

# 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.

## Sanatorium Dr. Pajor

Budapest, VIII., Vas-utca 17.

Für medicin.-chirurg. Nerven- und Herzranke. *Storm Van Leuven* Allergische Abteilungen für Asthma, Neufleber etc. Allergische Krankheiten. *Gebärabteilung*. *Stiftungsabteilung* für Krebsforschung und Heilung. Zander, Orthopädie und Wasserheilanstalt.

Der gewissenhafte Arzt benützt nur

## PIGEON-FIEBERTHERMOMETER

Das Instrument ist präzise, seine Quecksilbersäule ist gut sichtbar und leicht herabzuschütteln. **In allen Apotheken u. Fachgeschäften erhältlich.** In Verkehr gesetzt von

**ERNST SCHOTTOLA, Fabrikant und Grosshändler**

**Budapest, VI., Vilmos császár-út 53.**

Fernsprecher: Aut. 227—67, Aut. 279—83.

# 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 Kom-  
fort eingerichtete Zimmer. Erstklassige  
Küche. Einbettiges Zimmer von 8-14  
Pengö, zweibettiges Zimmer von 14-24  
Pengö. 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. — Ungarische  
Ophthalmologische Gesellschaft — Nachrichten.

## Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte.

Sitzung am 5. December 1931.

**Z. Bókay:** *Behandlung der Meningitis tuberculosa mit Röntgen-Tiefbestrahlungen.* Die Zahl der bisher geheilten Meningitis-Tbc-Fälle ist verschwindend gering. Er referiert über die Heilung von sicheren Meningitis-Tbc-Fällen, deren Diagnose auf Grund des bakteriologischen Befundes sowie des Tierversuches nicht zu bezweifeln ist. Er erzielte die Heilung mit energisch verabreichten Röntgen-Tiefbestrahlungen. Er verabreichte erst täglich, später jeden zweiten Tag 150—250 R., indem verschiedene sich deckende Felder abwechselnd bestrahlt wurden. Von 17 Meningitis-Fällen heilten 5. Die Bestrahlung löste keine stärkere Reaktion aus, in zwei Fällen wurde totaler Haarausfall beobachtet, doch wuchsen die Haare nach. Er empfiehlt das Verfahren bei dieser bisher als absolut letal bekannten Krankheit der Aufmerksamkeit der Kollegen.

**J. Bókay** hat sich mit dieser wichtigen Frage 1914, im Anschluss an drei geheilte Fälle, in einer Studie eingehend beschäftigt. In diesen Fällen konnte er die Heilung nur dem natürlichen Heilkräften zuschreiben, weil ausser systematischen Lumbalpunktionen

kein meritorischer therapeutischer Eingriff erfolgte. In seiner Publikation führte er aus der Weltliteratur mit seinen insgesamt 34 geheilte Fälle an. Er gab jedoch der Anschauung Ausdruck, dass in der Praxis zweifellos viel mehr Heilungen vorkommen, und ist auch heute der Ansicht, dass ein Teil der sogenannten Durré'schen Meningismus-Fälle abortive Meningitis-Tbc sind. Der Vortragende hat eine neue Behandlungsmethode vorgeführt, und auf Grund der zweifellos nachgewiesenen 5 geheilten Fälle ist nunmehr die Möglichkeit der Heilung in den Vordergrund gerückt.

**E. Hainiss:** In jüngster Zeit weist die Meningitis-Tbc hinsichtlich ihres Beginnes, ihrer Entwicklung und des Tempos ein so wechselvolles Bild auf, dass die in den Lehrbüchern beschriebene klassische Form immer seltener zu beobachten ist. Eines der verlässlichsten und sehr frühzeitig auftretenden Früh- oder Verdachtsymptome ist das von *G. Hainiss* 1912 beschriebene Oberschenkel-symptom, das selbst bei der mildesten meningealen Affektion auslösbar ist. Ein erheblicher Teil der in der Literatur beschriebenen Meningitis-Tbc-Fälle hält der Kritik nicht stand und nur wenige derselben sind als nachgewiesen zu betrachten. Er selbst hatte leider nicht das Glück, bei Meningitis-Tbc-Heilung zu beobachten, obwohl er die verschiedensten Verfahren versuchte. Die vom Vortragenden geschilderten Fälle lassen auf Grund der genauen klinischen Beobachtungen und des bakteriologischen Nachweises keinen Zweifel am tuberkulotischen Charakter der Fälle und wenn die Röntgenbestrahlung in 15 von 17 Fällen erfolgreich war, so ist das ein beachtenswertes Resultat. Wenn er auch keine übertriebenen Hoffnungen in Betreff des absoluten Wertes der geschilderten Methode hegt, so wäre es dennoch ein erheblicher Gewinn, wenn es sich nach Beobachtung des weiteren Schicksals der geschilderten Fälle und nach einer grösseren Zahl von Heilungen bestätigen würde, dass die Röntgenbestrahlung in Fällen von Meningitis-Tbc eine Hoffnung auf die Heilung des regelmässig letalen Prozesses bietet.

**A. Bosányi** referiert über einen seit drei Monaten beobachteten Fall, wo sich unmittelbar nach Poliomyelitis eine Meningitis-Tbc entwickelte. Abgesehen von den klinischen Symptomen, wurde die Diagnose durch die positive Eiweissreaktion, Vermehrung der Zellen (400) totales Fehlen von Zucker im Liquor und zweimal nachgewiesenen Kochbazillus zweifellos festgestellt. Der Fall heilte in 6 Wochen spontan. Der Liquorbefund, sowie dessen Zuckergehalt sind normal. Möglicherweise wirkten das gegen die Poliomyelitis extradural verabreichte Rekonvaleszentenserum und Liquor als aspezifische Reiztherapie. Vor zwei Dezennien war der Verlauf der Meningitis-Tbc-Fälle normal, seit 6—8 Jahren aber hat sich der atypisch verzögerte Verlauf stark vermehrt. Es sei fraglich, ob bei der Heilung der Fälle des Vortragenden, sowie des Redners vielleicht auch die überall beobachtete Änderung des Krankheitscharakters eine Rolle spielt.

