

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. — Gesellschaft der Spitalsärzte. — Ungarische Ophthalmologische Gesellschaft. — Nachrichten.

Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte.

Sitzung am 22. Januar 1932.

Z. Szathmáry: *Ungewöhnlich profuse Myomblutung.* Die seit 4 Wochen wachsende Geschwulst der 62jährigen Frau wurde im Verlauf der Laparotomie pungiert und 2 $\frac{1}{2}$ Liter flüssiges Blut entleert, sodann wurde der infolge dessen kollabierte, aber noch immer doppelt-manneskopfgrosse myomatöse Uterus amputiert. Als Ursache der Blutung nimmt er einen Gefässriss infolge partieller Myomgewebsnekrose an. In der Literatur findet sich kein ähnlicher Fall.

G. Györgyi: *Fistula oesophageo-bronchialis.* Bei dem 24jährigen Mann bestanden seit 9 Monaten die charakteristischen Symptome der Lymphogranulomatose. Seit 4 Monaten wird nach Flüssigkeitsaufnahme ein Teil derselben herausgehustet. Bei Durchleuchtung ist die Fistelverbindung zwischen dem Ösophagus und einem r. u. liegenden Bronchus gut sichtbar. Prof. Bakay hat bei dem Patienten eine Gastrostomieöffnung angelegt. Nachdem die Fistel sich durch die Ruhigstellung vielleicht spontan schliesst, wird die Radikaloperation noch in Schwebelagehalten. In der Literatur ist seines Wissens kein ähnlicher Fall.

A. Campian: Bei einem Patienten des Prof. Lénárt gelang es die Fistel auf endoskopischen Weg durch Paraffineinspritzung zu schliessen. Bei einem anderen Patienten gelang die Heilung derart, dass der Ösophagus durch die Gastrostomieöffnung dilatiert wurde, worauf die Bronchialfistel sich schloss.

E. Kubányi: *Perforation des Meckel-schen Divertikels.* Er demonstriert eine 50jährige Frau, die vor 3 Jahren wegen perforierten Blinddarm und konsekutiver allgemeiner Bauchfellentzündung operiert wurde. Bei der Operation stellte sich heraus, dass die Perforation von dem zirka nussgrossen Divertikel erfolgt war. Er resezierte das Divertikel mit einer zirka 20 cm langen Darmpartie, in welcher ein diese vollkommen verstopfender Kotstein lag. Die histologische Untersuchung war nicht durchführbar, nachdem der Divertikelsack nekrotisch war.

L. Borsós: Die Divertikelgeschwülste sind sehr selten, in der I. chirurgischen Klinik wurden wegen Meckel-schen Divertikeln in 12 Jahren 8 Operationen durchgeführt. Fraglich ist, ob die Resektion von symptomfreien Divertikeln, die im Verlauf von Operationen konstatiert werden, nicht ebenso indiziert ist, wie die Beseitigung des Wurmfortsatzes bei chirurgischen und gynäkologischen Operationen.

S. Rosenak referiert über zwei Divertikelfälle, deren einer unter den Symptomen von Appendizitis erkrankte, das Divertikel wurde amputiert und der Kranke heilte. Der andere Fall erkrankte unter den Symptomen von Gastroenteritis mit fehlender Darmfunktion, Schmerzen in der Nabelgegend und Defense rechts. Die Operation brachte einen Tumor zum Vorschein: einen gänseeigrossen Abszess und ein 12 cm langes Divertikel.

G. Gerlóczy: Dickdarmdivertikel gehen oft in Karzinom über. In der Ätiologie der Sigma-Krebse finden sich auffällig häufig die Sigma-Divertikel und die konsekutive Perisigmoiditis.

A. Réthy: *Ergebnisse der Gesichtsplastik- und Korrektionsoperationen.* Er demonstriert Fälle der Bildung von Nasenspitzen, wobei das wichtigste das Abwarten des Schrumpfens des vom Sulcus naso-labialis entnommenen Lappens ist. Er stellt ferner sein Verfahren der chirurgischen Enthaarung von behaarten Hautlappen vor, wobei die Haarzwiebel des Lappens beseitigt werden. Bei Nasenverkürzungen tritt zumeist später eine Deformation auf, die mit der vom Vortragenden verwendeten Methode zu vermeiden ist. Er schildert sodann die Vorteile der Anwendung von Elfenbein und von Knochenstücken aus der Tibia, sowie die Beseitigung von Krümmungen des Nasenrückens nach Joseph, und die Korrektion von grossen und vorspringenden Nasen. Er stellt den von ihm verwendeten Nasenhälter und die Nasenbandage zur Zusammenpressung des Nasenrückens vor. Schliesslich demonstriert er die Methoden zur Beseitigung der kongenialen Mikrognathie und der Altersrunzeln.

J. Imre jun.: *Die operative Behandlung der Netzhautablösung.* Die Netzhautablösung führt in 95% der Fälle zur Erblindung und in 30% dieser Fälle tritt die Ablösung auch am anderen Auge auf. Derzeit erscheint die Auffassung von *Leber* allgemein akzeptiert, dass durch Netzhautrisse oder degenerative Durchlöcherungen die Flüssigkeit des degenerierten Glaskörpers unter die Retina ein-

dringt. *Gonin* schliesst die Retina-Öffnungen durch Kauterisieren und hat mit seiner Methode die Heilungsziffern dieses verhängnisvollen Leidens wesentlich gebessert. Wichtig ist das Aufsuchen der Risstellen und deren genaue Lokalisierung. Er demonstriert seine eigene einfache Lokalisierungsmethode. Er hat bei 23 Patienten insgesamt 37 Ignipunkturen nach *Gonin* mit einem feinen Galvanokauter durchgeführt. Dieser wird nach Durchbrennung der Sklera ungefähr drei mm tief in das Auge gesenkt und 6—7 Sekunden dort gelassen. Von seinen Patienten heilten 6 vollkommen und dauernd, in 5 Fällen trat dauernde Besserung ein. Er ist überzeugt, dass auf dem von *Gonin* gewiesenen Weg noch weitere Fortschritte zu erwarten sind, doch ist das Verfahren noch nicht vollkommen.

