

# 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 Annoncen-  
expeditionen und durch den Verlag. Be-  
zugspreis: 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 medizn.-chirurg. Nerven- und Herzranke. Storm Van Leuven Allergiefreie Abteilungen für Asthma, Heufieber etc. Allergische Krankheiten. Gebärabteilung. Stütungsabteilung 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  
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. **CYZEWSKY**  
Sanatoriumchefarzt: Dr. **BASCH**

# Verhandlungen der Ungarischen Ärztlichen Gesellschaften

Wissenschaftliche Berichte und Nachrichten aus Ungarn

Erscheint unter Mitwirkung des Schriftleitungsaus-  
schusses der Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte

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

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

Mässige Preise, ganzjährig geöffnet.  
Wiener 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. — Elisabeth-Universität in Pécs. — Ungarische Ophthalmologische Gesellschaft. — Nachrichten.

## Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte.

Sitzung am 15. Januar 1932.

**A. Rejtő:** *Der Cholesterin-Index von Blut und Eiter als Hilfsmittel der Indikationsstellung für die Operation der chronischen Mittelohrentzündung.* Bei chronischen Mittelohrentzündungen ist es, wenn kein Symptom einer Komplikation vorliegt, oft sehr schwer zu entscheiden, ob eine Operation notwendig ist oder nicht. Die häufigste Ursache der Komplikation ist das Cholesteatom, eben deshalb ist in erster Reihe zu entscheiden, ob ein Cholesteatom vorhanden ist. Die Entscheidung hierüber ist oft leicht, manchmal aber sehr schwer. Seine Untersuchungen beziehen sich auf solche schwer entscheidbare Fälle. Der Cholesteringehalt des Eiters ist bei Vorhandensein eines Cholesteatoms viel höher. Auch der Cholesteringehalt des Blutes ist bei Vorhandensein eines die Knochen zerstörenden Cholesteatoms erhöht. Die Reaktion, die vom Vortragenden zur Eiteruntersuchung ausgearbeitet wurde ist so einfach, dass sie in jeder Ambulanz leicht durchführbar ist. Bisher hat er 200 Eiter- und 60 Blutcholesterinuntersuchungen durchgeführt, das Cholesteatom wurde in zahlreichen Fällen nachgewiesen und die erforderliche Operation durchgeführt, wo auf Grund der klinischen Symptome eine solche noch nicht vorgenommen worden wäre.



stark gewölbter Gaumen, asthenische Statur, blöder Gesichtsausdruck, Mikrokephalie, Wa.-Kahn- und Luetinreaktion positiv (vier Kreuze).

**A. v. Sarbó:** *Ergebnisse von familiären Untersuchungen bei kong. Syphilis. Die syphilitische Konstitution.* Das Untersuchungsmaterial bildeten 46 Familien, diese wurden in drei Gruppen geteilt:luetische, aber weder tabetische noch paralytische Eltern und ihre Nachkommen. In die zweite Gruppe gehören die tabetischen Eltern, in die dritte die paralytischen Eltern, sowie deren Nachkommen. In jeder Gruppe finden sich in der Nachkommenschaft sämtliche Äusserungen der Syphilis woraus folgt, dass unter den Individuen der Spirochaeta pallida kein Unterschied vorhanden ist nach der Richtung hin, ob sie verschiedene Erkrankungen des Nervensystems herbeiführen oder nicht, d. h. dass die Annahme von neurotrophen Spirochäten nicht stichhältig ist. Die zweite Frage, die er untersuchte, war die *Diday-Kassowitz-Regel*, d. h. ob es wahr ist, dass die Spätgeborenen in syphilitischen Ehen frei von der syphilitischen Infektion sind. Seine eigenen Untersuchungen beweisen, dass diese Regel nicht besteht. Er behandelt die Frage, ob und nach welcher Richtung hin bei den Nachkommen syphilitischer Eltern ein Unterschied in der syphilitischen Infektion besteht. Den bisherigen Feststellungen gegenüber fand er, dass die meisten Abortus bei den Nachkommen paralytischer und die wenigsten bei denen luetischer Eltern vorkommen, dagegen finden sich in der letzteren Gruppe viel mehr tote und lebensunfähige Früchte. Dementsprechend ist die Zahl der gesunden Kinder unter den Nachkommen paralytischer Eltern wesentlich höher. Diese bekannte Tatsache versuchte man bisher mit der Abnahme der Spirochätenvirulenz zu erklären. Dem gegenüber verweist er darauf, dass ebenso, wie bei der akquirierten, so auch bei den kongenitalen Syphilis neben der Infektion im Wege der Blutzirkulation auch eine auf lymphogenem Wege erfolgende Infektion besteht. In der letzteren Gruppe finden sich die Fälle von juveniler Tabes und Paralyse. Seiner Auffassung nach gibt es Individuen, deren Lymphdrüsen und Lymphbahnsystem derart gebaut ist, dass diese einen Durchbruch der eingedrungenen Spirochäten in die Blutbahn verhindern. Bei solchen Individuen tritt keine Infektion des Organismus durch die Blutbahn auf, eben deshalb fehlen die Hautsymptome und es fehlen ferner in jenen Fällen von kong. Syphilis, wo Tabes und Paralyse auftreten, die kongenitalen Stigmen. Er stützt seine Annahmen mit experimentellen und der humanen Pathologie entnommenen Argumenten. Ein frühzeitiges konstitutionelles Moment ist die plazentare Struktur, ferner sei auch das numerische Verhältnis der Spirochäten zu berücksichtigen. Die auffallend grosse Zahl von gesund geborenen Kindern aus paralytischen Ehen erklärt er damit, dass beim Paralytiker die Spirochäten sich in den Lymphdrüsen finden, weshalb deren Infektiosität erheblich geringer ist, als bei jenen, die im Wege der Blutbahnen infizieren. Schliesslich erörtert er den Einfluss des Alkohols auf die Konstitution. Ist dieser mit der syphilitischen Infektion vereinigt, so treten die folgenschwersten Konsequenzen auf, was er mit einem interessanten Stammbaum beweist. Die prophylaktische Wirkung der antiluetischen Behandlung der syphilitischen Mutter wurde durch Nachkriegserfahrungen glänzend bestätigt.

