikus-Anästhesie. Er führt sodann jene Anästhesierungsverfahren an, die er seinerzeit für sämtliche gynäkologische Bauchoperationen empfohlen hat. Seit 1924 wendet er zur Anästhesie der inneren Genitalorgane und der Beckenpartie der Bauchhöhle die von ihm empfohlene Anästhesie der Verbindungsäste des Plexus hypogastricus an. Im Verlauf dieser Versuche hat er in mehreren Fällen die Anästhesie derart durchgeführt, dass er beiderseits des III. Lendenwirbelkörpers je 30 cm³ Novokainlösung einspritzte. Er demonstriert an der Hand von Röntgenbildern, sowie an mit Einspritzung von Farblösungen angefertigten Leichenpräparaten, dass die beiderseits vom III. Lendenwirbelkörper deponierte Novokainlösung die Seitenflächen der II.—V. Lendenwirbelkörper, die dort verlaufenden Verbindungsäste, sowie auch den Sympathikusstamm unempfindlich macht. In einer zweiten Versuchserie gelang es, durch Einspritzung von 30 cm³ Novokainlösung auf die Seite des *ersten* Lendenwirbelkörpers den Splanchnikus, sowie den grössten Teil der lumbalen Verbindungsäste unempfindlich zu machen. Diesen Leichenversuchen entsprachen vollkommen die bei Operationen erzielten guten Erfahrungen. Es gelang nämlich, durch dieses einfache, gefahrlose und wenig Novokain beanspruchende Verfahren die Anästhesie der unteren Bauchpartie erfolgreich durchzuführen. In einem kleineren Teil der Fälle gelang es, durch Deponierung von 30 cm³ 0.5% Novokain auf den Lendenwirbelkörper auch die obere Bauchpartie anästhetisch zu machen, und derart die viel gefährlichere und komplizierte Splanchnikus-Anästhesie zu ersetzen. Er verfolgt in erster Reihe das Ziel, auf Grund seiner zahlreichen Erfahrungen die Aufmerksamkeit der Chirurgen auf seine gefahrlose und verlässliche Methode zu lenken.

L. Ádám: Unter seinen 9099, in den letzten viereinhalb Jahren durchgeführten Operationen gab es 4382 Laparotomien. 78·41% derselben wurden in Lokalanästhesie durchgeführt und es musste nur in 4·61% auch Narkose verwendet werden. Von den anderen, nicht am Unterleib durchgeführten Operationen wurden 79·94%, also um kaum 1% mehr in Lokalanästhesie durchgeführt. Die Anästhesie des ganzen Bauchraumes ist sehr kompliziert und kann nur mit der paravertebral-sakralen Anästhesie erzielt werden. Zur Durchführung der paravertebralen Anästhesie wäre aber eine so grosse Menge von Kokain notwendig, die unbedingt giftig wäre. *Finsterer, Kappis* und der Vortragende konnten diese Methode nur deshalb wiederbeleben, weil im Novokain ein entsprechendes Anästhesiemittel zur Verfügung stand. Wird nicht die ganze Bauchhöhle anästhesiert, so stehen derzeit auch andere Methoden zur Verfügung. Mit dem Perkain, das in einer Lösung von $\frac{3}{4}\%$ oder mit dem Pantokain, das in 1% Lösung verwendet wird, können auch grössere Flüssigkeitsmengen eingeführt werden. Dass er die paravertebrale Anästhesie nahezu vollkommen aufgegeben hat, sei darauf zurückzuführen, dass eventuell 20—22 Einstiche notwendig sind, und dass die Anästhesie am anderen Ort und in einer anderen Lage durchzuführen ist, wie die Operation. Er war schon während des Krieges bestrebt, die Methode zu vereinfachen, und zwar, durch Anästhesie des N. splanchnicus major und minor beim IX. Rückenwirbel die Eingeweide, sowie die Bauchwand unempfindlich zu machen. Er gab diese Methode auf, weil die Plexus coeliacus-Anästhesie nach *Kappis*, vollkommener, die Methode von *Braun* aber mit Einführung von ungefähr 30 cm³ Anästhesieflüssigkeit nach Eröffnung des Bauchraumes einfacher ist, doch wird durch die letztere Methode nur die obere Partie des Bauchraumes unempfindlich gemacht. Zur Beckenanästhesie ist auch heute die beste Methode die parasakrale Anästhesie. Bei allen anderen Laparotomien aber infiltrierte er nach der Anästhesie der Bauchwand das Mesenterium der entsprechenden Darmpartie. Derart können Dünndarm- und Dickdarmresektionen schmerzlos durchgeführt werden. In der *Hochenegg*-Klinik wurden Versuche unternommen, durch Eingiessen von ungefähr $\frac{1}{4}$ Liter Perkain den Bauchraum unempfindlich zu machen. Mit Rücksicht jedoch auf die grosse Resorptionsfähigkeit des Peritoneums kann leicht eine Vergiftung eintreten. Er ist kein Freund der kombinierten Narkose und Lokalanästhesie, doch ist es jedenfalls eine Beruhigung, dass wir, wenn die Lokalanästhesie nicht gelingt, den Kranken mit Äthylchlorid betäuben können, wobei die vorausgegangene Anästhesie zum Vorteil gereicht, weil vom Narkotikum viel weniger notwendig ist. Die Methode von *Frigyasi*, beiderseits vom Körper des III. Lumbalwirbels 30 cm³ anästhesierende Flüssigkeit einzuspritzen, bevor die Anästhesie der Bauchwand durchgeführt wird, besitzt zweifellos in Fällen, wo mesenteriale Verwachsungen oder entzündliche Erkrankungen vorhanden sind, grosse Bedeutung.