F. Grosz: Die amerikanische Statistik, wonach früher von 1000 Fällen nur einer heilte, sei übertrieben, weil die Verhältnis-ziffer der spontanen oder durch andere Methoden erzielten Heilungen mit zirka 10% bewertet werden kann. *Gonin* hat Jahrzehnte hindurch die Rolle der Netzhautrisse in der Ätiologie der Ablösung studiert und die logische Folge seines Standpunktes war das Bestreben, diese Risse zu verschliessen. Die genaue Lokalisation der Risstelle erzielte er in einfacher Weise durch Schätzen, komplizierte Instrumente seien nicht notwendig. Das von *Imre* empfohlene einfache Instrument leistet gute Dienste. *Gonin* referiert über 300 Fälle, die innerhalb 3 Wochen durchgeführte Operation war in 55%, die innerhalb 3 Monaten in 48%, und die innerhalb eines Jahres in 40% der Fälle erfolgreich. Von den 117 geheilten Fällen rezidierten 14%. 155 Öffnungen wurden mit 197 Thermopunktationen geschlossen. Es harren jedoch noch viele Fragen der Lösung. Mit der Ignipunktur heilen auch solche Fälle, in welchen der Riss nicht gefunden werden konnte. Die Gefahren und Komplikationen der Operation (Blutung, Cyclitis, Rezidiven) sind noch nicht genügend geklärt. Interessant ist die Beobachtung, dass postoperativ die Refraktion selbst um 20 D. geändert werden kann, (von -14 auf +) wahrscheinlich infolge des Schrumpfens des Staphyloma posticum. *Gonin* führt den operativen Eingriff möglichst früh durch, *Axenfeld*, *Wessely*, *Löhlehn* empfehlen jedoch die sofortige Operation der Netzhautablösung auf einem Auge nicht. *Lidner*, dieser warme Fürsprecher der *Gonin*-Operation, hat diese aufgegeben und empfiehlt die komplizierte Methode von *Gust*, *Meller* lenkt die Aufmerksamkeit auf die neuen Risse und Rezidiven, die von der Narbe der Ignipunktur ausgehen, und er strebt vielmehr die flächenhafte Verklebung nach *Larsen* durch Endothermie an. In der diesjährigen Tagung der Gesellschaft Ungarischer Augenärzte und im Madrider internationalen Kongress der Augenärzte wird die Frage Gegenstand von Referaten bilden. Er billigt, dass *Imre* mit seinem Vortrag die praktischen Ärzte über den gegenwärtigen Stand der Frage orientiert hat. Seinerseits kann er in Übereinstimmung mit *Imre* auf Grund seiner in den letzten zwei Jahren durchgeführten 53 Operationen erklären, dass nur jene von der Operation enttäuscht werden, die allzu hohe Erwartungen an sie knüpfen. Die Erfahrungen der nächsten Jahre werden zur exakten Feststellung der Indikation die Handhabe bieten.

J. Imre jun. reflektiert auf jene Bemerkung des Prof. Grosz, dass in einem Fall die Ignipunktur die Heilung herbeiführte, ohne

dass der Riss gefunden worden wäre; er würde es nicht wagen, auf Grund dessen zu bezweifeln, dass die Lokalisierung des Risses notwendig sei. Es handelte sich wahrscheinlich um einen Ausnahmefall, wo kein Riss vorhanden war, welche Fälle auch sonst zur Heilung neigen. Die Heilwirkung des Verschlusses der Retinaöffnung wird durch jene Fälle vollauf bestätigt, wo sich die Ablösung im untern Teil des Augapfels befindet, die Öffnung aber oben in einem anscheinend reponierten Gebiet, in welchen Fällen dennoch der Verschluss der Öffnung zur Beseitigung der Ablation führt.

Sitzung am 29. Januar 1932.

A. Láng: *Ergebnisse der Radiumchirurgie.* Seine Fälle beweisen, dass die besten Erfolge mit Radiumimplantation zu erzielen sind. In zwei Fällen von epibulbaren Karzinom gelang es, den Augapfel mit seinem Verfahren zu retten. Von zwei Kehlkopfkarzinomen ist der eine Fall seit 1½ Jahren, der andere seit einigen Monaten symptomfrei, wobei der Kehlkopf erhalten blieb. Bei Kehlkopfkrebs ist die Eröffnung des Kehlkopfes zur Durchführung der Radiumimplantation unbedingt notwendig. Auffallend ist der Unterschied zwischen dem derart festgestellten und dem Spiegelbefund, der letztere orientiert bei weitem nicht über den vollen Umfang der Geschwulst und der Infiltration. Er demonstriert das Radiumimplantationsverfahren bei Geschwülsten der Zungenwurzel. Dieses Verfahren ist am Platz, wo die Geschwulst mit den Radiumnadeln wegen ihres grossen Umfanges nicht überall zu erreichen ist. Er empfiehlt die Einführung der Nadeln in der Mitte zwischen der Kinnspeitze und dem Zungenbein aus einem in Lokalanästhesie angelegten Längsschnitt.

P. Kisfaludy bevorzugt das allgemein verwendete Trocar gegenüber den vom Vortragenden empfohlenen gestielten Nadeln, wegen der zerstörenden Wirkung derselben auf die Gewebe. Die Gewebszerstörung und die Metastasenbildung zeigen einen parallelen Verlauf. Die Heilung des primären Karzinomherdes genüge nicht, man müsse auch die Möglichkeit der Metastasenbildung berücksichtigen. In einem Fall konnte mit der Bespickungsmethode des Vortragenden der karzinomatöse Prozess der Zungenwurzel nicht zum Stillstand gebracht werden, dagegen hat die Röntgenbestrahlung nach *Coutard* den Patienten zeitweilig symptomfrei gemacht.

F. Ratkóczy: Die Zungenwurzel, Tonsillen und der Hypopharynx waren bis vor wenigen Jahren für die Röntgenbehandlung unzugänglich. Die *Coutard*-Methode ermöglichte die Dosierung auf längere Zeit zu verteilen und zu erhöhen. In dem unter seiner Leitung stehenden Institut wurden 4 Fälle von Kehlkopf-Cc mit Bestrahlung behandelt und überraschend gute Resultate erzielt. Mit diesem Verfahren konnten solche Patienten behandelt werden, die bisher als inoperabel betrachtet wurden.

T. Liebermann erklärt Kisfaludy gegenüber vom laryngologischen Standpunkt, dass das tiefsitzende Karzinom einen dringlichen Eingriff erfordert. Zur Verhütung von Metastasen sei nach der rasch wirksamen Radiumbehandlung auch die Röntgenbestrahlung mit grossen Dosen notwendig.

A. Láng schliesst sich den Darlegungen von Liebermann an. Die retrolinguale Gegend könne nur dann beherrscht werden, wenn sie in ihrem ganzen Umfang zugänglich ist. Nach der Röntgenbehandlung bleiben immer Herde zurück, aus welchen sich sodann die Metastasen bilden.