**L. Focher** fragt, in welche Gruppe **Sarbó** die progressive De-

menz, die für die Paralyse charakteristischen neurologischen Symptome, sowie jene Fälle mit positiver Wa. R. im Blut, aber negativen Liquorbefund aufweisenden Fälle für Diagnose und Prognose einteilt. Redner zählt diese Fälle zur progressiven Paralyse.

**J. Justus:** Die Möglichkeit einer kong. Lues in der III. Generation ist gegeben, doch ist der volle Beweis weder in der Literatur, noch bei den demonstrierten Fällen gelungen. In jedem Fall kann der Einfluss der von väterlicher Seite akquirierten Lues bezweifelt werden. Die ziemlich verbreitete Auffassung *Sarbós* bezüglich der Seltenheit von sekundären und tertiären Symptomen bei Paralyse und Tabes muss einigermaßen korrigiert werden, indem die Dermatologen Spuren solcher Symptome viel häufiger finden, als die Neurologen. Die geistreiche Hypothese v. *Sarbós*, dass die Spirochäten nur in den Lymphdrüsen oder in der Blutbahn vorkommen, bedarf noch der Bestätigung durch Untersuchungen. Vorläufig widersprechen dem jene histologischen Befunde, in welchen in beiden Systemen Krankheitserreger gefunden wurden.

**P. Kiss:** Bei kong. Lues ist die Kenntnis der familiären Verhältnisse wichtig, weil bei zahlreichen Säuglingen die ersten klinischen Symptome und die positive Wa. R. erst im dritten Lebensmonat auftreten. Die Frühdiagnose ist sehr wichtig, weil die Möglichkeit der Heilung bei der Behandlung im jugendlichen Alter viel mehr gegeben ist. Bei 80% der in der Budapester pädiatrischen Klinik behandelten und nach der gegenwärtigen Auffassung als geheilt zu bezeichnenden luetischen Kinder wurde die Behandlung im ersten Lebensjahr begonnen, die Kinder aber, bei denen die Behandlung nach der Erreichung des dritten Lebensjahres begonnen wurde, lieferten nur 4% der geheilten Fälle. Von den Fällen, die nach der ersten Serie der antiluetischen Behandlung Wa. R. negativ wurden, kamen 63,04% vor Erreichung des ersten Lebensjahres in Behandlung, von den Fällen aber, die nach dem dritten Lebensjahr zuerst eine Behandlung erhielten, wurden nur 21,74% Wa. R. negativ. Er beobachtete 5 Fälle, wo die Wa. R. des Blutserums trotz der verschiedenen, 5 Jahre hindurch fortgesetzten Behandlungen positiv geblieben ist, jeder dieser fünf Fälle kam nach dem dritten Lebensjahr zuerst in Behandlung. Taucht auch nur der geringste Verdacht auf, dass einer der Eltern luetisch gewesen ist, soll schon einige Tage nach der Geburt die perorale Spirocid-Behandlung eingeleitet werden.