**F. Rohrböck** konnte die Heilung eines Meningitis-Tbc-Falles konstatieren. Bei den erfolglos behandelten Fällen sei die Feststellung des Röntgenbildes und der anatomischen Veränderungen wünschenswert, um hieraus Schlüsse auf die Therapie ziehen zu können.

**Z. Bókay** ersucht die Kollegen, die über ein grösseres Material

verfügen, das Verfahren zu versuchen. Er selbst wird die bisher behandelten Fälle weiter beobachten und in den erfolglos behandelten Fällen die pathologischen Veränderungen und das Röntgenbild mit Aufmerksamkeit verfolgen.

**L. Benedek:** *Eine neue Methode zur Steigerung des diagnostischen Wertes der Schädelperkussion.* Der Perkussionschall ist von den psychophysischen Erscheinungen zu befreien, die durch die Erwartungsbereitschaft des Untersuchenden herbeigeführt werden. Die Perkussionsmethode ist exakt zu gestalten und für die Auskultation sind optimale Verhältnisse zu schaffen. Vergleichbare Arbeitsergebnisse seien nur bei Stabilität der Methode und des Instrumentariums zu erwarten. Von der Perkussionsmethode ausgehend, die er 1923 eingeführt hat, führt er die Schallproduktion mit dem von ihm projektierten automatischen durch Uhrwerk oder Motor betriebenen Perkussionsapparat durch. Die Perkussionsstärke, Fallhöhe und der Schlagintervall können durch regulierende Hilfsmechanismen eingestellt werden. Die Auskultation wird mit Hilfe eines Mikrophonverstärkers durchgeführt. Der Radiolampenverstärker macht den Perkussionschall lauter und verstärkt dessen Volumen, wobei auch solche Partialtöne eine Kräftigung erfahren, die infolge ihrer Schwäche sonst nicht differenziert werden können. An normalen Schädeln durchgeführte Untersuchungen zeigten, dass die Fülle und Intensität, ja in geringem Masse auch die Höhe des Perkussionschalls je nach der Dicke der Knochen schwankt. Eben deshalb prüfte er die topographische Verteilung der letztern und deren Einfluss auf die Schallproduktion. Er hat mit einem von ihm konstruierten Messapparat der Schädeldicke an 70 Kadavern Messungen durchgeführt und die Ergebnisse für die verschiedenen Punkte des Schädeldaches biometrisch aufgearbeitet. Er demonstriert die Gruppenvariationen, die Gruppengrenzen, die Frequenz der Varianten, deren prozentuelle Verteilung, ihr Verhältnis zur idealen, binominalen Kurve die Grenzwerte, die Variationsbreite, die Mittelwerte, die Standard-Abweichung und die Fehlermittel. Nach der auf Grund der Mittelwerte bestimmten Dickenverteilung teilte er das Schädeldach in Area ein. Er versuchte die am Schädel zu stande kommenden Vibrationen auf elektrischen Weg zu registrieren. Er fixierte die Vibrations-Diagramme mit Hilfe eines im Budapester Politechnikum konstruierten Oszillographensystems, mit dem *Ganz'schen* Vibrograph (mit Unterstützung des Oberingenieurs *Halász*) und mit dem Vibroindikator von *Ferenczy*. In den Oszillogrammen erscheinen die vom Temporalpunkt aufgenommenen Vibrationen mit höheren und steileren Elongationen. Der Verlauf und die Dämpfung der Oszillationen war vermutlich unter dem Einfluss von dysharmonischen Formanten unregelmässig. Bei Patienten, die an



im Pharynx und das Luftreservoir befindet sich im Ösophagus. Die Sprache ist laut und kann selbst in einem grossen Saal verstanden werden. Die Kranken sind imstande ihre Stimme zu modulieren und sind auch durch das Telephon gut verständlich. Alle behandelten Patienten sind imstande ihrem Beruf nachzugehen.

**J. Németh:** Der Vorredner, wie auch er selbst verfolgen mit ihren Darlegungen das Ziel, die Operation zu popularisieren, und bekannt zu machen. Ob nun die Luft aus dem Schlund oder aus dem Magen zur Stimmbildung verwendet wird; die Luft stammt immer aus dem Ernährungskanal und nicht aus den Luftwegen. Wenn der Operierte nicht imstande ist, die Stimmbildung mit dieser Methode zu erlernen, so bedeutet das eine schlechte Prognose, indem zumeist auch der Ernährungskanal infiltriert ist.

**P. Kiss:** *Die Verwendbarkeit der Elektrokardiographie zur Prognosestellung bei Diphtherie.* Bei seinen an 250 Diphtheriekranken durchgeführten Untersuchungen stellte er fest, dass die Prognose dieser Kranken hauptsächlich davon abhängt, in welchem Masse das Diphtherietoxin das Herz geschädigt hat. Die Prognose ist nach zwei Richtungen zu stellen: 1. die Beurteilung des unmittelbaren Krankheitsverlaufes, 2. die Feststellung, ob das Diphtherietoxin das Herz geschädigt hat oder nicht und wie weit der Kranke in Zukunft den Anforderungen des täglichen Lebens entsprechen kann, ohne dass die tägliche Arbeit das geschädigte Herz verhängnisvoll belasten würde, d. h. es ist eine Prognose über die Möglichkeit des Auftretens von späteren Herzstörungen zu stellen. Er erörtert, inwiefern die Elektrokardiographie in Diphtheriefällen für die Prognosestellung über den unmittelbaren Krankheitsverlauf verwendet werden kann. Aus einer elektrokardiographischen Aufnahme können nur dann Folgerungen abgeleitet werden, wenn sich am Herzen bereits erhebliche Veränderungen zeigen, zumeist sind Serienaufnahme notwendig. Die Diphtheriekranken sind in Betreff der elektrokardiographischen Prognose in vier Gruppen zu teilen: 1. Die klinisch ungünstige Prognose wird durch die elektrokardiographische Aufnahme bestätigt, 2. im Gegensatz zur absolut günstigen klinischen Prognose, ist die E. K.-Prognose vollkommen ungünstig, 3. trotz der ungünstigen klinischen Prognose ist auf Grund der E. K. die Heilung des Kranken zu erwarten, 4. Sowohl die klinische, wie auch die E. K.-Prognose ist günstig. In der zweiten Gruppe kompensiert die Reservekraft der gesunden Herzpartien klinisch den Funktionsdefekt der erkrankten Partien so, dass die bestehende „cachierte Dysfunktion“, die für die Prognose von entscheidender Bedeutung ist, nur durch die E. K.-Untersuchung festgestellt wird. In der dritten Gruppe verweist das E. K. darauf, dass der von *Marfan* unter dem Namen „Syndrom secondaire de la Diphthérie maligne“ zusammengefasste klinische Symptomenkomplex bei den Kranken dieser Gruppe nicht durch anatomische Herzveränderungen verur-