J. Baló: *Die Wirkung von insulinfreien Pankreasextrakten.* Nach *Eppinger, Falta* und *Rudinger* wirken die Schilddrüse und das chromaffine System gegenseitig funktionsfördernd. Andererseits hindern Schilddrüse und Pankreas, sowie Pankreas und chromaffines System gegenseitig ihre Funktion. Nach Entdeckung des Insulin und des Thyroxin wurde der zwischen Schilddrüse und Pankreas bestehende Antagonismus auf Insulin und Thyroxin übertragen. Anscheinend ist jedoch der Antagonist des Thyroxin nicht das Insulin, sondern ein anderer, im Pankreas enthaltener Stoff. Im pathologisch-anatomischen und histopathologischen Institut der Franz Josef-Universität in Szeged wird schon seit Jahren die Pathologie des Pankreas besonders hinsichtlich des Fettstoffwechsels studiert. Vor zwei Jahren prüfte Assistent *Bach*, was für eine Wirkung die verschiedenen Hormone auf die Serumlipase ausüben. Er fand in vitro, dass die Serumlipase durch einzelne Hormone gehemmt wird. Er schrieb jedoch diese Hemmung der Wirkung der konservierenden Substanz zu, die zu den Hormonen gefügt worden war. Vor einem Jahre studierte *Lovas* die Wirkung des Thyroxins auf Kaninchen in vivo. Er stellte fest, dass auf einmalige subkutane Verabreichung von 0.25—1.— mg Thyroxin bei den Kaninchen eine erhebliche Herabsetzung der Serumlipase auftritt, nach 3—4 Tagen steigt jedoch die Serumlipase wieder auf ihr ursprüngliches Niveau. Die tägliche Injektion der gleichen Thyroxinmenge führt zum stufenweisen Verschwinden der Serumlipase, die Kaninchen magern ab und gehen zu Grunde. Unmittelbar vor dem Tode pflegt eine neuerliche Steigerung der Serumlipase einzutreten, was eine Folge des Erscheinens der toxyleresistenten, aber chininempfindlichen Lipasen in der Zirkulation ist. Diese Letzteren entsprechen der Pankreaslipase. Es gelang dem Vortragenden unter Mitwirkung von *Bach, Lovas* und *Neufeld* solche Pankreasextrakte herzustellen, nach deren intravenöser oder subkutaner Darreichung Kaninchen vor einer tödlichen Thyroxinvergiftung gerettet werden konnten. Der wirksame Wasserextrakt wird aus dem mit Azeton und Äther rasch entfetteten und zerstäubten Pankreas hergestellt, dieser ist von Fermenten und von Insulin durch Inaktivierung befreit. Der Extrakt besitzt keine Insulinwirkung, seine Anwendung löst Hyperglykämie und Vermehrung der Serumlipase aus. Insulin-Kaninchen werden von Thyroxinvergiftung nicht geschützt. Andere Pankreaspräparate besitzen keine Schutzwirkung. Die in gleicher Weise angefertigten Leber- und Lungenextrakte schützen Kaninchen von der tödlichen Thyroxinvergiftung ebenso wenig. *Allen* und *Bloor* vermuten im Pankreas ausser dem Insulin noch ein Hormon, das den Fettstoffwechsel regiert. Der Befund, wonach im Pankreas eine neutralisierende Substanz für Giftdosen des Thyroxin nachgewiesen werden konnte, ermöglicht das Studium des neuen vom Insulin unabhängigen Pankreashormons.

I. Berger: S. Kende hat aus dem inaktivierten Pankreas-Presssaft eine hormonartige Seife hergestellt, welche den Diastase-Zerfall von Glykosen und Stärke verhindert. Diese Wirkung konnte auch mit reiner Seife erzielt werden.

E. Kubányi: *Vermeidung von Komplikationen bei Bluttransfusion*, (mit Filmvorführung). Er will ausschliesslich die Komplikationen serologischen Ursprungs zusammenfassen, und unterscheidet zwei Hauptgruppen. In die eine gehören jene Reaktionen, die irrigen Blutgruppenbestimmungen zuzuschreiben sind, in die andere jene Komplikationen, die zu Stande kommen können, wenn das Blut eines zur gleichen Gruppe gehörenden Spenders übertragen wird. Die theoretischen Forschungen haben bei der Feststellung von vier Blutgruppen nicht Halt gemacht, indem Erscheinungen bekannt wurden, welche die Fragen der Scheinagglutination und Nuancen innerhalb der Blutgruppen klarstellten. Die Fehler bei der Blutgruppenbestimmung kommen dadurch zu Stande, dass die Schein- mit der wahren Agglutination verwechselt wird. Bei Verwendung eines zur gleichen Blutgruppe gehörenden Spenders traten auch in seinen Beobachtungen Komplikationen dann ein, wenn der Agglutinationstiter des blutbedürftigen Patienten sehr niedrig (8—16) war. Die Blutgruppen entstehen durch die qualitative Separierung der Agglutinine, doch ist nach Ansicht des Vortragenden auch die quantitative Menge der Agglutine nicht zu vernachlässigen. Bei sehr schweren Indikationen der Transfusion empfiehlt er neben der Blutgruppenbestimmung auch die Feststellung des Agglutinationstiters, womit erzielt werden soll, dass das Blut mit geringen Differenzen im Titer transfundiert werde. Er schildert sodann die Methodik zur Feststellung des Agglutinationstiters.

G. Lénárt: Jene Erscheinungen, die mit der Isoagglutination verwechselt werden können, sind nicht alle unter dem Sammelnamen „Pseudoagglutination“ zusammenfassbar. Hieher gehört nur die Geldrollenbildung, dagegen sind die Auto-, Kälte- und Thomsenagglutination ebenso wie die Isoagglutination wahre Agglutinationen. Ein korrekter Sammelname hiefür wäre: Pseudoisoagglutination. Die Faktoren M. N. P. besitzen nur bei der ersten Transfusion keine Bedeutung, bei wiederholten Transfusionen können jedoch die nach der ersten gebildeten Anti — M, Anti — N, und Anti — P Immunagglutinine gefährlich werden. Auch bei Verwendung des identischen Spenders soll bei wiederholten Transfusionen die gekreuzte Agglutinationsreaktion immer wiederholt werden. Die Bedeutung der Titerverhältnisse der Isoagglutinogene und Isoagglutinine ist besonders im Kindes- und Säuglingsalter gross, nachdem die defekten Gruppen, besonders im Säuglingsalter wichtig sind. Bei Blutgruppenbestimmungen ist ein hoher Titer der Isokörper zur Vermeidung von Irrtümern wünschenswert, dagegen ist bei der Transfusion dem gegenüber die Vermischung der Blutmengen mit niedrigem Titer vorteilhaft.

B. Kanyó verwendete schon vor 5 Jahren mit *Prof. Johan* eine einfache Verdünnungs-Titrationsmethode, diese ist im Wesen identisch mit dem von *Coca* im vorigen Jahr publizierten Verfahren. Der Titer von diagnostischen Seren, die ohne Konservierungsmittel aufbewahrt werden, bleibt 1—2 Jahre lang unverändert. Bei Seren von älteren Personen kann eine erhebliche Abnahme festgestellt werden. Die Ursache von Unfällen, die bei der Transfusion vorkommen, kann auch die Überempfindlichkeit für Nahrungsmittel sein, die in das Serum des Spenders resorbiert wurden. Empfehlenswert wäre, eine systematische Untersuchung

der physikochemischen Eigenschaften des Blutes von Spendern. Von den universalen Spendern, die zur O. (IV.) Gruppe gehören, sind die mit niedrigen Titer zu bevorzugen. Im allgemeinen ist bei der Transfusion die Anwendung von gut abgestimmtem Blut mit ausgesprochenem, aber nicht allzu hochwertigem Serumentiter zweckmässig.