A. Noszkay: Die Anästhesie von Nieren-Ureter wird in seiner Abteilung bei Operationen seit zwei Jahren nur von zwei Einstichpunkten aus durchgeführt, mit der von ihm vor einem Jahre publizierten paravertebralen und Spanchnikus-Injektion. Die Einstichpunkte befinden sich in der Höhe des XII. Rücken- und des I. oder II. Lumbalwirbels. Das Wesen dieses Verfahrens ist, dass zuerst paravertebral 10 cm³, dann vom gleichen Einstichpunkt aus auf die

Wirbelseite abermals 10 cm³ 1%iges Novokain injiziert wird, an der Stelle, wo der gemeinsame Splanchnikusstamm aus der Brusthöhle in die Bauchhöhle übertritt. Treffliche Resultate. Seit zwei Jahren werden alle Nierenureteroperationen mit totaler Schmerzfreiheit durchgeführt.

J. Frigyesi: Die grossen Vorteile der *Braun'schen* Splanchnikusanästhesie und deren umfangreiche Anwendung hat auch er betont, sie kommt jedoch bei den chirurgischen und gynäkologischen Operationen in der unteren Bauchpartie nicht in Betracht. Wenn die von ihm heute dargelegte Methode der Anästhesie des oberen Lumbalsymphikus, und zwar die Einspritzung von 30 cm³ Novokain auf die Seitenwand des I. Lendenwirbelkörpers sich, wie er hofft, in der Chirurgie der oberen Bauchpartie bewähren wird, so wird diese Methode der *Braun'schen* Splanchnikusanästhesie gegenüber zahlreiche Vorteile haben. Er bleibt beim Novokain, weil das Perkain nicht ungefährlich ist und er eine 4–5 Stunden dauernde Wirkung nicht beobachten konnte. Die Gefährlichkeit des Perkain kann auch *Vámossy* bestätigen. Er sah auch von der Anwendung des Tutokain keine Vorteile. Der von *Ádám* erwähnte grosse Novokainverbrauch, sowie die wiederholte Lageänderung der Kranken sei nicht notwendig. Die Wirkung der parasakralen Anästhesie erstreckte sich nur auf den unterhalb des Peritoneums liegenden Beckenteil, mehr könne man von ihr nicht erwarten. Die Hypogastrikanästhesie könne man bei vielen Kranken nach Eröffnung der Bauchhöhle nicht schmerzlos durchführen, ebendeshalb sei die von ihm 1925 empfohlene, von aussen her durchgeführte Hypogastrikusanästhesie vorteilhafter. *Braun* betont selbst in der letzten Ausgabe seines Werkes, dass die Anästhesie der unteren Bauchpartie noch ungelöst ist. Er kann heute auf Grund seiner zahlreichen Erfahrungen erklären, dass es ihm gelungen ist, diese mit Hilfe seiner heute demonstrierten Methode nach jeder Richtung hin zu erreichen. Die ersten solchen Anästhesien hat Vortragender bereits vor sechs Jahren ausgeführt. Damit wurde auch die Anästhesie der gynäkologischen Laparotomien wesentlich vervollkommenet und vereinfacht.

L. Horvai und V. Révész: *Der gegenwärtige Stand der klinischen und Röntgendiagnostik, sowie der Therapie der Paget'schen Ostitis deformans.* Die Paget-Krankheit ist eine chronisch einsetzende und verlaufende benigne Knochenkrankung. Sie ist eine Krankheit des vorgeschrittenen Alters, und kommt bei Männern häufiger vor. Es tritt eine Metaplasie-Resorption und gleich darauf eine Neubildung der Knochen auf, so dass in den kritisch verlaufenden Fällen diese beiden Prozesse gleichzeitig auftreten. Der neugebildete Knochen ist zu Beginn osteoid, kalkarm, eventuell fibrös, später wird er kalkreicher und es findet sich gewöhnlich eine Überproduktion, so dass der Knochen hyperostotisch, eventuell sklerotisch wird. Manchmal ist die Osteoporose im Übergewicht (hyperostotisch-porotische Form), später erlangt gewöhnlich die Neubildung das Übergewicht (hyperostotisch-sklerotische Form). Es stellte sich heraus, dass die als besondere Krankheit betrachtete „Osteoporosis circumscripta Schöller“ eine Form der Paget-Krankheit