**K. Burger:** Nachdem erwähnt wurde, dass nach einigen geburtshilflichen Lehrbüchern an chronischer Lues leidende Schwangere nicht zu behandeln sind, erklärt er, dass die moderne Geburtshilfe anderer Ansicht ist. Zur Zeit wird selbst die Wa. negative Schwangere einer antiluetischen Kur unterworfen, wenn in der Anamnese Lues figuriert. Die Bedeutung der Schwangerenfürsorge und Untersuchung wird zur Zeit von sämtlichen geburtshilflichen Anstalten betont. In vielen Familien wird die latente Lues oft durch die gleichzeitig mit der geburtshilflichen Untersuchung durchgeführte serologische Reaktion festgestellt. Nach der während der Schwangerschaft rechtzeitig durchgeführten antiluetischen Kur bringen 80—90% der luetischen Schwangeren gesunde Früchte zur Welt.

**E. Tüdös:** Die Wa. R. erteilt auf die Frage keine entschiedene Antwort, ob die kong. Lues schon geheilt ist oder nicht. Die nega-

tive Wa. R. und Symptomenfreiheit bei der kong. Lues beweisen nur eine Heilung im klinischen Sinne. Die je früher eingeleitete Behandlung bietet die grösste Wahrscheinlichkeit für die Heilung und für die Prävention spätererluetischer Veränderungen im Nervensystem. Justus gegenüber bemerkt er, dass der väterlichen Lues keine besondere Bedeutung zukommt, denn diese könne nur eine Superinfektion herbeiführen, bezüglich welcher noch Meinungsverschiedenheit herrscht.

**J. Guszmann:** Was die Übertragung der kong. Lues auf die nächste Generation betrifft, so besteht diese Möglichkeit. Wo die kong. Lues der Mutter noch immer vorhanden ist, wie in seinem Fall, kann man die Möglichkeit der akquirierten Lues höchstens durch die gekünstelte Annahme der Superinfektion erklären. Zu den überaus interessanten Darlegungen von *Sarbó* will er nur bemerken, dass die Plazenten vonluetischen Frauen, die luetische Früchte gebären, keine besondere Struktur aufweisen, sondern einfach syphilitisch erkrankt sind, was dadurch bewiesen werden kann, dass im Laufe folgender Schwangerschaften durchgeführte energische Behandlungen die Reihe von erkrankten Früchten unterbrechen und gesunde Kinder geboren werden.

**A. v. Sarbó** beantwortet die Frage Fochers dahin, dass er auf diese nur nach einer genauen eventuell encephalographischen Durchprüfung des Falles beantworten könnte. Mit Freude nimmt er zur Kenntnis, dass die Geburtshelfer nunmehr den Standpunkt vertreten, dass auch ältere luetische Schwangere einer antiluetischen Kur zu unterziehen sind. Justus gegenüber bemerkt er, dass in den meisten Fällen von Tabes und Paralyse in der Anamnese keine sekundäre Symptome nachzuweisen sind. Was die Rolle der Plazenta betrifft glaubt er, dass seine Annahme, wonach das Schicksal der Frucht bei der luetischen Schwangeren davon abhängt, in welcher Weise dieses Organ als Filter funktioniert, unbestreitbar ist. Von der Struktur der Plazenta hängt es ab, ob diese die Spirochäten zurückzuhalten imstande ist oder nicht. Diese Struktur kann so mangelhaft sein, dass jedes Kind luetisch infiziert wird, oder die Plazenta funktioniert im Verlauf einer Schwangerschaft so fehlerhaft, dass eine tote Frucht resultiert, in einer anderen Schwangerschaft aber besitzt die Plazenta eine kräftige Struktur, so dass die in der Mutter vorhandenen Spirochäten das Kind nicht infizieren und dasselbe gesund geboren wird.

## Gesellschaft der Spitalsärzte.

Sitzung am 11. November 1931.

**I. Bárdossy:** *Transpleural operierter Leberechinokokkus.* Die Frau klagt über seit drei Wochen bestehende, immer intensiver werdende, stechende und spannende Schmerzen am rechten Rippenbogen und unterhalb desselben, sowie später über Atembeschwerden. Die Leber ist in ihrem ganzen Umfang mächtig vergrössert. Zuerst wurde an Tumor, sodann nach negativem R. Befund und Kahn+++ an Leberlues gedacht, indem auch die Echokokkus Komplement-Reaktion negativ ausfiel. Trotz der antiluetischen Kur Verschlechterung des Zustandes. Die Probepunktion er-

gab Echinokokkus-Teile. Transpleurale Beseitigung des Echinokokkus-Sackes mit Resektion der IX. Rippe.