S. Biró: Bei Durchführung der Blutgruppenbestimmung können manche Fehler ausgeschaltet werden, wenn die Gruppenbestimmung nicht nur auf Grund der Eigenschaften der Erythrozyten, sondern auch des Blutersums durchgeführt wird. Derart können eventuelle Verwechslungen, Schein-Panagglutination usw. ausgeschlossen werden. In der II. Frauenklinik dienen Hausschwangere als Blutspender, ihre Gruppenzugehörigkeit wird durch bekannte Seren und Erythrozyten der Gruppen A und B bestimmt. Der nach Bluttransfusion auftretende Schüttelfrost kann nicht immer dämmt erklärt werden, dass das verabreichte Blut nicht der entsprechenden Gruppe angehört, oder dass sein Titer allzu hoch ist, nachdem Schüttelfröste auch bei der Reinfusion von Eigenblut bei extrateriner Schwangerschaft ziemlich häufig auftreten. In solchen Fällen haben sich vielleicht die Bluteiweisskörper im Bauchraum dekomponiert.

J. Frigyesi: Die Bluttransfusion ist nicht nur für Chirurgen, sondern auch für Geburtshelfer und Frauenärzte ein sehr wichtiger und oft verwendeter Heilfaktor. Fast allmonatlich sehen wir Fälle, deren Rettung nur mit der Bluttransfusion gelingt. Die Vervollkommnung der Methode und die hierauf abzielenden wissenschaftlichen Versuche besitzen daher eine hervorragende Bedeutung. Dieser lehrreiche Vortrag lenkt mit seinem demonstrativen Film die Aufmerksamkeit auf den Umstand, dass im Eisschrank aufbewahrtes, oder nach längerem Stehen verwendetes Blut Agglutination verursachen und dadurch gefährlich werden kann. Nachdem diese Tatsachen noch nicht allgemein bekannt sind, können diese Umstände in der Praxis inmitten der allgemeinen Erregung der Aufmerksamkeit entgehen. Das geldrollenartige Zusammenlegen der roten Blutkörperchen betrachtet er jedoch nicht als Agglutination oder als gefährlich. Als er vor mehr als 10 Jahren verschiedene Methoden der Bluttransfusion auf Grund mehrfacher Indikationen anzuwenden begann, konnte er beobachten, wie lange die in Ampullen verschlossenen Blutzellen ihre Fähigkeit Oxygen zu binden erhalten haben, und er sah von der Anwendung solchen Blutes der entsprechenden Gruppe keinerlei üble Folgen. Die Praxis wird zeigen, was für eine Bedeutung der vom Vortragenden betonten Untersuchung des Agglutinationstiters zukommt, resp. ob sich diese bewähren wird. Er ist überzeugt, dass die bei der Bluttransfusion sich abspielenden Prozesse noch manche feinere Nuancen haben, deren Studium sehr interessant und wichtig wäre. Auch diese Frage beweist, dass der Kliniker sich mit unzähligen wissenschaftlichen und theoretischen Fragen beschäftigen, resp. solche mit Aufmerksamkeit verfolgen muss. Nur der Kliniker ist in der Lage, diese praktisch und theoretisch hochbedeutsamen Fragen zu studieren. Unsere Aufgabe ist aber, die Bedingungen und Möglichkeiten der allgemeinen Praxis vor Augen zu halten. Deshalb erwähnt er, dass z. B. *Stoekel* betont, er würde bei drohender Verblutung nicht zögern die Bluttransfusion auch ohne jede voraus-

gehende Untersuchung durchzuführen. Wir wissen ganz genau, dass ein solches Vorgehen riskant und gefährlich ist. Andererseits darf nicht vergessen werden, dass es nur dort in Frage kommen kann, wo der Patient ohne diesen Eingriff unbedingt verbluten würde. In solchen Fällen ist es ein viel geringeres Risiko, wenn es gelingt Blutverwandte (Eltern, Geschwister) als Spender zu gewinnen. Steht ein solcher Spender nicht zur Verfügung und ist bei dringender Notwendigkeit der Bluttransfusion die entsprechende Untersuchung nicht mehr durchführbar, so kann die Bluttransfusion ohne vorausgehende Untersuchung in der Weise versucht werden, dass zuerst nur 8—10 ccm vom Spenderblut eingespritzt wird und nur nach mehreren Minuten, wenn wir sehen, dass keinerlei unangenehme Folgen auftreten, kann die Bluttransfusion fortgesetzt werden. In der Frauenheilkunde ist bei extrauteriner Schwangerschaft eine häufig verwendete und allgemein übliche Methode, das aus dem Bauchraum geschöpfte frische Blut wieder einzuführen. Man soll auch bei den, nicht in Anstalten, sondern in der Praxis vorkommenden Geburten bei eventuell auftretenden lebensgefährlichen Blutungen an diese einfach anwendbare Methode der Lebensrettung denken.

S. Tóth: Was die Transfusion vom fremden Blut betrifft, hat hierüber sein Assistent *Biró* referiert. Mit dem befolgten Verfahren gab es niemals Unannehmlichkeiten. Nachdem einer seiner Assistenten über die Transfusion von Eigenblut im Anschluss an extrauterine Schwangerschaft vor Jahren einen Vortrag gehalten hat und das Verfahren auf Grund der damaligen zahlreichen Erfahrungen als gefahrlos bezeichnete, meldet er pflichtgemäss, dass seither wiederholt nach Transfusion des aus dem Bauchraum geschöpften Blutes starke Schüttelfröste, Temperatursteigerungen, ja in einem Fall wenige Stunden nach der Transfusion eine schwere Hämolyse mit interstitiellen Blutungen beobachtet wurden, welche letzterer Fall letal endigte. Bei der Erforschung der Ursache wurde festgestellt, dass die inneren Blutungen schon 1—2 Tage früher begonnen hatten und obwohl nur flüssiges Blut transfundiert wurde, war offenbar das nicht mehr frische Blut zerfallen und wirkte, als parenteral verabreichtes Fremdeiweiss vergiftend auf den Organismus. Eben deshalb transfundieren wir nur frisches Blut, u. zw. nicht in so grossen Mengen wie früher. Es genügen 4—500 gr Blut, damit die noch lebensfähigen roten Blutkörperchen den Gaswechsel unterstützen und wir fördern die Spannung der kollabierten Gefässe besser mit der exakt sterilisierbaren physiologischen Kochsalzlösung.

A. Kubányi: *Lénárt* gegenüber verweist er darauf, dass nach *Hirschfeld* der Agglutinationstiter bei Erwachsenen unter physiologischen Verhältnissen stabil betrachtet werden kann, und er be ruft sich diesbezüglich auch auf die mit *Kányó* 4 Jahre hindurch durchgeführten gemeinsamen Untersuchungen. Schwere Leiden wie Sepsis, Basedow, Leukämie verändern den Titer. Dieser Umstand bestätigt, dass die Titerbestimmung bei der Transfusion wichtig ist: durch Bestimmung eines Spenders mit entsprechenden Titer sind wir bestrebt, auf Grund einer Voruntersuchung uns der Blutstruktur des Patienten anzupassen. Seine Bemerkung über die Panagglutination beruht offenbar auf einem Missverständnis. In schweren Fällen, wenn z. B. der Patient eine Million Erythrozyten

hat, sei es sehr wichtig, dass zur Transfusion ein der gleichen Blutgruppe angehöriger Spender, nicht aber einer der O Gruppe verwendet werde. Das eingeführte Serum darf die roten Blutkörperchen des Patienten nicht agglutinieren, nachdem für den Organismus die eigenen Blutkörperchen am wertvollsten sind.

Gesellschaft der Spitalsärzte.