sacht wird, sondern dass deren Ursache in Funktionsstörungen des Nervensystems der vegetativen Innervation oder des vasomotorischen Systems zu finden ist, denen keine anatomische Veränderung entspricht oder, dass diese Symptome nur Frühsymptome einer beginnenden Serumkrankheit sind. In allen Fällen von maligner Diphtherie ist die E. K.-Untersuchung vor der Prognosestellung wichtig.

**I. Gönczy** referiert über die Ergebnisse jener E. K. Untersuchungen, die er vor längerer Zeit in der III. internen Klinik mit **G. Györgyi** bei 60 Kindern durchführte, die Diphtherie überstanden hatten. Er stellte in 8 Fällen, also in mehr als 13% myokardiale Läsionen fest. Die Durchführung von Herzfunktionsuntersuchungen sei bei solchen Kindern notwendig, bei welchen nach Infektionskrankheiten abnorme E. K. festgestellt werden. Auf dieser Grundlage sei es motiviert in die Lebensweise und eventuell in die Berufswahl solcher Personen einzugreifen, um den Zeitpunkt des Manifestwerdens der Herzdekompensation maximal hinauszuschieben und die Arbeitsfähigkeit des Individuums nach Möglichkeit zu wahren.

**F. Szirmay** referiert über den Fall eines 4jährigen Knaben, der am dritten Krankheitstag eine grosse Serumdosis erhielt. Nach zwei Wochen bedrohliche klinische Symptome, die mit grossen Coffein- und Kampferdosen bekämpft wurden. Leber- und Milzschwellung, Erbrechen. Die Frage war, ob Myodegeneration oder Serumkrankheit vorhanden sei, was auch den vasomotorischen und klinischen Symptomen nicht entschieden werden konnte. Das E. K. zeigte nur in der 3. Ableitung eine geringe Veränderung. Turbulente Symptome in der dritten Krankheitswoche bei solchem Befund sprechen für Serumkrankheit. Der Kranke zeigte auf entsprechende Therapie Besserung und konnte nach 8 Tagen das Krankenhaus verlassen. Erfahrungsgemäss beeinflussen Herzstimulantien bei Diphtherie die Zirkulation nicht immer im günstigen Sinne, eben deshalb wird bei Serumkrankheit Ephiert und Traubenzuckerinfusion angewendet.

**P. Kiss:** Die E. K.-Untersuchung von Kindern, die Diphtherie überstanden haben, besitzt besonders vom sportärztlichen Gesichtspunkt grosse Bedeutung. Wenn das E. K. solcher Kinder eine Abweichung von der Norm aufweist, dürfe diesen der Wettbewerbssport nicht gestattet werden, solange die Abweichung besteht. Treten die einmal bereits vorhanden gewesenen, inzwischen aber vielleicht zurückgegangenen E. K.-Abweichungen infolge der Sportausübung wieder auf, so ist die Sportbetätigung im Wettkampf ein für allemal zu verbieten. Auf dem Gebiet der nicht spezifischen Behandlung von Diphtheriekranken gibt es zahlreiche Missbräuche. Es ist schwierig, ohne E. K. von den Medikamenten das entsprechendste zu wählen, eben deshalb sei es nicht ratsam, ohne vorausgegangene E. K.-Untersuchung Coffein, Tomogen, Cardiazol, Kampfer usw. zu injizieren. Bei solchen anscheinend an Tachykardie leidenden Kranken ist die Ursache der Tachykardie sehr oft die Überexzitabilität des Herzens resp. die durch Diphtherietoxin verursachte Dilatation der Herzgefässe. Auf Grund einiger glücklich verlaufenen Fälle liefert anscheinend die intravenös verabreichte Kombination kleiner Digalen-Dosen mit Dextrose-Lösung in manchen Fällen gute Resultate.



in die tubuläre Tumorpartie und von Tumorzellenekrosen betrachtet werden können. Das Vorhandensein von Riesenzellen bildet keinen Beweis für den retikulo-endothelialen Ursprung, weil z. B. auch in überaus polymorphen Karzinomen tumorale Riesenzellen zu finden sind. Ein grosser Teil der demonstrierten Riesenzellen entspricht übrigens den im Stroma vorkommenden Fremdkörper-Riesenzellen. Auch die biologischen Argumente bilden keineswegs eine unbedingte Stütze der retikulo-endothelialen Theorie, weil nicht nur die reticulo-endothelialen, sondern alle Zellen ein Speicherungsvermögen besitzen, oder besitzen können. Das Speicherungsvermögen von Tumorzellen findet sich auch bei anderen Tumoren. Auch die Komplikation des Hypernephroms mit Sarkom bildet keine Stütze des retikulo-endothelialen Ursprungs, weil ja die aus zerstreuten Keimen, oder auf Grund von Entwicklungsstörungen des Gewebes sich bildendes Geschwülst, als welche aller Wahrscheinlichkeit nach auch das Hypernephrom zu betrachten ist, sehr oft das wohlbekanntes histologische Bild des Karzinosarkoms zeigen.