**S. Rosenak:** *Gangränöses Meckel-Divertikel*. 1. Der 28jährige Mann leidet seit einem Jahr an wiederholten Magenkrämpfen. Drei Tage vor der Einlieferung abermals ein Krampfanfall mit sämtlichen Symptomen einer Bauchkrise. Bei der Aufnahme. T. 37.2<sup>0</sup> C, Puls 78, Defense im Epigastrium und in der Gegend des Mac Burney Punktes. Lenz, Blumberg, Rovsing-Symptome negativ. Ileoecocale Laparotomie, rötliches trübes Exsudat, Appendix normal. Medial vom Coecum ein ganseigrosser Coliabszess, der von dem am Mesenteriumblatt liegenden 12 cm langen und an der Spitze gangränösen Meckel-Divertikel ausgeht. Oberhalb der gangränösen Partie eine narbige Struktur. Resektion, Tamponade. Nach der Operation Rückbildung der Unterleibssymptome. Exitus drei Wochen nach der Operation an einer als Komplikation auftretenden Lungengangrän. 2. Der 54jährige Mann meldet sich 24 Stunden nach einem Anfall, der als Blinddarmentzündung betrachtet wird. Ileoecocale Laparotomie, Appendix normal. Das Meckel-Diverticulum ist halb Zoll gross, entzündet, an der Spitze gangränös. Resektion, Heilung p. p.

**L. Scheitz:** *Torsion des dritten Netzes*. Bei dem 27jährigen Patienten, der mit der Diagnose einer akuten Appendizitis zur Operation gelangte, fand sich ein handtellergrösses, auf zwei cm langen Stiel am grossen Netz hängendes, um die Achse gedrehtes akzessorisches Omentum, das flächenhaft mit dem Wurmfortsatz verwachsen war. Nachdem der Wurmfortsatz keine Torsion zeigte, war die Netztorsion vor dem Zusammenwachsen erfolgt. Akzessorische Netze können sowohl am kleinen, wie auch am grossen Netz vorkommen, doch am letzteren seltener. Die Torsion eines vom kleinen Netz ausgehenden akzessorischen Netzes hat zuerst Klimko beschrieben. Nachdem die Bezeichnung „Drittes Netz“ unbestimmt lässt, ob eine Entwicklungsanomalie des grossen oder kleinen Netzes vorliegt, empfiehlt er die Bezeichnung „Akzessorisches kleines resp. grosses Netz“.

**E. Brezovszky, A. Gaál:** *Karzinometastasen der Haut*. Bei der 64jährigen Patientin findet sich an Stelle der Portio ein ungefähr nussgrosses morches, leicht blutendes Neoplasma. Die Tuben und Ovarien sind gesondert nicht palpierbar. Letzte Menses im Alter von 50 Jahren. I. Partus Abortus. D.: Carcinoma portionis uteri et ovarii inoperabile. Vor einem Jahr schwellen die Füsse, später der Bauch an und wurden ödematös. Vor zwei Monaten zeigten sich auf der Innenfläche des Oberschenkels und auf der Bauchhaut über das Hautniveau sich erhebende erbsen-haselnussgrosse, rötliche, glänzende Knoten. Die Leistendrüsen sind seit zwei Jahren geschwollen. St. pr.: Beide Unterschenkel geschwollen, ödematös, persistierender Fingereindruck. Das Ödem erstreckt sich auch auf Oberschenkel und Unterleib, über dem Bund normaler Hautbefund. An beiden Oberschenkeln, auf der Streckseite und auf der Innenfläche, in der glutealen Gegend, und am Bauch stecknadelkopflinsen-erbsengrosse, über das Niveau emporragende, scharfbegrenzte, harte, konsistente, rotbraune, zum Teil bläulich verfärbte und teilweise glänzende Geschwülste. Geschwürbildung ist nicht vorhanden. Herz- und Nervensystem, sowie das Blutbild normal.

**A. Gaál** demonstriert die histologischen Präparate des Falles.

**M. Pauncz:** *Interessante Lues II.* — *Fälle*. 1. Die 21jährige

Frau machte vor einem Jahre eine antilueticische Kur durch. Seit zwei Wochen Ausschläge, Schwindelanfälle, Frösteln. Zur Zeit findet sich am Rumpf, an den oberen Extremitäten ein follicular angeordneter, aus kleinen, mit Epithelkappe bedeckten Papeln bestehender Ausschlag. Dieser konnte mit Lichen scrophulosorum verwechselt werden, dagegen spricht jedoch die Farbe, Anordnung und Form der Papeln. 2. Am Rumpf und an beiden Extremitäten der Kranken papulöses Exanthem mit stellenweise ausgesprochenem Bielt-Kragen. Der ursprünglich pustulöse Prozess hat sich im Laufe der Behandlung zurückgebildet, die kleinen mit Krusten bedeckten Papeln bilden die Spuren dieses Prozesses.