Sitzung am 9. December 1931.

G. Breyer: *Arachnodaktylie.* Er demonstriert einen Fall von Arachnodaktylie, aus dem Budapestester staatlichen Kinderasyl. Das wichtigste Symptom ist die Verlängerung und Verdünnung der Hand- und Fusswurzelknochen, sowie der Fingergliederknochen um 15—20%. Die Muskulatur, das Unterhaut-, Binde- und Fettgewebe ist besonders an den Extremitäten ungenügend entwickelt. Die Ohrmuscheln sind gross, zwischen den Fingern geringfügige Schwimmbildung, lumbale Kyphoskoliose, die statischen und geistigen Funktionen ziemlich erhalten. Die Deformitäten bessern sich auf Auxanil B.-Darreichung in verhältnismässig kurzer Zeit. Die Krankheit ist offenbar angeboren. Es ist nicht festgestellt, ob bei Entwicklungsstörungen der fötalen Gewebe endokrine Einflüsse figurieren oder nicht.

K. Keller verweist auf eine nicht alltägliche Bewegungsstörung bei dem Kind. Dasselbe kann besonders die Zehen mit eigenartigem Beuge- und Streckenbewegungen verdrängen. Diese Hyperkinese ist identisch mit jenen physiologischen, bei Säuglingen auftretenden Bewegungen der Zehe, die mit der mangelnden Entwicklung des Striatums im Säuglingsalter in Zusammenhang gebracht werden. In diesem Fall ist bei dem 3jährigen Kind die Hyperkinese des Säuglingsalters noch immer zu beobachten, was die schwache Entwicklung des Striatums beweist.

A. Rötth hat das Kind vor 1½ Jahren in der Gesellschaft der Augenärzte wegen seiner vertikal ovalen Cornea demonstriert, was bei Arachnodaktylie noch nicht beobachtet worden ist.

F. Réffy: *Als Frostbeule behandelte und wiederholt amputierte Raynaudsche Krankheit.* Der 39jährige Mann fühlte 1917 Kribbeln in den Zehen, sodann Schmerzen, ihre Farbe war zeitweilig blass, sodann bläulich livid, mit gleichzeitig auftretenden schmerzhaften Krämpfen. Wegen Gangrän wurde 1926 die rechte grosse Zehe chirurgisch entfernt. Dasselbe geschah später mit den linken Fusszehen, dem linken Vorderfuss, 1930 aber wurden die unteren $\frac{2}{3}$ des linken Unterschenkels amputiert. Der Zustand besserte sich jedoch nicht, so dass in diesem Jahr die periarteriale Sympathektomie nach Leriche durchgeführt wurde, seither hochgradige Besserung.

E. Fischer hat im letzten Sommer einen 80jährigen Mann mit Unterschenkelfraktur behandelt, deren Heilung wegen Zirkulationsstörungen im Unterschenkel verzögert war. Diesen schloss sich sodann auch Jucken wegen seniler Atrophie an, die nicht beeinflusst werden konnte. Er liess deshalb bei dem Patienten die Doppler-Operation (Pinselung der A. spermatica und ihre periarterielle

Infiltration mit Phenollösung) durchführen. Die Operation hatte prompten Erfolg.

P. Kramer: *Untersuchung des Kohlenhydratstoffwechsels bei Basedow.* Er schildert die Blutzuckerkurven von Basedow-Kranken nach Insulininjektion und Zuckerbelastung. Es wurden parallele Blutzuckerbestimmungen im Kapillar- und venösen Blut vorgenommen, wobei sich herausstellte, dass die kapillar-venöse Differenz herabgesetzt ist. Hieraus folgert er, dass die Zuckeraufnahme in die Gewebe gehindert ist.

A. Nagy: *Akut auftretende Basedow-Fälle.* Er referiert über zwei akut verlaufene Fälle. Die gastrointestinalen Symptome, unstillbares Erbrechen, Durchfälle und psychomotorische Störungen beherrschen das Krankheitsbild. Es entwickelten sich akute Psychosen, mit Gesichts- und Gehörhalluzinationen, erheblicher motorischer Unruhe und die als Folge eingetretene Inanition führte bei beiden Patienten binnen wenigen Wochen zum Exitus.

A. Torday: Bei einem Patienten war die hochgradige Muskelschwäche auffallend, infolge welcher er sich im Bett nicht erheben konnte, auch das Kauen fiel ihm schwer. Die rasche Abmagerung und das häufige Erbrechen erweckte Verdacht auf Karzinom, doch konnte diese Krankheit durch genaue Beobachtung der Symptome ausgeschlossen werden, was auch durch die Sektion bestätigt wurde. *Walkó* beobachtete akut verlaufene Basedow-Fälle nach akuten Infektionskrankheiten, wahrscheinlich infolge bakterieller oder toxischer Schilddrüseninfektion, *Patterson* nach Tonsillektomie, *Pribram* plötzlich aufflammende akute Fälle nach Schwimmen.

G. Szilágyi: *Durch Ascaris ausgelöstes Asthma bronchiale.* Der 28jährige Mann benützte beim Angeln Würmer aus dem Schweinedarm, nach Berührung der Würmer schollen seine Finger, sowie die Augenlider an, und es traten Erstickungsanfälle auf. Er fand ähnliche Erkrankungen bei den Fischern der Csepelinsel, in den meisten Fällen ging dem Anfall eine Urticaria voraus.

A. Torday: Die Zoologen wissen schon längst, dass zerrissene Spulwürmer bei Menschen unangenehme Symptome auslösen können, wie Conjunctivitis, Tränenfluss, Niessen, Übelkeit, Brechreiz, Ohrensausen, Rachenentzündung, Urticaria und Pruritus am Hals und auf der Stirn und in manchen Fällen regelmässig sich wiederholende Asthmaanfälle. *Goldschmidt* referiert über 20 Fälle Es gibt Leute, bei denen die Berührung von Spulwürmern Anschwellung der Hand und Schmerzen in den Fingerkuppen verursachen. Die Dyspnoe- und Asthmaanfälle sind Folgen der Reizung der Vasodilatoren. Diese Symptome werden nach *Flury* durch ätherische Fettsäuren verursacht (Ameisensäure, Buttersäure, Propion-Akrylsäure, Akrolein). *Jadassohn* führt drei Fälle an, in welchen die Zerfallsprodukte des Darmparasiten Schnupfen, Conjunctivitis und schweres Asthma mit Eosinophilie ausgelöst haben. *Fülleborn* hat allergische Reaktionen zum Nachweis der Würmerempfindlichkeit mit der Trockensubstanz der Würmer durchgeführt, die Ansichten über den Wert der Reaktion sind geteilt. (Brünning, Heglin.)

A. Kotlan verweist darauf, dass die Empfindlichkeit individuell veränderlich ist, dementsprechend variieren auch die ausgelösten Symptome von mehr-minder heftigen Schleimhautreizen

und Entzündungen fortschreitend zu Pruritus, Urticaria, Oedem, Fieber, Asthma, allgemeiner Schwäche, ja sogar bis zum Eintritt von komatösen Zuständen. Eigenartig ist die grosse Zahl der vom Vortragenden beobachteten Fälle, was eine weitere Untersuchung hinsichtlich der Ätiologie wünschenswert erscheinen lässt.