**L. Pühr** bemerkt zu den Darlegungen des Vorredners, dass die solid erscheinenden Tumorpartien eine grosse Ausdehnung aufweisen können, doch könne die kavernöse Struktur immer nachgewiesen werden. Die an Epulis erinnernden kavernösen Partien seien keine Ergebnisse einer sekundären Erweichung oder von Zerfall, weil deren Anzeichen nirgends zu finden seien. Wo tatsächlich Höhlenbildung infolge Erweichung auftritt, dort gibt es keine Tumorandzellen, resp. ein wahres Lumen. Die Blutmengen stammen nicht von Blutungen, denn sie finden sich überall in scharf begrenzten präformierten Höhlen und zeigen keinerlei Zerfallserscheinung. Das Pigment wird durch aktive Zelltätigkeit aus dem Blut extrahiert (Retikuloendothel-Funktion). Das intrazelluläre Fett ist ein Zeichen gesteigerter Aktivität, und nicht von Nekrobiose. Gegen die Theorie von zerstreuten Nebennierenkeimen genügt es auf die in der Marksubstanz der Röhrenknochen beschriebenen typischen Grawitz-Geschwülste zu erweisen. Die blasige Vakuolen aufweisenden Schaumzellen mit exzentrischen Kern sind nicht für die Nebennierenrinde spezifisch, sie bilden einen allgemeinen Typus der überall vorhandenen Lipoid-Substanzen aufspeichernden Retikuloendothel-Zellen (Cholestrin-Phagozyten).

Sitzung am 8. Januar 1932.

**L. Horváth:** *Das Verschwinden von genuinen epileptischen Anfällen nach Tonsillektomie.* Bei zwei Kranken wurde bei gleichzeitigem Bestehen von chronischer genuiner Epilepsie und chronischer Tonsillitis die Tonsillektomie durchgeführt. Bei dem ersten Kranken sind seit den seither verflossenen 11 Monaten die Anfälle ausgeblieben, der andere Fall ist noch zu jung, um Folgerungen ableiten zu können, doch ist die Tendenz auch hier günstig. Der Vortragende vertritt zwei Annahmen über die Rolle der Tonsillitis chronica für das Auftreten von epileptischen Anfällen bei erblicher Disposition, usw. durch toxische Reize 1. lokale vasomotorische Reize im Wege der Carotis interna, 2. infektiöse Intoxikation herbeiführende und auf das Gehirn wirkende Reize. Er empfiehlt in ähnlichen Fällen die Durchführung der Tonsillektomie.

**L. Meduna:** Die kausale Darlegung des Vortragenden in Betreff des Zusammenhanges von Epilepsie und Tonsillitis sei nicht

überzeugend. Das Auftreten von klassischen Anfällen sei noch keine Epilepsie. Die genuine Epilepsie besteht aus dem Auftreten von Krampfanfällen, sowie einer psychischen Degeneration. Die Reflexepilepsie sei ein enteigneter Begriff, indem im Anschluss an Verletzungen des Nervensystems erst spinale, später zerebrale Symptome auftreten. Epileptische reagieren vorzüglich auf operative Eingriffe, so sah man nach Blinddarmoperationen drei Jahre lang, nach Kehlkopfpolyoperationen 4 Jahre lang Anfallsfreiheit, worauf sodann die klassischen Symptome wieder auftraten. Eben deshalb bedeutet eine anfallsfreie Zeit von 11—12 Monaten noch keine volle Genesung, würde sich jedoch später herausstellen, dass sowohl die Anfälle, wie auch die psychischen Symptome aufgehört haben, so war keine genuine, sondern eine sekundäre Epilepsie vorhanden.

**L. Focher:** Für die genuine Epilepsie sind nicht die progressiven psychischen Veränderungen, sondern der genotypische Ursprung des Leidens (vorhandene familiäre Belastung, mangelnde neurologische Symptome) charakteristisch. Nachdem die Epilepsie (sowohl die genuine, wie auch die symptomatische) auf jeden blutigen Eingriff sich transitorisch zu bessern pflegt, kann er die Indikation der Tonsillektomie bei Epilepsie, wenn der Eingriff sonst nicht angezeigt ist, nicht akzeptieren.

**L. Horváth** bemerkt, dass er mit der Bezeichnung „genuine Epilepsie“ der Pathogenese nicht präjudizieren wollte, und den Ausdruck nur in dem Sinne benützte, wie auch *Redlich* von einer sogenannten genuine Epilepsie oder *Binswanger* von einer Vagus-Epilepsie spricht. Er weiss, dass epileptische Anfälle transitorisch auf die verschiedensten Eingriffe zurückgehen können, doch spricht er in den gegebenen Fällen der chronischen Tonsillitis bei der bestehenden Disposition eine Rolle zu.

**I. Biró:** *Spontane Geburt einer lebenden Riesenfrucht.* Er demonstriert ein 6000 Gramm schweres, spontan geborenes, 59 cm langes lebendes Kind, mit 38 cm Kopf- und 46 cm Schulterumfang. Die Eltern des Kindes sind mittelgross, eine Übertragung lag nicht vor. Er erwähnt, dass die Häufigkeit solcher Riesenfrüchte nach *Zangemeister* 0,005%, die Fruchtmortalität aber 70% beträgt.