**O. Mansfield:** *Der gegenwärtige Stand der gynäkologischen Hormontherapie.* Er referiert über die bekannten Hormone, die auf die Funktion der Genitalorgane Einfluss ausüben. Mit den verschiedenen Test-Verfahren kann entschieden werden, ob ein Präparat tatsächlich Drüsenhormone enthält oder nicht. Die auf Hormonstörungen basierenden Krankheiten können bei gleichen klinischen Symptomen (z. B. Blutung oder fehlende Blutung) poly- oder oligohormonale sein, weshalb eine Vorbedingung der Hormontherapie die Prüfung der Hormonproduktion zumindest von Seiten der Schilddrüse, der Ovarien und der Hypophyse ist. Die Hormontherapie kann bestehen: 1. Aus der Einführung von Hormonen a) durch Ovarienüberpflanzung und b) durch Medikamente. 2. Aus der Steigerung der Hormonproduktion durch Röntgen-Reizbestrahlung, durch Blutfülle herbeiführende Lokalbehandlungen. 3. Aus der Verminderung der Hormonproduktion durch temporäre Kastration, halbseitige operative oder Strahlenkastration, Ovariumresektion, totale Kastration (bei Osteomalazie). Er erörtert den Wert der verschiedenen Methoden.

Sitzung am 25. November 1931.

**O. Ehrlich:** *Schwere Brandverletzung der Frucht ausserhalb der Anstalt angeblich im Anschluss an Partus praecipitatus.* Die Verletzung kam angeblich bei einer Geburt in einem mit heissen Wasser gefüllten Waschbecken zustande. Die Mutter ist eine 27jährige I. P. die Frucht ist 52 cm lang, 3420 gr schwer und der Kopfumfang der männlichen Frucht ist 36.5 cm. Die Brandwunden III. Grades finden sich am Gesicht, am Rücken und an den Extremitäten des Neugeborenen. Er erörtert die Vorgänge bei der überstürzten Geburt, deren Ursache die zu starken Wehen und die verminderten Widerstände der weichen Geburtswege sind. Er schildert die Komplikationen im Anschluss an die überstürzte Geburt (Collaps, Cervix-Ruptur, Verletzungen des Dammes und der kleinen Schamlippen, Blutung, Schädelverletzung, Nabelschnurzerreissung, u. sw.). Er verweist auf die gerichtliche Bedeutung des Falles, sowie darauf, bis zu welcher Grenze resp. in welchem Ausmass die klinische Beobachtung der gerichtlichen Untersuchung zur Verfügung zu stehen hat.

**K. Farkas:** *Operierter Fall von intraligamentären Myom und extrauteriner Schwangerschaft.* Die 33jährige IV. P. wurde mit den Symptomen einer schweren internen Blutung agonisierend in die Abteilung gebracht. Bei der inneren Untersuchung wurde neben einer extrauterinen Schwangerschaft im Douglas eine harte Resistenz palpirt, diese erwies sich bei der Operation als ein neben

dem retroflektierten Uterus befindliches intraligamentäres Myom. Der Myomherd entwickelte sich in der zervikalen und korporalen Uteruspartie, wölbte sich in die Uterushöhle vor, füllte diese aus und war wahrscheinlich in Gesellschaft mit der chronischen Tubenschleimhautentzündung die Ursache der extrauterinen Schwangerschaft. Der Fall ist vom klinischen und anatomischen Standpunkt belehrend, aber auch vom Gesichtspunkt der Gravidenkontrolle. Hätte sich die Kranke beim Ausbleiben ihrer Menses zur Untersuchung gemeldet, so wäre sie wegen des retroflektierten Uterus und ihres intraligamentären Myomherdes operiert worden, womit auch die extrauterine Schwangerschaft beseitigt worden wäre.