K. Hajós: Die vom Vortragenden geschilderte massenhafte Askarisempfindlichkeit ist auf eine primäre Überempfindlichkeit des Organismus zurückzuführen, weil die Askariden nicht in jedem Organismus pathologische Erscheinungen auslösen. Solche Idiosynkrasien, Idiopathien sind in der Literatur ziemlich bekannt und werden massenhafte idiopathische Vergiftungen besonders von Spinnen, Raupen, Krebsen und Schattieren ausgelöst. In den beiden demonstrierten Asthmafällen spielt das Askarisgift nur eine nebensächliche Rolle, weil die Kranken schon seit langer Zeit mit dem Askarisgift nicht in Berührung gekommen sind, wobei sie doch an schweren Asthma leiden. Er hofft, dass es gelingen wird, mit Überempfindlichkeitsreaktionen die Ursache der Epidemie in Csepel klarzustellen.

Sitzung am 16. Dezember 1931.

L. Pleskó: *Bei akuten Infektionskrankheiten auftretende hämorrhagische Diathesen.* Er referiert über drei Fälle von hämorrhagischen Diathesen, die in der Rekonvaleszenz von akuten Infektionskrankheiten aufgetreten sind. Der erste trat am 7. fieberfreien Tag nach Morbilli in der Form von profusen Nasen- und Hautblutungen auf, Thrombozytenzahl 14.000. Auf Transfusion prompte Heilung. Im zweiten Fall entwickelten sich am 7. Tag der Dysenterieerkrankung Haut-, Nieren- und subkonjunktivale Blutungen, Heilung auf Serum und Diät. Im dritten Fall zeigte sich am 41. Tag der Scharlach-Erkrankung M. Werlhoffii mit profusen Gingiva-, Nasen-, Darm-, Uterushöhle-, Serosablutungen, Thrombozytenzahl 7000. Vollkommene Heilung der schweren Erkrankung auf Milzextirpation.

J. Józsa referiert über einen seltenen Fall von mit Gehirnblutung komplizierten M. Werlhoffii.

P. Kiss: Blutungen im Anschluss an Diphtherie sind dann bedeutungsvoll, wenn sie in lebenswichtigen Organen auftreten. Er beobachtete zwei Fälle mit auf das Herz lokalisierten Blutungen im Verlauf von Diphtherie. Im Elektrokardiogramm des einen Falles konnte Vorhofflimmern, im andern nach intraventrikulärer Leitungsstörung extrasystolische Anfälle, die bald von der linken, bald von der rechten Kammer ausgingen, beobachtet werden. Die Sektion ergab in beiden Fällen neben Blutungen und Myodegeneration eine hochgradige Kammerdilatation. Der Tod trat in diesen Fällen deshalb ein, weil die Blutungen als heterotrope Reize die Kammern zur Tachykardie reizten, was der Sinusknoten wegen der Leitungsstörung nicht hindern konnte, so dass eine totale Funktionsunfähigkeit auftrat.

K. Wolff: Bei Blutungen in geschlossene Höhlen und in die Gewebe tritt Milzschwellung regelmässig auf, so dass aus diesem Symptom nicht auf eine septische Ätiologie gefolgert werden kann.

A. Bosányi: Die Fälle von Kiss sind interessant, fallen jedoch in eine andere Kategorie, als die vom Vortragenden demonstrierten

Fälle. In den Fällen von Kiss entstanden die Haut-, Bindegewebs-, und Parenchymblutungen im Verlauf einer akuten Toxikose, in den Fällen des Vortragenden aber gab es idiopathische, resp. anaphylaktische hämorrhagische Diathesen, wobei zu betonen ist, dass die Erkrankung des retikuloendothelialen Systems nach Ablauf der ersten Krankheit und nicht während derselben zur Entwicklung kam, d. h., dass dieses wesentliche Kriterium der sogenannten „zweiten Krankheit“ vorhanden war, was bei banalen symptomatischen Blutungen nicht der Fall sein kann. Interessant ist, dass trotz der typischen anaphylaktischen klinischen Lokalisation das Blutbild der beiden ersten Fälle entschieden zur Werlhoff-Gruppe gehörte, andererseits sprach ausser der Lokalisation auch die Heilung für die anaphylaktische Pathogenese. Im dritten Fall der schweren Werlhoff-Erkrankung ist die lebensrettende Wirkung der Milzextirpation unbestreitbar.

A. Gaál: Beitrag zur Pathologie der Sublimatnieren. Nach seiner Einteilung fallen in das erste Stadium jene Nieren, die von 1—2 Stunden alten Vergiftungsfällen stammen. Diese charakterisiert die akute Blutfülle. Histologisch ist eine Schädigung des funktionierenden Parenchyms erst nach 12 Stunden zu beobachten. Dem zweiten Stadium gehören Nieren der ersten Vergiftungswoche an. Die charakteristischen Eigenschaften sind: kleine schlaffe Nieren, gelbe Färbung, verbreiterte Rindensubstanz. Histologisch ist eine ausgebreitete Nekrose der Epithelzellen, der gewundenen Harnkanälchen vorhanden, ferner unwesentliche Regeneration und geringfügige Kalkausscheidung. In das dritte Stadium sind die Nieren der zweiten und der dritten Woche einzuteilen. Charakteristisch für sie ist, dass sie vergrössert sind, ihre Färbung ist grauweiss, die Rindensubstanz verbreitert, und innerhalb der Kapsel ist eine mässige Spannung vorhanden. Histologisch zeigen die Epithelzellen der Tubuli contorti eine schwere Degeneration, daneben findet sich eine erhebliche Regeneration, und hochgradige Kalkausscheidung. In das vierte Stadium teilt er die geheilten Nieren ein, mit charakteristischer Blutfülle. Er findet, dass das morphologische Nierenbild innerhalb der ersten 24 Stunden keine Aufklärung über die Ursache der Anurie gibt. In der ersten Woche motivieren die umfangreichen Nekrosen der Niere bis zu einem gewissen Grad die Anurie. Die Regenerationserscheinungen in Nieren, die aus der 2. und 3. Woche stammen, ermöglichen andererseits die Wiederaufnahme der Nierenfunktion. Er fand in dekapsulierten Nieren, im Vergleich zu den nicht dekapsulierten weder eine Steigerung der Regeneration, noch eine Milderung der Degenerationsprozesse.

G. Balázs: Die Therapie der Sublimatanurie bei Dekapsulation. Die Behandlung der Anurie kann nach drei Richtungen hin versucht werden: Klinisch, durch Röntgenbestrahlung und chirurgisch (Dekapsulation). Die klinische Behandlung besteht aus häufigen Aderlässen und Traubenzucker-Euphyllininfusionen. *Steinberg* konnte mit diesem Verfahren in 10 von 11 Anuriefällen die Diurese in Gang bringen. Der Vortragende kann aber über keine so günstige Erfolge berichten. *Sheon* und *Riball* (Leningrad) konnten in 12 von 13 Sublimatanurien die Diurese auslösen. In den beiden Fällen des Vortragenden kam die Diurese auf Röntgenbestrahlung nicht in Gang. Auch die zur Einleitung der Diurese in 7 Fällen durchgeführte frühzeitige und präventive Dekapsulation, blieb erfolglos.