ist, dessen entgegengesetztes Extrem der Marmor-knochen bildet. Die Knochen werden infolge der Paget-Krankheit früher oder später verdickt, unförmig, ihre Compacta porös, ihre Spongiosa grob, dickfädig, gewebeformig. Das Lenden beginnt gewöhnlich an den Lendenwirbeln, am Kreuzbein (*Schmorl*), dann folgen das Becken, Femur, Tibia, Schädelknochen. Die klinischen Symptome variieren von der totalen Symptomenfreiheit bis zu den heftigsten Schmerzparoxysmen, von dem scheinbar normalen Knochensystem bis zu den an die Gorillahaltung erinnernden Deformationen, Verzerrungen und Verkrümmungen. Im allgemeinen gibt es weniger Symptome, als nach den tatsächlichen Veränderungen zu erwarten wäre. Die Bewegungsfähigkeit und geistige Regsamkeit ist gleichfalls unverhältnismässig erhalten. Für die Diagnose ist die systematische Röntgenuntersuchung am wichtigsten. In allen sechs vollkommen durchgeprüften Fällen der Vortragenden fanden sich auch substernale Strumen. Differenzialdiagnostisch kommen besonders Lues, Osteomalazie, Recklinghausen'sche Krankheit und multiple Tumormetastasen in Betracht. Die Laboratoriumsuntersuchungen können bei der Differenzialdiagnose behilflich sein (Wa.-Reaktion, Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen, Urinuntersuchung), wichtig ist ferner, dass der Blutkalziumspiegel immer normal ist. Neben anderen Symptomen ist diese letztere Tatsache sehr wichtig zur Differenzierung von der Recklinghausen'schen Ostitis fibrosa generalisata. Während bei der letzteren Tumoren der Epithelkörperchen und das starke Ansteigen des Kalziumspiegels in allen Fällen nachweisbar und das Leiden operativ durch Beseitigung der Epithelkörperchen heilbar ist, liegt die Sache bei der Paget'schen Krankheit nicht so. Das familiäre Auftreten der Paget-Krankheit und das Alternieren derselben in der gleichen Familie mit Sarkom ist bekannt. Die Prognose ist im allgemeinen eine gute, das Leiden kann in allen Stadien heilen. Die Behandlung der Krankheit besteht bei Schmerzlinderung, Röntgenbestrahlung, milder Proteintherapie, orthopädischer Behandlung der statischen Verhältnisse, in der Darreichung von Ergosterin, von welchem die Vortragenden eine erfolgreiche Besserung der Malaziesymptome sahen.

Sitzung am 21. März 1931.

J. Lukács: *Alkaptonurie bei einem fünf Monate alten Säugling.*

J. Szabó: *Die dentalen zystischen Geschwülste und Periostitiden der Kieferknochen.* Er schildert die Genese der Kiefergeschwülste und verweist auf die Ursachen der diagnostischen Irrtümer bei den zumeist infizierten multilokularen Zystemen, den follikularen Zysten, den sogenannten

Zahnwurzelzysten, und auf die infolge dessen irrig geleitete Therapie, ferner erörtert er die Ätiologie und Therapie der Kieferentzündungen und betont die Wichtigkeit des dringenden chirurgischen Eingriffes. Der Vortrag wurde durch Projektionsbilder illustriert.

A. Rothmann verweist auf jene Fälle von dentalen Periostitiden, die schon zu Beginn unter so schweren Symptomen auftreten, dass sie sich trotz der rechtzeitig lege artis durchgeführten Extraktion weiter ausbreiten, zu schweren Osteomyelitiden und Knochennekrosen, ja sogar — wenn auch selten — zum Exitus führen können.

A. Gaal: *Die Röntgenbehandlung der Schilddrüsenerkrankheiten.* Der Vortragende hat das Krankenmaterial der III. Internen Klinik verarbeitet. In der Zeit von 1920 bis 1930 wurden 243 Kranke wegen Schilddrüsenhyperfunktion, 47 wegen benigne, 5 wegen maligne Strumen und 2 wegen Thyreoiditis mit Röntgenbehandelt. Auf Grund seiner Beobachtungen betont er: 1. In allen Phasen von Schilddrüsenüberfunktion kann in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle durch die Röntgenbehandlung ein wertvolles Ergebnis erzielt werden. 2. Bei der Applikation der Röntgentherapie in der zurzeit üblichen Form und bei entsprechender Kontrolle der Kranken ist die, in einzelnen Fällen auftretende Frühreaktion nicht so intensiv, dass sie gefährlich wäre, das Auftreten von Hypothyreosen und Verwachsungen kann praktisch vermieden, direkte Röntgenschäden wie Verbrennung usw. ausgeschaltet werden, ebendeshalb ist die Röntgenbehandlung der Schilddrüsenhyperfunktion als gefahrlos zu betrachten. 3. Infolge der guten Resultate und der übrigen Vorteile (totale Gefahrlosigkeit, Schmerzlosigkeit, kosmetisches Resultat und möglichst geringe Störung der Beschäftigung) übertrifft die Röntgenbehandlung bei den meisten Kranken mit Schilddrüsenhyperfunktion alle anderen therapeutischen Methoden, weshalb deren Anwendung in erster Reihe indiziert ist. Dem gegenüber gibt es Fälle (soziale Motive, die Notwendigkeit der Erzielung rascher Wirkung usw.), wo die Operation der Röntgenbehandlung gegenüber unbedingt im Vorteil ist. 4. Die Röntgenbehandlung besitzt jedoch bei der Therapie sowohl der benignen wie auch der malignen Schilddrüsentumoren bei Verwendung der gegenwärtigen Methode nur eine untergeordnete Rolle, obwohl bei Verwendung der neueren Methoden, die nun grössere Verbreitung erlangen, Aussicht auf noch bessere Ergebnisse besteht. 5. Die Röntgenbestrahlung ist auch in der Therapie der Schilddrüsenentzündungen mit gutem Erfolg verwendbar.