**E. Ormos:** *Seltene Abnormitäten der Hüften- und der Nabelschnur.* Eigenartige anatomische Veränderungen der sogenannten Fruchtanhänge, deren Entwicklungsanomalien und topographische Lagerung können sowohl die Mutter wie auch Frucht gefährden. Er demonstriert vier Fälle. Im ersten Fall riss die Fruchthülle während der Geburt zirkulär von der Plazenta ab und wurde mit der in Schädellage befindlichen Frucht zusammen geboren. Im zweiten Fall riss die Kotyledonenpartie schon geraume Zeit vor der Geburt ab, die gegenüber der kurzen, 38 cm langen Nabelschnur zentralen Ursprungs lag, indem bei der Palpation die Organisierung der mit den Kotyledonen zusammenhängenden Blutgerinselfestgestellt werden kann. In beiden Fällen wurden Mutter und Kind gesund entlassen. Im dritten Fall haftete an der Placenta praevia partialis die verkürzte 44 cm lange Nabelschnur am Rand des Präviaplappens der Plazenta, wodurch die Nabelschnur den vorausgehenden Teil bildet, der Fruchtschädel die Schnur komprimiert und die Frucht sich selbst tötet. Im vierten Fall lag bei engem Becken die 110 cm lange Nabelschnur vor, es bildete sich Nabelschnurvorfal aus und die Frucht starb. Hätte sich die Kreissende früher gemeldet, so wäre die Frucht zu retten gewesen. Er betont die Wichtigkeit der Schwangerenkontrolle.

**J. Bud:** *Bei Ventrifixation entfernter karzinoider Appendix.* Die 24jährige Frau gelangte wegen ihrer durch mobile Retroflexio uteri verursachten Klagen behufs Durchführung der Ventrifixation zur Operation. Der Wurmfortsatz ist am Ende knüppelförmig verdickt, seine Serosa ist injiziert, worauf der Fortsatz beseitigt wird. Auf der Innenfläche des Appendix sitzt ein kleinbohnengrosses Gebilde, dasselbe erweist sich bei der histologischen Untersuchung als Karzinoid und besteht aus nestartig angeordneten kubischen und runden Zellen mit runden Kernen, die keine Kernteilung oder atypische Formen zeigen. Diese Karzinoide neigen oft zur Metastase.

**J. Bud:** *Wert der systematischen Schwangerenkontrolle.* Im Ausland, wie auch bei uns, sind bereits erprobte Einrichtungen der Schwangerenfürsorge bekannt. Die Gebäranstalten haben jedoch erst in der jüngsten Zeit die viel Arbeit erfordernde, eine wesentliche Verminderung der mütterlichen und Fruchtsterblichkeit bezweckende Schwangerenkontrolle übernommen. Er erörtert sodann die nur in Anstalten durchführbare Kontrolle der pathologischen Fälle, die wertvoll sind, weil die bei der Kontrolle gemachten Aufzeichnungen, Beobachtungen und Behandlung bei der Geburt verwertet werden können. Die Kontrolle dauert vom Schwangerschaftsbeginn bis zum Wochenbett. Er weist die Bedeutung der Kontrolle zu Beginn der Schwangerschaft durch Anführung überzeugender

Beispiele nach, indem keine Symptome auslösenden Krankheiten und Abnormalitäten festgestellt und behandelt werden können (z. B. Entwicklungsanomalien, Geschwülste, Lues). Die Kontrolle umfasst ständige, (Anamnese) sich wenig ändernde, (Knochensystem) und ständig wechselnde Faktoren (Organismus, Genitalien, Ei, verschiedene Erkrankungen). Diese in Einklang zu bringen, ist die Aufgabe der Schwangerenkontrolle. Er referiert über die Zahl der Untersuchungen, die praktischen Methoden der Durchführung derselben und hofft, dass die Gesamt mortalität, die in der Anstalt bei reifen Früchten 3.5‰ beträgt, durch die Kontrolle noch gebessert wird, indem die überwiegende Mehrzahl aus vernachlässigten Fällen besteht.

**O. Mansfeld:** Die systematische Schwangerenkontrolle wird auch in seiner Abteilung durchgeführt. Die Schwangeren suchen zumeist zum Zweck der Feststellung der Gravidität die Anstalt auf, eben deshalb wird ihnen das Resultat nicht sofort, sondern nur dann mitgeteilt, wenn sie die Gravidität nicht mehr verhindern können. Auch nach der Statistik von Bud zeigen die Frauen für ihr weiteres Schicksal in der Gravidität nicht viel Interesse, denn die Zahl der Frauen, die sich zum dritten- und viertenmal zur Kontrolle melden, ist gering. Er befürchtet, dass die neue Verordnung, wonach Gebärende nur mit Armutszeugnis unentgeltlich aufgenommen werden dürfen, indem Gebärende auf Kosten der Versicherungsanstalten ohne Einweisung nicht aufgenommen werden dürfen, die Zahl der so erwünschten Qualitätsgeburten vermindern wird.