J. Dózsa: *Die Dekapsulation der Sublimatniere vom chirurgischen Standpunkt.* In der urologischen Klinik wurden wegen Sublimatvergiftung bei 11 Kranken Dekapsulationen durchgeführt, in 9 Fällen einseitig, in 2 Fällen doppelseitig. Die Operationsindikation war die Anurie resp. Olygurie. Mit Ausnahme eines im Olyguriestadium operierten Kranken starben alle übrigen. Die Anurie löste sich nur in einem Fall, aber auch dieser ging an der schweren Magendarmvergiftung zugrunde. Er schildert die Wirkungsweise der Dekapsulation, die infolge der Behebung der Kapselspannung auftretende mechanische Wirkung, die nach der Sympathektomie zu erhoffende Vasodilatation und die kollaterale Gefäßbildung. Die Ursache der Erfolglosigkeit von Dekapsulationen findet er in der Pathogenese der Sublimatniere, wo die Anurie eine Folge der schweren Degeneration und Nekrose des sekretorischen Epithels und nur zum Teil der Verstopfung der Harnkanälchen ist. Die Sublimatniere ist daher eine Vergiftungsnephrose, nicht aber eine Zirkulationsstörung der Glomeruli, oder eine Nierenerkrankung infolge von Gefäßspasmen. Er fand bei den zur Operation gelangenden Fällen niemals das infolge der renalen Tensionssteigerung entstehende Bild von Glaukoma renis, so dass die Dekapsulation mechanisch unwirksam ist. Nachdem die Glomeruli unversehrt sind und ihre Blutversorgung normal, kann auch von der Sympathektomie und von der Umstimmung des vasomotorischen Tonus kein besonderer Erfolg erwartet werden. Die Bildung von neuen Gefäßen nach der Dekapsulation kann mit Rücksicht auf die schwere akute Erkrankung nicht in Betracht kommen. Die Dekapsulation wurde versuchsweise als ultima ratio zur Einleitung der Diurese durchgeführt, nachdem es nicht gelungen ist, die Anurie auf anderem Wege zu beheben.

Ungarische Ophthalmologische Gesellschaft.

XXIV. Jahresversammlung in Budapest und in Szeged.

Präsident: **Prof. Dr. Leo v. Liebermann.**

Offizieller Bericht von **Priv.-Doz. Dr. G. Horay,**

Schriftführer der Gesellschaft.

(Fortsetzung.)

A. Róth: Beobachtete bei einer 44jährigen Frau mit normalem Blutbild und negativem Internbefund eine aus beiden Übergangsfalten wulstartig hervorwölbende Geschwulst, die aus lymphoiden Zellen und sehr wenigem Bindegewebe bestand. Die pathologische Hinzugehörigkeit derartiger bilateraler symmetrischer Bindehauttumoren ist noch ungeklärt.

A. Szász: Berichtet über einen einschlägigen Fall, wo an einem Auge das obere Drittel der Hornhaut von einem plasmazelligen Granulom ganz bedeckt war; in ätiologischer Hinsicht dürfte vielleicht die entzündungserregende Wirkung von Trachomvakzine-Injektionen, die vor ein und halb Jahren an der Stelle des später gebildeten Granuloms eingespritzt wurden, in Betracht kommen.

Vorträge: **N. Klein (Pécs):** *Die Resorption des Atropins aus Salben.* Als Fortsetzung seiner Versuche mit NaJ untersuchte nun-

mehr Votr. die Resorption des Atropinum sulfuricum aus Salben an gesunden Augen. Die Art der Resorption des Atropinum sulf. erwies sich gleich dem des NaJ. Bei Öl-Wasser-Emulsionen ist die geringste Konzentration der Salbe, die eine eben noch wahrnehmbare Pupillenerweiterung verursacht 1:200.000, bei Wasser-Öl-Emulsionen ist dieser untere Grenzwert 1:10.000. Demnach sind Salben, die ein Öl-Wasser-Emulsionsystem bilden, im Falle des Atropins zwanzigmal wirksamer. Das in Salbenform angewandte Atropin übt eine sehr intensive Wirkung aus; dies wird leicht begreiflich, wenn wir bedenken, dass das in Salbenform gereichte Atropin längere Zeit im Bindehautsack bleibt, und hiedurch die Dauer der Aufsaugung verlängert wird.

Aussprache: A. Kreiker: War immer gegen die Anwendung von öligen Salben im Bindehautsack, da die Oberfläche der Bindehaut von einer kapillaren Wasserschicht gedeckt ist, welche sich in öligen Stoffen nicht löst; das Verfahren kann daher durchaus nicht als physiologisch betrachtet werden. Votr. gab nun diesem Widerspruche eine wissenschaftliche Erklärung. Es erscheint am zweckmässigsten als Salbengrundlage Gelatine oder eine ähnliche Substanz, welche in Salbenform herstellbar ist, zu verwenden. Fragt den Votr., ob er anlässlich seiner Versuche nicht an die Anwendung solcher Salben gedacht habe.

N. Klein (Schlusswort): Stelle mit wasserlöslichen Gelen Versuche an, da jedoch dieselben an der Luft schnell eintrocknen, kommen sie als Salbengrundlage nicht in Betracht.

G. Vajda (Miskolc): Ist der *Faltasche* Annäherungsversuch untrüglich? Einseitige Blindheit bzw. hochgradige Schwachsichtigkeit kann nach *Falta* mittels seiner Annäherungsprobe mit Bestimmtheit nachgewiesen werden. Der Versuch besteht darin, dass man die Fingerspitze in der Höhe der Nasenwurzel in der Meridianlinie (oder 1—2 cm seitwärts gegen das angeblich schwache Auge) bei binokularer Fixation bis auf 5, 4 sogar bis auf 3 cm dem Auge des Untersuchten nähert. Ein schwachsichtiges Auge muss während dieser Annäherung in Abduktionsstellung kommen, und zwar umso früher und ausgiebiger, je mehr das Sehvermögen des fraglichen Auges herabgesetzt ist. Votr. fand die Annäherungsprobe in sechs Fällen negativ, hält daher die Behauptung *Faltas*, das Zeichen sei absolut beweisend, für widerlegt und die Probe zur Feststellung der Simulation für unzulänglich.

Aussprache: M. Falta: Es ist auffallend, dass Votr. nur jene 6 Fälle erwähnt, wo die Probe negativ ausfiel, hingegen jene, wo sie sich bewährt, mit Schweigen übergeht. F. leistete die Probe immer gute Dienste; er verfügt über mehrere Privat-Mitteilungen namhafter Fachmänner, die die Probe ebenfalls für sehr nützlich erachten.