**G. Weisz:** *Chorea gravidarum.* Eine überaus seltene Schwangerschaftskomplikation, indem auf ungefähr 20.000 Schwangerschaften ein Fall kommt. Die 24jährige Frau befindet sich im VIII. Schwangerschaftsmonat. Die Krankheit entwickelte sich langsam, choreatische Zuckungen in der linken oberen und unteren Extremität und in der linken Gesichtshälfte. Keine Heredität nachweisbar, vorausgegangene Krankheit nur Morbilli im Kindesalter. Die Ätiologie ist nicht geklärt; wegen des häufigen gemeinsamen Vorkommens mit Polyarthritis rheumatica und Endocarditis verrucosa denkt man an eine gemeinsame Ätiologie dieser Krankheiten. Der Sitz der Veränderungen ist wahrscheinlich das Striatum, besonders das Putamen und der Nucleus caudatus. Das Leiden findet sich im Kindesalter, besonders während der Pubertät. usw. doppelt so häufig bei Mädchen, bei Erwachsenen aber hauptsächlich bei graviden Frauen, jedoch nur als Seltenheit. Die Prognose der Chorea gravidarum ist ernst, die Mortalität 15—30%. Überaus gefährlich sind die als Komplikation auftretende Endocarditis und das Geburtstrauma. Die spontane Schwangerschaftsunterbrechung und die spontane Geburt bieten eine vielfach bessere Prognose, als der künstliche Abortus, oder die Frühgeburt. In schweren Fällen ist die Schwanger-

schaft in der ersten Hälfte zu unterbrechen, in den letzten 2—3 Schwangerschaftsmonaten ist womöglich die spontane Geburt abzuwarten. Die Frühgeburt ist überaus schonend, durch vaginalen oder abdominalen Kaiserschnitt durchzuführen. Im demonstrierten Fall empfahl er als Konsiliarius die konservative Therapie.

**M. Temesváry** verweist darauf, dass die Institution der Schwangerschaftsberatung nicht entsprechend propagiert wird. Die Kranke leidet seit zwei Monaten an diesen Zuckungen, ohne eine Anstalt oder ein Spital aufzusuchen. Die Chorea hat einen infektiösen Ursprung und eine verschiedene Therapie, sie beginnt in manchen Fällen im Kindesalter. Die Schwangerschaftsunterbrechung hat zumeist keinen grossen Einfluss, weil das Leiden nach dem Wochenbett, wie auch nach Abortus viel intensiver werden kann.

**S. Tóth:** Ein Teil der Fälle von Chorea gravidarum ist möglicherweise infektiösen Ursprungs, die Mehrzahl jedoch eine Schwangerschaftstoxikose, ein Beweis hiefür ist, dass die leichteren Fälle nach dem Aufhören der Schwangerschaft vollkommen heilen. Ein weiterer Beweis für die Toxikose ist der ungünstige Verlauf der schweren Fälle, wobei zumeist auch Toxikosen anderer Organe (Leber) auftritt, welche Fälle — ob nun die Schwangerschaft unterbrochen wird oder nicht — zumeist letal endigen.

**R. Temesváry** lenkt die Aufmerksamkeit auf eine Publikation von *Lantos*, über das gemeinsame Auftreten von Hyperemese und Chorea. Er unterbrach die Schwangerschaft, worauf die Kranke von beiden Leiden heilte. Auch dieser Fall beweist, dass die Chorea eine Schwangerschaftstoxikose ist.

**J. Weisz** beweist mit statistischen Daten, dass nur in schweren Fällen Eingriffe vorzunehmen sind.

**J. Surányi:** *Kataleptische Symptome bei einem dreijährigen Kind.* Das demonstrierte Kind wurde in Asphyxie geboren und mit Schultze-Schwingungen zum Atmen gebracht. Die Eltern bemerkten erst, als das Kind anderthalb Jahre alt war, dass das Wachstum, das Gehvermögen und die Sprache des Kindes keine Entwicklung aufwies. Das Kind war bis zu seinem dritten Lebensjahr angeblich niemals krank. Bei der Aufnahme entsprachen das Körpergewicht und die Masse des Kindes denen eines Einjährigen: Gewicht 7.8 kg, Länge 74 cm, Kopfumfang  $46\frac{1}{2}$  cm. Das auffallendste Symptom ist eine geringe Katalepsie der oberen und eine sehr ausgesprochene Katalepsie der unteren Extremitäten. Keine Symptome, keine Pyramidenläsion, kein Hydrokephalus. Das Kind kann weder stehen, noch gehen. Die Sprache und die Intelligenz sind ebenfalls zurückgeblieben, erlitten jedoch geringere Schäden, als die angeführten Organe. Das Wesen des Krankheitsbildes ist das allgemeine Zurückbleiben der Entwicklung und die Katalepsie. Die letztere verweist auf eine wahrscheinlich angeborene Schädigung des extrapyramidalen Systems.

**I. Batisweiler:** *Therapie der Schwangerschaftsanämie.* Er beschäftigt sich auf Grund der aus der Literatur gesammelten 147 und der in der Klinik beobachteten 8 Fälle mit dem Krankheitsbild der Schwangerschaftsanämie. resp. Schwangerschafts-Perniziosa, oder nach *Esch* der Perniziosa-artigen Schwangerschaftsanämie. Er teilt diese nach dem morphologischen Blutbild in zwei Typen ein: der hypochrome Typ erinnert an die Chlorose, der hyperchrome Typ an die Biermersche perniziöse Anämie. Die Differenz von der Biermerschen Anämie besteht darin, dass a) der Bili-