T. Mutschenbacher: Zur Behandlung der Basedow-Krankheit stehen uns nur zwei Methoden zur Verfügung: die Operation und die Röntgenbehandlung, die teure und langwierige interne Behandlung tritt in den Hintergrund. Er betrachtet die Röntgen-

behandlung als einen speziellen Weg der Therapie. Wenn die operative Behandlung möglich ist, so soll die Röntgentherapie vermieden werden. Ist keine Möglichkeit für die operative Behandlung vorhanden, dann soll der Kranke der Röntgentherapie überantwortet werden. Die Röntgenbehandlung ist keine Vorbereitung für die Operation, sie führt im Gegenteil irreparable Gewebeveränderungen herbei, in erster Reihe eine intensive Zerreibbarkeit der Gewebe, welche die Blutstillung oft unmöglich macht. Er hatte unter seinen 101 operierten Fällen derartige mit Röntgen vorbehandelte Kranke. Die Operationsgefahr für Basedow-Kranke besteht nicht in dem eventuell auftretenden Hypothyreoidismus, sondern in dem in schweren Fällen immer eintretenden akuten Hyperthyreoidismus, dieser ist nach Röntgenbestrahlung geringer, ebendeshalb ist die Bestrahlung bei schweren Basedow-Fällen, wo auch das Myokardium angegriffen ist, vorteilhaft. In mittelschweren Fällen ergibt die Röntgenbehandlung nur in einem Drittel der Fälle vollkommene Heilung, wogegen die Operation bei diesen totale Heilung erzielt. In solchen Fällen ist daher die Röntgenbehandlung nicht indiziert. Gute Erfolge werden auch bei den ziemlich seltenen Operationsrezidiven erzielt. Seit der Einführung der Grundumsatz-Prüfungen ist die Möglichkeit der operativen Verkleinerung der Drüse mit grösserer Sicherheit durchführbar, als die Verminderung der Funktion durch die Röntgenbehandlung. Bei einem Struma mit 75% Hyperfunktion kann der Grundumsatz durch Exstirpation von drei Viertel des Strumas mit einem Schlag normal gestaltet werden, dagegen ist die zu diesem Zweck erforderliche Röntgendosis unsicher und individuell verschieden.

R. Sivó: In Basedow-Fällen, die sich der Behandlung gegenüber refraktär verhielten, versuchte er 6—8 Wochen nach der Strahlentherapie die Jodbehandlung. Er referiert über zwei Fälle, wo nach der scheinbar erfolglosen Röntgenbehandlung mit Jod so gute Erfolge erzielt wurden, die man bisher mit Jod allein nicht beobachtete. Die Strahlentherapie bereitet anscheinend den Boden für die Jodbehandlung vor, ebendeshalb empfiehlt er eine intensive Anwendung der Röntgentherapie und nach 6—8 Bestrahlungen den Versuch einer Jodmedikation.

Baron A. Korányi: In Erwiderung auf die Darlegungen von *Mutschenbacher* führt er aus, dass man neben den Resultaten der chirurgischen und der Röntgenbehandlung auch die Ergebnisse nicht vergessen darf, die mit der rein internen Therapie erzielt werden, denn es gab ja auch vor der chirurgischen und Röntgen-Ära im praktischen Sinn als geheilt zu betrachtende Fälle. Der Vergleich von Statistiken, die auf Grund eines verschiedenen Krankenmaterials zusammengestellt wurden, sei im allgemeinen unrichtig. Viel weniger aber sei das im vorliegenden Fall statthaft, denn während der Chirurg sein Operationsmaterial auswählen kann, ist der Internist (Röntgenologe) nicht in der Lage, das tun zu können, ja der Internist (Röntgenologe) muss auch jene vollkommen hoffnungslos erscheinenden Fälle in Behandlung nehmen, die eben wegen ihrer Schwere für die Operation nicht geeignet sind. In betreff der Wahl der Behandlungsmethoden des Basedow verweist er auf den Umstand, dass während es bei der internen Behandlung (s. Röntgenbehandlung) keine Mortalität gibt, die Sterbeziffer der Operationen noch immer ziemlich erheblich ist, ebendeshalb besteht seiner Ansicht nach die Indikation für die Operation mit Ausnahme