**P. Salacz:** Die Darlegungen des Vortragenden beweisen, dass ein erfolgreicher Mutter- und Säuglingsschutz nicht bei der Geburt, sondern schon während der Schwangerschaft einzusetzen hat. Über diesen Gegenstand hat Prof. Tóth in einem Vortrag referiert, und auf seine Anordnung wurde in der II. Frauenklinik eine besondere Schwangerenordnung errichtet, in dieser meldeten sich in einem Jahr 1324 Schwangere, 4000-mal. Er fordert den Ausbau der Schwangerenfürsorge.

## Elisabeth-Universität in Pécs.

Sitzung der medizinischen Sektion der wissenschaftlichen Universitätsgesellschaft am 9. November 1931.

**D. Orosz:** *Lungenabszess bei einem 9jährigen Kind.* Er demonstriert ein 9jähriges Kind, bei dem der Prozess mit Schüttelfrost und intermittierendem Fieberverlauf einsetzte. Auf energische antiseptische Behandlung trat nach Besserung eine Rezidive auf. Nach zirka 4wöchentlicher Krankheitsdauer schollen rechts die paratrachealen Drüsen an, im rechten oberen Lungenlappen zeigte sich eine Infiltration, die in wenigen Tagen erweichte, und eine faustgrosse Höhle zurückliess. Das überaus übelriechende eitrig rubiginöse Gewebstrümmer und eine mannigfaltige Bakteriumflora enthaltende Sputum des Kranken, die septisch toxischen Allgemeinsymptome, sowie die rapide Verbreitung sprachen für den gangränösen Charakter und der Malignität des Prozesses. Der Patient befindet sich auf dem Weg zur Genesung, was dem operativen Eingriff zu verdanken ist.

**A. Bokrétás:** *Filariasis*. Die Patientin litt an lymphoider Leukämie, doch fanden sich im Blutbild auch Mikrofilarien. Er verweist auf den Konnex der Filarien mit dem lymphoiden System so, dass möglicherweise die Filariasis eine Rolle bei der Entwicklung der lymphoiden Leukämie spielte.

**B. Entz:** Seiner Ansicht nach ist der demonstrierte Fall eine wahre tropische Filariasis, es sei nicht wahrscheinlich, dass die auch bei uns vorkommende Gelse *Culex pipiens* als Überträger der fraglichen Mikrofilarien figurierte, doch ist es möglich, dass dauernde Südwinde, speziell ein starker Scirokko Gelsenschwärme hieher verschlägt; unter diesen können einzelne infizieren. Massenerkrankungen können nicht auftreten, die verschlagenen Gelsen gehen alsbald zugrunde, weil die klimatischen Verhältnisse nicht entsprechen. Es sei jedoch nicht ausgeschlossen, dass die bei uns häufige Filariasis der Vögel eventuell für Menschen pathogen werden kann, obwohl der Umstand, dass die Bluttemperatur der Vögel höher ist als jene der Menschen, einer Übertragung hinderlich ist. Die gefundenen Filarien müssten mit der Mikrofilariasis der Vögel verglichen werden, um derart die eventuelle Identität festzustellen. Er verweist darauf, dass weil Prof. Thanoffer als erster in Ungarn Filariasis beobachtet hat.

**P. Jobst:** *Die oligodynamische Wirkung des Bizol*. Nach einer Schilderung der Klinik des Bizol demonstriert er an Röntgenaufnahmen die Resorption von Wismuth-Depots, die in 4–5 Wochen erfolgt. Auch im Urin ist das Wismuth 4 Wochen lang nachweisbar. Aus seinen bakteriologischen und Tierimpfversuchen kann festgestellt werden, dass das Bizol die Entwicklung von Bakterien verhindert, resp. diese vernichtet, was er mit der oligodynamischen Wirkung des Wismuth erklärt.

**K. Berde** verweist darauf, dass die Resorption der Wismuthsalze aus dem Muskelgewebe sehr langsam im Verlauf von mehreren Wochen erfolgt, diese Depots sind als sterile Pseudoabszesse zu betrachten, die Reaktionen und die Produktion von Entzündungsprodukten herbeiführen.

## 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.)

### II. wissenschaftliche Sitzung

(am 11. Juni, in Szeged).