rubinspiegel des Blutserums ist im allgemeinen normal, oder nur minimal erhöht, b) im Urin findet sich kein Urobilinogen, oder kann nur selten in Spuren gefunden werden, c) die Magensekretion ist normal, die Achlorhydrie ist selten, und wenn vorhanden, kann sie parallel mit dem Heilen der Krankheit sich bessern, was bei der Biermerschen Anämie nicht vorkommt, d) die Krankheit kann nach Geburt und Wochenbett endgültig heilen, e) es tritt ausserhalb der Schwangerschaft keine Rezidive auf, ausnahmsweise kann sich bei einer neueren Schwangerschaft Rezidive zeigen. Bedeutungsvoll für die Therapie ist, dass mit Leber und Magenpräparaten schon während der Schwangerschaft eine so hochgradige Besserung zu erzielen ist, wie sie mit den Mitteln der früheren Therapie (Arsen, Eisen, Bluttransfusion) niemals erreicht werden konnte. Damit wird die Austragung der Schwangerschaft ermöglicht und die im Puerperium konsequent auftretenden Verschlimmerungen vermieden. In der Therapie des hypochromen Typs können die Eisenpräparate zum Ersatz des Eisendefizits gute Dienste leisten. Die Prognose ist günstig, wenn das Leiden rechtzeitig erkannt und die entsprechende Therapie angewendet wird. Von prinzipieller Bedeutung ist seine Folgerung, dass im Gegensatz zur früheren Auffassung die Schwangerschaftsunterbrechung unnötig ist, weil mit der rechtzeitig angewendeten Leber-, Magen- und Eisenherapie, mit eventueller Bluttransfusion schon bisher die 40—70%-ige Mortalität auf 15% herabgedrückt werden konnte.

**A. Fekete** demonstriert zwei Fälle aus der Gruppe der *hämorrhagischen Diathesen*. 1. 22jährige Frau im VII. Schwangerschaftsmonat. Seit 10 Monaten Zahnfleischblutung, der Urin ist sanguinolent, der Stuhl pechschwarz. Erythrozyten 2,890.000, Leukozyten 9700, Thr 138.000, Hb. 67%. Ca., Clauden, Milzbestrahlungen, 4 Tage später Thr. 36.000. Spontane Geburt. Gegenwärtig nach 6 Monaten vollkommenes Wohlbefinden, Thr. 900.000, Erythrozyten 4,420.000; 2. 26jährige II. P., seit dem V. Schwangerschaftsmonat Nasenbluten. Während der Geburt Hämatemese, Hämaturie, umfangreiche Petechien, Eklampsie. Perforation. Sie gelangte in der dritten Woche des Puerperiums in die Abteilung wegen Uterusblutung. Die Drüsen palpierbar, Herz mässig vergrössert, Leber- und Milz palpierbar. Die Nasenschleimhaut polypös. Im Urin wenig Eiweiss und Zylinder. Rote Blutkörperchen 2,080.000, Leukozyten 12.000, Hb. 41%, Thr. 80.000. Subfebril. Wegen der Blutung 6 Wochen nach der Geburt Curettage, Plac. polyp. Zahnfleischblutung, Petechien, Bluttransfusion, Vitamine, Milzbestrahlung, starkes Nasenbluten, Fieber. Milzexstirpation. Exitus. Beide Fälle beweisen, dass die Schwangerschaft zur Auslösung der hämorrhagischen Diathese beiträgt, aber keine entscheidende Bedeutung besitzt, da ja im ersten Fall das Blutbild sich trotz der Gravidität bessert, im zweiten aber der Prozess trotz der Geburt nicht zum Stillstand kam. In der Schwangerschaft finden sich auch normal Erscheinungen, die auf eine gesteigerte Zerstörung der Blutzellen und auf eine gesteigerte Durchlässigkeit der Kapillaren hinweisen. Je näher das Schwangerschaftsende und je mehr die Besserung des Blutbildes gelingt, umso entschiedener kann die Erhaltung der Schwangerschaft angestrebt werden. In schweren Fällen s'ichert auch die Unterbrechung der Schwangerschaft keine Heilung.

**J. Fettich:** In der internen Abteilung des Prof. Bence wurden



# 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.

## I. wissenschaftliche Sitzung

(am 10. Juni 1932 in Budapest).

**L. v. Liebermann** (Budapest): *Die Entwicklung der Staroperation seit Wilhelm Schulek.* (Wilhelm Schulek Gedenkvortrag.) Wilhelm Schulek, der Begründer der modernen ungarischen Ophthalmologie, beschäftigte sich mit Vorliebe mit der Verbesserung der Technik der Staroperation. Seine Instrumente benützen wir zum grossen Teil auch heute noch. Seine Operationserfolge waren glänzend, doch konnte er sich über die Nachteile der Iridektomie nicht hinwegsetzen und war deshalb Jahre lang bestrebt für die Starextraktion mit runder Pupille eine gute und gefahrlose Methodik auszuarbeiten. Sobald er sah, dass diese Versuche nur auf Kosten grösserer Verluste gelangen, gab er sie auf. Die seit dem Wirken von Schulek verfloßenen drei Jahrzehnte brachten viele bedeutende Änderungen in der Staroperation und heute sind alle Wünsche Schuleks bereits erfüllt, woran auch seine Schule Anteil hat.

Die hervorragenderen Momente der seitherigen Entwicklung sind: Bakterioskopie und Antisepsis des Bindehautsackes (Axenfeld und seine Schule; Elschnig, Ulbrich, Imre u. a.), Antisepsis der Umgebung des Auges und Wundantisepsis (Liebermann), Anästhesie mittels subkonjunktivaler Injektion (Vogt), Akinesie der Augenlider durch Injektion (Van Lint), Immobilisierung des Bulbus und Herabsetzung der Tension durch orbitale Injektion (Elschnig), Fixation des Bulbus mittels Zügelnaht im oberen geraden Muskel (Orlando Pes, Blaskovics), Sicherheits-Lidhalter (Blaskovics, Oláh), Kanthotomie des äusseren Lidwinkels bei enger Lidspalte bzw. tief liegendem Auge (Axenfeld), Deckung der Wunde mittels genähter Bindehautschürze (Kuhnt, Pflüger), Naht der Wundränder (Liégard, Elschnig u. A.), Extraktion mit runder Pupille (Hess, Elschnig), Iridotomie anstatt Iridektomie (Liebermann), intrakapsuläre Extraktion Stanculeanu, Kalt, A. Knapp, Török, Elschnig). Durch all diese Verfahren konnte erreicht werden, dass der Prozentsatz der idealen Operationserfolge heute 90% überschreitet, sowohl betreffs Sehschärfe und Refraktion (Vermeidung des Wundastigmatismus) als auch durch Verhütung von Blendung und kosmetischen Nachteilen (unversehrte Iris).