der 7—8 mm langer Längriss, aus welchem ständig schaumiges Blut sickerte und durch den beim Einatmen die Luft pfeifend eindrang. Der verletzte Lungenlappenrand wurde in die Öffnung des parietalen Rippenfells genäht. Sodann wurde der Überdruck eingestellt, worauf in die Umgebung der Stiche Luft sickerte. Eben deshalb wurde nach der Exzision des 1 cm über der Operationswunde liegenden, von dieser durch eine Hautbrücke separierten, in der Haut und in dem Muskel verlaufenden, verbrannten und zerstörten Schusskanals die Brustmuskulatur durch dichte Seidenknopfnähte über der Operationswunde vereinigt. Nach der Operation verschwand die Zyanose, die Atmung besserte sich und die Wunde heilte per primam. Die Röntgenuntersuchung zeigte unter den Rippen einen fingerbreiten Pneumothorax, über dem Zwerchfell vier Finger breit Flüssigkeit, das Projektil erschien in die linken Hälfte des VII. Rückenwirbelkörpers eingedrungen. Am 21. Tag verschwand der Pneumothorax, über dem ein wenig höher stehenden Zwerchfell steht die Flüssigkeit nunmehr ein Finger breit. Nach eineinviertel Jahren zeigt die Röntgenuntersuchung vollkommen normale Verhältnisse im Brustkorb, das Projektil ist am ursprünglichen Platz, der Kranke wurde wieder arbeitsfähig. Sein Fall sei erwähnenswert, denn wenn auch keine drohende Blutung besteht, so kann doch bei Lungenschüssen die sofortige Operation wegen Atemstörungen unvermeidlich werden. Der Vorteil der Operation ist, dass mit der Exzision des infizierten Schusskanals und Schliessung des Brustkorbes die Infektionsgefahr mit grösserer Sicherheit beseitigt werden kann.

A. Bochkor führt einen im Institut für gerichtliche Medizin vorgekommenen Fall von *Aneurysma der A. subclavia* an. Ein Freund des 24jährigen jungen Mannes hatte ihn anlässlich eines Wortwechsels im Wirtshaus an dieser Stelle mit dem Taschenmesser gestochen. Nachdem die an Stelle der Verletzung zurückgebliebene Fistel selbst nach Monaten nicht heilte, kam er in ein Spital, wo das Aneurysma der A. subclavia konstatiert wurde. Im Spital usurierte das Aneurysma unerwartet und es trat durch die Fistel eine Blutung auf. Das Leben des Kranken konnte durch die Naht des Aneurysma nicht gerettet werden. Das Verfahren wurde wegen zum Tode führender schwerer körperlicher Verletzung eingeleitet, so dass der Fall zur gerichtsarztlichen Sektion gelangte. Die Seltenheit von Aneurysmen im Anschluss an Stichverletzungen beweist auch dieser einzige im grossen Material des gerichtsarztlichen Institutes vorgekommene Fall.

G. Lobmayer referiert über einen durch Gefässnaht geheilten Fall eines *Subclavia-Aneurysma* nach Stichverletzung, ferner ein nach Schussverletzung im Krieg operiertes und nach Unterbindung der Subclavia entferntes Aneurysma, wo die Funktion der oberen Extremität ungestört blieb. Schliesslich einen Fall von Sarkom des Os pubis, der lange Zeit irrig als Tbc. betrachtet wurde. Histologisch wurde Osteosarkom festgestellt. Der Tod trat ein halbes Jahr nach der operativen Entfernung des erkrankten Schambeines infolge Lungenmetastasen ein.

F. Kovács: *Inversion des sekundären Geschlechtscharakters nach Entfernung der Eierstöcke.* Bei der 48jährigen Frau wurden vor acht Jahren wegen Adnexitis beide Ovarien entfernt. Wenige Wochen später setzte

ein starker Bartwuchs ein, die Körperbehaarung zeigte männlichen Typus und unter erheblichen Ausfallerscheinungen erfuhr das Gesicht eine akromegaloide Veränderung. Der Blutdruck stieg erheblich an und die Kranke erlitt im ersten Jahre nach der Operation drei leichte apoplektische Anfälle, sechs Jahre nach der Operation trat heftiges Hautjucken bei Wolfshunger, Abmagerung und viel Urin auf. In einer internen Klinik wurde bei ihr Diabetes festgestellt, dieser besserte sich auf diätetische Behandlung wesentlich. Die Kranke war gezwungen, wegen des Bartwuchses ihre Stellung zu verlassen und erwirbt sich jetzt in einer Schaubude als bärtige Frau ihren Unterhalt. Der Fall ist in der Literatur ganz vereinzelt. Bisher wurde Virilismus nur bei Nebennierentumoren, Hypophysen- und Epiphysentumoren beobachtet, nicht aber nach der Entfernung der Ovarien. Zweifellos wurden auch hier die Symptome des Hirsutismus durch die nach Entfernung der Ovarien eingetretene Hyperfunktion der Nebennierenrinde ausgelöst, deren Symptome: arterielle Hypertension, Arteriosklerose (Apoplexien) Glykosurie vorhanden waren, wozu noch die Hyperfunktion der Hypophyse hinzutrat. Als Zeichen derselben fanden sich neben den akromegaloiden Gesichtsveränderungen positive Zondek-Aschheim-Reaktion I. Grades im Urin, der Röntgenschaten der Sella turcica zeigt keine Vergrößerung. All diese Gleichgewichtsstörungen der endokrinen Funktionen sind zur Deutung des Krankheitsbildes ungenügend, weil ja sonst bei der so häufigen Entfernung der Ovarien kein Hirsutismus auftritt. Hierzu ist anscheinend eine individuelle Disposition, ein verborgener heterosexueller Zustand notwendig, der durch die Ovariumfunktion unterdrückt, nach deren Entfernung jedoch offenbar wurde.