I. Imre jun.: Es kann nicht behauptet werden, dass das *Faltasche* Zeichen zur Enthüllung der Simulation von absoluten Werte sei, er würde daher auf Grund derselben in keinem Falle, weder in positivem, noch in negativem Sinne Stellung nehmen. Wir kennen Fälle, z. B. Starkranke, wo trotz des evident schlechten Sehvermögens die Konvergenzbereitschaft auch am schwachsichtigen Auge Jahre lang fortbesteht, andererseits gibt es Fälle, wo die Konvergenz bei

verhältnismässig gutem Sehvermögen ausbleibt, besonders wenn die Adduktoren schwach sind.

A. Kreiker: Der *Faltasche* Versuch ist seiner Ansicht nach nur ein Spezialfall des sog. amblyopischen Schielens, wo das schwindende dynamische Gleichgewicht beim Konvergenzakt nicht mehr funktioniert. Infolge der grossen individuellen Verschiedenheit, sollten die Fälle in zwei Gruppen geteilt werden: bei schwacher Fusion tritt die Divergenz früh ein, bei starker Fusion dagegen nur spät, bezw. überhaupt nicht. Somit sind also die Beobachtungen von Falta, sowohl als die von Vajda richtig, er möchte eben des erwähnten Unterschiedes halber den Faltaschen Versuch als entscheidende Probe nicht anwenden.

G. Vajda (Schlusswort): Teilt nachträglich noch mit, dass die von ihm untersuchten Personen 18—52 Jahre alt und meist angeboren amblyopisch waren.

III. wissenschaftliche Sitzung

(am 11. Juni in Szeged.)

E. Oláh (Gyula): a) *Beiträge zur Topographie des äusseren Lidwinkels.* Bei der Untersuchung der Ausbreitungsrichtung von Augentropfen aus der unteren Übergangsfalte beobachtete Votr. verschiedene, bisher noch nicht beschriebene Formen des äusseren Lidwinkels. Die erste Abart gehört zur *Denig-Hadanoschen* Gruppe, doch war die Lidspalte dabei nicht länger, sondern im Gegenteil, kürzer als normal. Die zweite Form kommt ziemlich häufig vor; dieselbe ist nur beim Blick nach aussen wahrnehmbar und besteht darin, dass sich zwischen äusserem Lidwinkel und Bulbus eine Öffnung bildet. Die dritte Form ist eine Variation des Epikanthus lateralis, wo sich Letzterer nur bei schläfenwärts-Blicken zeigt.

b) *Neue Lidspatel:* Votr. modifizierte die *Jügersche* Lidplatte so, dass dieselbe nunmehr auch von der Schläfe her zu handhaben ist mittels Stieles, und auch der Orbitalrand steht der Spatel nicht mehr im Wege. (Zu beziehen durch Äskulap-Werke, Tuttlingen).

c) *Über die tarsale Operation des Epikanthus.* Es erscheint zweckmässig die Exzision anstatt an der Nasenwurzel, bezw. deren beiden Seiten, am inneren Ende der Augenbrauen vorzunehmen. Es muss dabei ein grösserer Hautlappen entfernt werden. Ausgezeichnete Resultate.

d) *Iritis rosacea.* Bei einer 23-jährigen Frau beobachtete Votr. neben einer typischen marginalen Keratitis rosacea an der Vorderfläche der stark aufgelockerten, fahlen Iris, in der Pars ciliaris, starke Vaskularisation, die jedoch die Pars pupillaris verschonte. Hier und da fanden sich von einem Gefässnetz umgebene gesunde Knoten in der Iris. Die Ursache des Iritis mag vielleicht in der veränderten Funktion des endokrinen Apparates gesucht werden. Einspritzungen von Colutoid-Richter führten bald zur vollständigen Heilung.

Z. Tóth (Budapest): *Kanüle zur Dilatation der Tränenröhrchen.* Demonstration feiner Silberkanülchen, die durch ihre pfeifenähnliche Form den Lauf der Tränenröhrchen nachahmen; senkrechter Schenkel 2 mm, wagerechter Schenkel 3 mm lang. Sie sind

diagnostischen sowohl als auch zu therapeutischen Zwecken (Dilatation der Tränenpunkte und Tränenröhrchen) sehr geeignet.

J. Dallos (Budapest): *Bulbus-Modelle*. Haftgläser bzw. Kontaktschalen müssen dem Auge auf eine ganz bestimmte Weise anliegen um dauernd gut vertragen zu werden. Zur Herstellung von individuell geformten Gläsern sind Modelle von einem grossen Teile der Oberfläche des Bulbus notwendig. Mittels des *Pollerschen* Verfahrens konnte er das Auge in der Primärstellung sowie in vier Seitenstellungen abformen und durch Zusammenbau der Teilformen das gewünschte grosse Oberflächenmodell rekonstruieren.

(Fortsetzung folgt.)



NACHRICHTEN.

Auszeichnung. Der Prix L'Allemand im Betrag von 1800 Franc wurde Professor *Dr. Franz Kiss* und Assistenten *Dr. Julius Botár* der Szegeder Franz Josef-Universität verliehen. Professor Franz Kiss erhielt den Preis für seine Arbeit über den Erektionsmechanismus, sowie für seine mit Julius Botár durchgeführten Untersuchungen über das sympathische Nervensystem.

Todesfall. Der Chefchirurg der Versicherungsanstalt für Privatangestellte Hofrat *Gabriel Bartha* ist im Alter von 76 Jahren gestorben.

Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte. Am 16. Dezember 1932 wurde die 106. Generalversammlung der Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte abgehalten. Nach der Eröffnungsrede des Präsidenten Professors *Stefan Tóth* unterbreitete Generalsekretär Dozent *Edmund Zalka* den Bericht über die fälligen Preiskonkurrenzen. Der Balassa-Preis wurde Professor *Géza Illyés* für sein jüngst erschienenes Werk „Urologie“ zugesprochen. Den Franz Tauszk-Preis erhielt Professor *Albert Szentgyörgyi* (Szeged) für seine Forschungen über die Funktion der Nebennieren, die zur Entdeckung der Hexuronsäure und zum Nachweis geführt haben, dass diese Säure mit dem seit langer Zeit gesuchten C-Vitamin identisch ist. Den Eduard Senger-Preis erhielten *Josef Csapó* und *Edmund Kerpel-Fronius* für ihre Arbeiten über das Säure-Basengleichgewicht. Mit dem Béla Johan-Preis wurde *Julius Putnoky* für die Arbeit über die heteroplastische Transplantation des Ehrlichischen Mäusekrebses ausgezeichnet. Der Bericht diente zur Kenntnis. Nachdem noch *Paul Salacz* zum Sekretär und *Ladislau Buday* zum Schriftführer gewählt wurden, folgte die Aufnahme von fünfzig neuen Mitgliedern. Zu korrespondierenden Mitgliedern wurden gewählt: *Francis G. Benedict* (Boston), *Ersilio Zerroni* (Firenze), *Emilio Alfieri* (Milano). Sodann hielt Professor *Julius Bencze* den Baron Friedrich Korányi-Gedenkvortrag über die Rolle der Leber und des Magens in der Pathologie der perniziösen Anämie.

Schriftleitung und Verlag der „Verhandlungen der Ungarischen Ärztlichen Gesellschaften“ : Budapest, V., Vadasz-utca 26.

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

Druckerei der Pester Lloyd-Gesellschaft. (Direktor : Ignaz Schulmann.)