**G. Horay** (Budapest): *Die Tuberkulose der Uvea.* (Referat.) *Klinischer Teil.* In der Ätiologie der Iridozyklitiden kommt zweifellos der Tuberkulose der wichtigste Anteil zu, obwohl die Bedeutung anderer Faktoren, besonders die der fokalen Infektion nicht zu bestreiten ist. Die Rolle der Tuberkulose in der Ätiologie der Uveitiden ist durch Statistiken schwer nachzuweisen, die bezüglichen Angaben sind auch heute noch sehr verschieden. Einmal weil der primäre Herd versteckt und zumeist unbedeutend ist, andererseits, weil die klinische Erscheinung der tuberkulösen Uveitis sehr mannigfaltig

und oft wenig charakteristisch ist. Der primäre Herd ist zur Zeit der Entwicklung der Uvealtuberkulose zumeist schon geheilt bzw. verkapselt. Zum Nachweis der tuberkulösen Ätiologie wurde neuerdings die Züchtung der *Kochschen* Bazillen aus dem Blute empfohlen, doch wurden die positiven Befunde *Löwensteins* bisher von wenigen Autoren bestätigt. Die Bazillämie ist bei der Uvealtuberkulose kein ständiger Befund, auch ist der Nachweis der Bazillen höchst schwierig. Über den diagnostischen Wert des Tuberkulins wird *Horváth* in seinem Referat berichten. Die einander gegenüberstehenden Auffassungen bezüglich der ätiologischen Bedeutung der fokalen Infektion und der Tuberkulose will *A. Löwenstein* neuerdings dadurch in Einklang bringen, dass er die chronischen Entzündungen der Tensillen und der Nebenhöhlen ebenfalls für tuberkulöse Erkrankungen, bezw. Herde hält. Zur Gruppierung der mannigfaltigen klinischen Erscheinungsformen der Uvealtuberkulose hält Ref. die Einteilung von *Gilbert* für die zweckmässigste und bespricht auf Grund Letzterer die proliferativen (knotigen, geschwulstigen) Formen, dann die durch Präzipitate gekennzeichneten und zuletzt die aspezifischen exsudativen Formen. Es wird noch kurz die sich der Iridocyclitis tuberculosa anschliessende Neuritis retrobulbaris besprochen.

In der Pathogenese der Uvealtuberkulose haben die Hilusdrüsen der Lunge eine wichtige Rolle (*Krückmann, Werdenberg*). Der oft negative Befund bei der physikalischen Untersuchung der Lungen ist noch kein Beweis gegen die tuberkulöse Herkunft einer Augenerkrankung. Zwischen Augen- und Lungenbefund besteht im Grade der Erkrankung gewissermassen ein Antagonismus. Die Mannigfaltigkeit der klinischen Erscheinungsformen der Uvealtuberkulose dürfte durch den Immunitätszustand des Organismus erklärt werden: die *Ranke-* und *Schieksche* Einteilung, obwohl sie auf viele Fragen Aufklärung gibt, kann auf die tuberkulösen Erkrankungen des Auges nicht ohne Weiteres angewendet werden.

**B. Horváth** (Budapest): *Therapie*. Bespricht die Anwendung und Bewertung der Tuberkulin-Reaktionen, sowie der Agglutinations-, Präzipitations- und die Komplementbindungs-Reaktionen. Kritische Würdigung der Vor- und Nachteile der verschiedenen kutanen, intra-, per- und subkutanen Verfahren, namentlich der Behandlung mittels Alttuberkulin, Bazillen-Emulsion, albumosefreier, Ponndorfscher, Moroscher Tuberkuline, Ektebin, Tebeprotin usw. Besprechung der nicht spezifischen Behandlung mit Goldverbindungen, sowie der parenteralen Proteintherapie; unter den lokalen Behandlungsarten befasst sich Ref. eingehend mit der medikamentösen Therapie, der Solluxlampen-Bestrahlung und besonders mit der Röntgentherapie: Wirkungsmechanismus, Dosierung, ausgelöste Reaktionen und therapeutische Erfolge werden erörtert. Zuletzt wird kurz über die bisherigen operativen Versuche und über den heutigen Stand der Frage berichtet.

**G. Szabó** (Budapest): *Pathohistologie*. In Bezug auf die klinischen und pathohistologischen Eigenschaften der Uvealtuberkulose teilt Ref. die verschiedenen Krankheitsbilder in zwei grosse Gruppen, in die Gruppe der: I. akuten und der II. chronischen Entzündungen der Uvea. Zur Gruppe I. gehören 1. die akute Miliartuberkulose der Uvea, 2. die tuberkulöse Panophthalmitis, zur Gruppe II. die 1. Iritis und Chorioiditis disseminata, 2. die diffuse tuber-

kulöse Uveitis, 3. die geschwulstige Form. — Das histologische Bild der verschiedenen Krankheitsformen demonstriert Ref. an der Hand von Mikrophotographien aus dem Material der Univ.-Augenklinik No. I., Budapest. Unter den demonstrierten 44 Fällen, die wegen Uvealtuberkulose in den letzten 26 Jahren enukleiert wurden, fand sich 1 Fall von Miliartuberkulose und 2 Fälle von tuberkulöser Panophthalmitis, die übrigen 41 Fälle gehörten zu den chronischen Formen, darunter 2 disseminierte, 4 diffuse und 35 tumorartige Uveitiden. Die geschwulstartigen Tuberkulosen waren zumeist auf die Iris und den Ziliarkörper lokalisiert (30 Fälle) und nur in wenigen Fällen (5) auf die Aderhaut. Durchbruch erfolgte in 24 Fällen, an verschiedenen Stellen der Sklera, einmal auch an der Hornhaut. Demonstration der Entstehung und Entwicklung von Riesenzellen und Tuberkeln (Mikrophotographien). Besprechung seltener und interessanter Befunde: Fall von tumorartiger konglomerierter tuberkulöser Iridozyklitis, die sich zu einem Lupus faciei gesellte, Lider und Bindehaut waren jedoch unversehrt und beim Kranken kein anderer primärer Herd zu finden. In anderen 2 Fällen von konglobierter Iridozyklitis hat die Granulation die Linsenkapsel durchbrochen; im ersten Falle war dabei die Linsensubstanz vollständig zugrunde gegangen, im zweiten Falle fand sich neben der halb resorbierten Linse tuberkulöses Granulationsgewebe in der Linsenkapsel.