J. Szili hat die demonstrierte Patientin vor acht Jahren nach drei sehr schweren Adnexentzündungen operiert, indem die entstandenen Adhäsionen dauernd Klagen verursachten. Bei der Operationen fanden sich die Adnexe und der Uterus in zähe Adhäsionen eingebettet, beide Ovarien waren durch tiefe Einschnitte mehrfach geteilt und zeigten Symptome der Atrophie. Er führte die supravaginale Amputation mit Entfernung beider Ovarien durch. Glatte Heilung. Er findet die Bezeichnung einer Inversion des sekundären Geschlechtscharakters für übertrieben, weil nach den Angaben der Krankengeschichte schon damals am Gesicht und am ganzen Körper der Kranken ein stark entwickelter Haarwuchs vorhanden war, damals rasierte sich jedoch die Kranke täglich, was sie anscheinend nach der Operation unterlassen hat. Es sei jedenfalls möglich, dass die Beseitigung der Ovarien eine Kräftigung des schon vorhandenen Haarwuchses zur Folge hatte.

F. Kovács: Der Vorredner ist im Irrtum, wenn er behauptet, dass die Kranke schon vor der Operation einen Bartwuchs hatte und sich rasiert hat. Die Kranke selbst bestreitet das und auch die ein Jahr vor der Operation aufgenommene Photographie der Kranken spricht dagegen. Sie hat ihre Stellung als Kinderaufseherin

störungsfrei versehen, bis sie wegen des plötzlichen Bartwuchses nach der Operation diese aufgeben musste. Weniger augenfällige, doch wichtigere Symptome als der Bartwuchs, für den nach der Operation auftretenden Hirsutismus resp. der Nebennierenhyperfunktion, sind die hohe arterielle Hypertension, Arteriosklerose, Adynamie und Diabetes, ferner als Symptom der Hypophysenhyperfunktion das akromegaloide Gesicht und die positive Aschheim-Zondek-Reaktion.

E. Hainiss: *Das habituelle Säuglingserbrechen.* Das Erbrechen ist im Säuglingsalter ein häufig und leicht vorkommendes Ereignis. Die gesteigerte Bereitschaft zur Hyperemese wird durch anatomische und physiologische Eigenschaften erklärt. Die Form und nahezu vertikale Lage des Magens, die wegen der Tonusschwäche sich leicht öffnende Cardia erleichtern die Möglichkeit des Erbrechens, die Gelegenheit hierzu aber liefern die mit dem Mechanismus der Säuglingsernährung zusammenhängenden physiologischen Verhältnisse. Eine Folge dieser speziellen Bereitschaft ist, dass als auslösende Ursache verschiedene, verhältnismässig unschuldige interkurrente Momente figurieren, wobei auch die physiologische Ärophagie eine wesentliche unterstützende Rolle besitzt. Eben deshalb sei im Säuglingsalter dem Erbrechen nur dann eine Bedeutung zuzumessen, wenn es mit übermässiger Heftigkeit bei einem sonst nicht, oder nur selten erbrechenden Säugling auftritt, wenn es durch Fieber und Störung des Allgemeinbefindens begleitet wird, wenn gleichzeitig Durchfall, Obstipation oder Pseudoobstipation vorhanden ist, oder wenn das Ausmass, resp. die Hartnäckigkeit des Erbrechens die Entwicklung des Säuglings verzögert, oder unmöglich macht. Solche Erbrechen können in zwei Gruppen geteilt werden: akute oder akzidentelle und chronische, oder konstitutionelle Erbrechen. In die erste Gruppe, die nach ihrem Mechanismus peripherisch oder zentral sein kann, gehört der grösste Teil der symptomatischen Erbrechen und zwar infolge 1. Hyperalimentation, 2. Hypalimentation, 3. Korrelationsfehler, 4. zu kurze Ernährungsphasen, 5. Infektionen, 6. mechanische Reize, 7. Evakuationsstörungen, 8. Toxikosen, 9. Sepsis, 10. Passagestörungen, 11. peritonealer Reiz, 12. Entwicklungsabnormitäten, 13. interkraniale Veränderungen, 14. übermässige Ärophagie. In die Gruppe der konstitutionellen chronischen Erbrechen gehören das habituelle Erbrechen und Erbrechen infolge Spasmus resp. Stenosis pylori. Der Vortragende beschäftigt sich bei dieser Gelegenheit eingehend nur mit der Pathologie und Therapie des habituellen Erbrechens. Im Allgemeinen wird jene Krankheit mit diesem Namen bezeichnet, wo das Erbrechen einen chronischen Charakter hat und keine nachweisbare organische Veränderung vorhanden ist. Die hochgradige Bereitschaft zum Erbrechen ist mit der konstitutionell bedingten Überempfind-

lingserbrechen mit Lues zusammenhängt, könne damit erklärt werden, dass Marfan seine Erfahrungen im Pariser Findelhaus gesammelt hat, wo zweifellos luetische Säuglinge in grosser Zahl vorkommen.

E. Tüdös: Beim habituellen Säuglingserbrechen kann mit der Darreichung von mit Frauenmilch angefertigten dicken Brei sehr oft ein gutes Resultat erzielt werden. Der sich bis dahin nicht entwickelnde und erbrechende Säugling blüht auf und binnen kurzer Zeit sistiert auch das Erbrechen. Die später wieder eingeleitete Brusternährung hat kein Erbrechen mehr ausgelöst.

E. Hainiss: Die Untersuchungen von *Flesch* und *Péteri* haben keine Beziehung zur erörterten Frage, weshalb er sie nicht erwähnte. Die individuelle Ansicht *Tordays* über die Sinusinjektionen kann er nicht teilen, diese Frage hänge übrigens mit dem Gegenstand nicht zusammen. Die von *Tüdös* angeführten Fälle gehören zu den auch von ihm erwähnten und häufig vorkommenden milderen Formen. Das in seinem Vortrag geschilderte neue Verfahren empfiehlt er für die mit einer Katastrophe drohenden Fälle, die allen bisher angewendeten Behandlungsmethoden widerstehen, und das auf Grund seiner Demonstration zweifellos erfolgreich ist.

Elisabeth-Universität in Pécs.

Ludwig Tóth Gedenkfeier der medizinischen Sektion
der wissenschaftlichen Universitäts-gesellschaft am 7. Februar 1931.

B. Entz: *Zusammenhang der Leberzirrhose mit Veränderungen der übrigen Eingeweide.* Der Festredner beschäftigte sich mit den pathologischen Veränderungen, die bei Zirrhose an den übrigen Eingeweiden auftreten. Auf Grund seiner Studien folgert er, dass die Zirrhose keine auf die Leber sich erstreckende, sondern eine allgemeine Erkrankung ist, wobei die Zirrhose nur ein Symptom bedeutet. Nachdem die Erkrankung von Milz, Knochenmark, Bauchspeicheldrüse und der Hoden nicht als Folgen der krankhaften Leberveränderungen zu betrachten sind, sei es wahrscheinlich, dass die Veränderungen dieser Organe auf eine gemeinsame Ursache — vielleicht auf die *Rössle*-sche Kapillarität — zurückzuführen sind; in welcher Weise die organischen Veränderungen in den Einzelfällen gruppiert sind, hängt von der Allgemeinkonstitution ab.

Sitzung am 16. Februar 1931.

S. Szatmáry: 1. *Eine zur Tinea imbricata-Gruppe gehörende Erkrankung.* Bei einem 40jährigen Mann, der als Angestellter einer Transportunternehmung die aus dem Orient kommenden Waren verlor, traten auf der Haut aus konzentrischen Ringen und deren Zusammenfluss entstandene bizarr gezeichnete, mit breiten Epithelrand umgebene Hautveränderungen auf, die mit Ausnahme der behaarten

Anwendung der primitiven Drahtverbindung bis zu den modernen dentalen Schienen. Er referierte sodann über mehrere geheilte Fälle.

E. Neubert: Früher wurden bei Kieferfrakturen die Bruchstücke zusammengenäht. Ein grosser Teil der Knochennähte vereiterte, nachdem diese Frakturen zumeist offene, also infizierte Frakturen waren und das Nähmaterial als Fremdkörper vereiterte. Deshalb ging man auf die chirurgisch-zahnärztliche Behandlung über, bei welcher die Bruchstücke genau vereinigt und fixiert werden, ohne Einführung von Fremdkörpern in den Knochen. Am zweckmässigsten sind die supradentalen Kappenschienen, sind keine Zähne vorhanden, so dienen Verbände dem Zweck. Bei Kieferfrakturen ist eine feinere anatomische Reposition und Adaption notwendig, weil die Funktion schon bei geringen Dislokationen eine fehlerhafte wird. Eben deshalb ist ein voller Erfolg bei der Behandlung von Kieferfrakturen nur zu erzielen, wenn der Chirurg und Zahnarzt diese gemeinsam versorgen.

NACHRICHTEN.

Ernennung von Universitätsprofessoren. Der Reichsverweser hat auf Unterbreitung des Kultus- und Unterrichtsministers den Adjunkten Dozent Dr. *Stefan Rusznyák* zum Leiter der Internen Klinik, den Adjunkten Dozent Dr. *Béla Purjesz* zum Professor der medizinischen Diagnostik und den Adjunkten Dozent Dr. *Eugen Kramák* zum Leiter der pädiatrischen Klinik an der *Szegeder Franz Josef-Universität*, den Professor Dr. *Julius Verzár*, zum Leiter der Klinik für Nasen- und Kehlkopfkrankheiten an der *Debrecener Stefan Tisza-Universität* als ordentliche öffentliche Professoren, den Adjunkten Dr. *Franz Kovács* zum Leiter der geburtshilflichen und gynäkologischen Klinik an der *Debrecener Stefan Tisza-Universität*, den Adjunkten Dr. *Karl Berde* aber zum Leiter der Dermatologischen Klinik an der *Pécs'er Elisabeth-Universität* als ausserordentliche Universitätsprofessoren ernannt.