*Aussprache:* A. Rötth (Budapest): Im Organismus von an Uvealtuberkulose erkrankten Personen können oft auch andere ätiologische Momente gefunden werden. So: Zahnwurzelabszesse, kranke Tonsillen, oder endokrine Störungen; im Klimakterium rezidivierende Uveitiden sind bereits lange bekannt. Im Staatlichen Augenspital, Budapest, wird die spezifische Behandlung mit Tebeptin ausgeführt nach der Vorschrift von *Urbanek*, die diagnostischen Einspritzungen werden jedoch mit kleinen Dosen eingeleitet. Unter 23 Fällen von Uveitis fand sich nur ein einziger Fall, der bei Tebeptinkur innerhalb 2 und ein halb Jahren nicht heilte, da blieben aber auch Höhenklima und Röntgentherapie wirkungslos. In Exsudativen, stark allergischen Fällen ist auch dieses Mittel kontraindiziert.

A. Linksz (Budapest): Erinnerung an den Vortrag von *Brückner* (Leipzig, 1932), der die ätiologische Rolle konstitutioneller Faktoren hervorhob; nach *Brückner* inklinierten Leute mit pyknischem Habitus mehr zur Uvealtuberkulose, als die eher an Lungentuberkulose erkrankenden Astheniker.

N. Klein (Pécs): An der Univ.-Augenklinik, Pécs, wird Tebeptin seit 3 Jahren zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken angewandt. Schädigungen wurden bisher nicht beobachtet. Herdreaktionen kommen oft vor. In manchen Fällen trat nach einer Herdreaktion rasche Besserung ein.

(Fortsetzung folgt.)

## NACHRICHTEN.

Von den Universitäten. Der Reichsverweser hat ernannt: zum ö. a. o. Universitätsprofessor auf den vakanten biologischen Lehrstuhl an der Debrecener Stefan Tisza-Universität den Privatdozenten und Assistenten an der Budapester Peter Pázmány-Universität

*Dr. Stefan Went.* Ferner hat der Reichsverweser den Titel eines ö. a. o. Universitätsprofessors verliehen: dem Privatdozenten und Adjunkten an der Szegeder Franz Josef-Universität *Dr. Gabriel Schilling*, in Anerkennung seiner auf dem Gebiete der wissenschaftlichen Literatur und des Hochschulunterrichts erworbenen hervorragenden Verdienste.

Der Reichsverweser hat ferner ernannt zu ö. a. o. Universitätsprofessoren den Unversitätsdozenten, Adjunkten und Budapester Physikatsarzt *Dr. Viktor Andriská* in Anerkennung seiner Verdienste auf dem Gebiet der Ärzte- und Apothekerbildung, sowie der Pflege der Fachliteratur, den Dozenten *Dr. Paul Lipták* (Budapest), in Anerkennung seiner Verdienste um die Apothekerbildung und der Pflege der Fachliteratur, den Dozenten *Dr. Karl Burger* (Szeged) in Anerkennung seiner Verdienste um die Fachliteratur und die ärztliche Ausbildung, den Dozenten *Dr. Julius Benczur*, Chefarzt des St. Gellért-Bades in Anerkennung seiner Verdienste um die Pflege der Fachliteratur und die Ärzteausbildung.

Der Kultus- und Unterrichtsminister hat die Habilitierung des Assistenten *Dr. Aladár Beznák* für physiologische Stoffwechselchemie und des Spitalsprimarius *Dr. Erwin Siegmund* für Unfallchirurgie zu Dozenten an der medizinischen Fakultät der Debrecener Stefan Tisza-Universität; des Adjunkten am hygienischen Institut *Dr. Elemér Schulek* für die quantitativen Methoden der chemischen Analyse zum Dozenten an der philosophischen Fakultät der Budapester Peter Pázmány-Universität, des Adjunkten *Dr. Anton Kálló* (Budapest), für pathologisch-anatomische und histopathologische Diagnostik zum Dozenten an der medizinischen Fakultät der Budapester Peter Pázmány-Universität zur Kenntnis genommen und sie in dieser Eigenschaft bestätigt.

Der Kultus- und Unterrichtsminister hat die Habilitierung des Universitätsassistenten *Dr. Ludwig Göllner* (Stomatologie) und des Universitätsadjunkten *Dr. Nikolaus Jancsó* (Chemotherapie und Giftlehre) zu Privatdozenten an der medizinischen Fakultät der Szegeder Universität genehmigt.

**Ärztliche Fortbildung.** Das Zentralkomitée für Ärztliche Fortbildung veranstaltet in der zweiten Hälfte des laufenden Jahres folgende ärztliche Fortbildungskurse: In Universitätskliniken und öffentlichen Krankenhäusern 2—4 wöchentliche Kurse in den einzelnen Spezialfächern. Ferner finden im Monat Oktober Fortbildungskurse über Tuberkulose, über Mutter- und Säuglingsschutz, sowie Kurse für angehende und beamtete Gemeinde- und Kreisärzte, sowie für die Ärzte der ungarischen Staatsbahnen. Aufklärungen erteilt auch auf schriftliches Ansuchen das Zentralkomitée für Ärztliche Fortbildung (Kanzlei: VIII., Mária-utca 39., I., Augenklinik).

---

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.