Habilitierungen. Der Unterrichtsminister hat die Habilitation des Universitätsassistenten Dr. *Alexander Tóth* für die Physiologie und Pathologie des Wochenbettes, des Universitätsadjunkten Dr. *Karl Fröhlich* für Histologie, des Assistenten Dr. *Konrad Beöthy* für die Untersuchungsmethoden der gerichtlichen Medizin an der *medizinischen Fakultät der Elisabeth-Universität in Pécs*, des hauptstädtischen Physikus Dr. *Franz Sághy* für den Gegenstand: Einleitung in die Epidemiologie, des Adjunkten Dr. *Josef Tomcsik* für Immunitätslehre, des Assistenten Dr. *Desider Ruisz* für die geburtshilfliche Propedeutik, des Universitätsassistenten Dr. *Géza Hetényi* für die Stoffwechselkrankheiten, des Assistenten Dr. *Eme- rich Haynal* für Herz- und Gefässkrankheiten, des Assistenten Dr. *Iwan Büben* für die physikalische Therapie und der Gynäkologie mit besonderer Rücksicht auf die Strahlentherapie, des Assistenten Dr. *Julius Mindes* für Urologie mit besonderer Rücksicht auf die Gonorrhoe, des Universitätsassistenten Dr. *Felix Gál* für die physikalische Therapie in der Gynäkologie mit besonderer Rücksicht auf die Strahlentherapie an der *medizinischen Fakultät*

der *Budapester Peter Pázmány-Universität* zur Kenntnis genommen und sie in dieser Eigenschaft bestätigt.

Verleihung des Ehrendoktoratus. Der Reichsverweser hat gestattet, dass der Professor der Harvard Universität Dr. *Harvey Cushing* an der *Budapester Peter Pázmány-Universität* zum Doktor h. C. promoviert werde.

Vom Justizärztlichen Senat. Der Justizminister hat die Universitätsprofessoren Dr. *Koloman Buday*, Dr. *Ludwig Nékám*, Dr. *Ludwig Bakay*, Dr. *Ladislav Blaskovich*, Dr. *Béla Kelen* und Dr. *Zoltán Vámosy* für drei weitere Jahre zu Mitgliedern des justizärztlichen Senates ernannt.

XIII. Generalversammlung des Tuberkulosevereins der ungarischen Ärzte. Nach Eröffnung der Sitzung unterbreitete Generalsekretär *Oskar Országh* den Jahresbericht, wonach in der 1930 stattgehabten Tagung zwei Referate und 39 Vorträge erstattet wurden. Die Arbeiten des Vereins wurden den Bibliotheken der vaterländischen Hochschulen und Anstalten zugeschiedt, ihren Inhalt veröffentlichten die Zeitschriften „Verhandlungen der Ungarischen Ärztlichen Gesellschaften“ und „Zentralblatt für die gesamte Tuberkuloseforschung“. Kassier *Julius Kentzler* referierte über die finanzielle Lage des Vereins die für die Zukunft sich nur in der Weise befriedigend gestalten kann, wenn die Mitglieder ihren Beitragsverpflichtungen pünktlich nachkommen, *Géza Lobmayer* und *Nikolaus Szontágh* haben die finanzielle Gestion des Vereines revidiert und beantragen die Erteilung des Absolutatoriums. Sodann folgte die Neuwahl des Vorstandes, Präsident wurde Baron *Alexander Korányi*, Vizepräsidenten *Johann Bókay* und *Franz Hutyra*, Generalsekretär *Oskar Országh* II, Sekretär *Emerich Karafiáth*, Kassier *Josef Melly*. Den zurücktretenden Funktionären, zweiten Sekretär *Irene Barát* und Kassier *Julius Kentzler* wurde Dank votiert. Mitglieder des Direktionsrates wurden: *Johann Ángyán*, *Ludwig Bakay*, *Ernst Balogh*, *Zoltán Bókay*, *Koloman Buday*, *Aladár Fáy*, *Béla Fenyvessy*, *Wilhelm Friedrich*, *Géza Gáli*, *Andor Gensich*, *Siegmond Gerlóczy*, *Josef Geszti*, *Géza Illyés*, *Aladár Hanszelmann*, *Julius Kentzler*, *Rudolf Manninger*, *Ludwig Nékám*, *Desider Okolicsányi-Kuthy*, *Josef Parassin*, *Hugó Preisz* und *Nikolaus Roth*.

Ärztliche Fortbildung. Das Zentralkomitee für ärztliche Fortbildung veranstaltete im September d. J. zwei Spezialkurse, und zwar in der zweiten Septemberwoche einen Kurs über *Infektionskrankheiten* für das Hilfspersonal der *Budapester Kliniken* und in der dritten Septemberwoche einen Kurs für praktische Ärzte über *Krebsdiagnostik und Therapie*.

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.