**G. Ditrói** (Szeged): *Die operative Behandlung der Netzhautablösung* (Referat). Ausführliche Besprechung der Operationsmethoden der Netzhautablösung im XIX. und im ersten Jahrzehnt des XX. Jahrhunderts, sowie der neueren Methoden. Würdigt die Verdienste *Gonins*; das *Goninsche* Prinzip der Heilung der Netzhaut-

ablösung durch Verschlussung des Risses gilt heute für bewiesen, sein Verfahren hat jedoch den Nachteil, dass der Eingriff zu schwer ist um mehrmals ruhig wiederholt werden zu können, obschon diese Notwendigkeit öfters eintreten kann, da ausgedehnte Risse in einer Sitzung unmöglich zu verschliessen sind. Dem könnte vielleicht durch das Verfahren von *J. Imre jun.* abgeholfen werden, der rings um die Stelle der Ignipunktur noch mehrere oberflächliche Kauterisationen macht. Weitere Komplikationen sind die besonders bei wiederholter Operation vorkommenden schweren Glaskörperblutungen, dann die Verkürzung der kauterisierten Netzhaut. Letzteres veranlasste *Lindner* zur Erregung einer adhäsiven Entzündung im Sinne *Gonins* nach dem Vorschlage von *Guist* eine Ätzung der Aderhaut mittels Kalium causticum vorzunehmen. Besprechung der Entwicklung\* der *Lindner—Guistschen* Operation bis zu ihrem heutigen Stande der vollständigen Abriegelung, wodurch die Demarkation und Exklusion des kranken Netzhautgebietes mit samt dem Risse und zwar durch einen einzigen Eingriff selbst bei trüben Medien erreichbar ist. Dies ist besonders bei Einäugigen, sowie in Fällen mit grossen oder multiplen Rissen von grosser Bedeutung. Netzhautschädigungen und Verkürzung so wie Glaskörperblutungen drohen nicht, die Heilerfolge erreichen jene der *Goninschen* Ignipunktur. Immerhin hat das Verfahren den Nachteil technisch schwer und langwierig zu sein. Bei umschriebenen kleineren Rissen ist die verschliessende Ignipunktur die Operation der Wahl; zur genauen Lokalisation des Risses bewährt sich das einfache leicht zu handhabende Perimeter von *N. Klein*, sowie das noch einfachere sinnreiche Verfahren von *J. Imre jun.* ausgezeichnet. Dagegen ist in Fällen mit ausgedehnten bzw. nicht genau lokalisierbaren Rissen und bei hämorrhagischen Komplikationen das *Lindner—Guistsche* Verfahren vorzuziehen. Die weitere Entwicklung schliesst allerdings die Möglichkeit neue Wege einzuschlagen nicht aus, ist doch sie *Sourdillische* Operation auch vielversprechend. Der Weg, den wir verfolgen müssen, führt immerhin über das sorgfältige Studium der peripheren Degenerationen des Augenhintergrundes; denn mit recht behauptet *Amsler*, dass die Netzhautablösung nur ein Unfall im Verlaufe einer anderen Augenerkrankung sei.

*Aussprache:* *K. Albrich:* Die *Goninsche* Ignipunktur ist zweifellos die antinatischste Augenoperation, nur die Trepanation kann diesbezüglich mit ihr verglichen werden. Der Augenarzt muss, sozusagen instinktiv vor solch groben Verfahren zurückschrecken. Diese Aversion steigert sich noch, wenn man nach Ausführung der Operation ausführen und nachher die Zerstörungen und die ausgedehnte schrumpfende Vernarbung sieht, welche oft entstehen und einen günstigen Erfolg vereiteln. Sicherlich ist dieses Verfahren bloss ein Übergang, und es wird von der Operation nur das eine Prinzip übrig bleiben, dass die Netzhautablösung nur dann heilt, wenn der Riss sich schliesst. Der Beweis für diese Einschätzung der Ignipunktur ist, dass Autoren, wie *Lindner*, *Meller*, *Imre*, usw. dieselbe bereits vollständig fallen liessen. Redner hat sich nach den ersten wenigen Fällen dem *Guistschen* Verfahren zugewandt und konnte bisher in 2 Fällen vollkommenen Erfolg verzeichnen. Das Verfahren hat aber noch viele Fehler. Die Methode der Zukunft dürfte die Diathermie bezw. die elektrolytische Ätzung nach *Imre jun.* sein.

*J. Imre jun.:* Die Erfahrungen bei Netzhautablösungen, welche I. im Staatlichen Augenspital operierte, zeigen, dass selbst so grosse

Risse, die *Gonin* und *Amsler* für hoffnungslos erklären würden, zu vollständigem Verschluss und vollkommener Heilung gebracht werden konnten. Demonstriert das Fundus-Bild eines seiner Fälle, wo zwei sehr ausgezeichnete periphere Risse nach I. Kauterisationen (in 2 Sitzungen) vollständig verschlossen wurden. Unter 10, bereits seit längerer Zeit geheilten Fällen war der Riss in 4 Fällen in der Nähe der Ora serrata gelegen. Gegen die *Linaner—Guistsche* Operation hat er folgende Bedenken: wir wissen noch immer nicht, ob in Folge der zahlreichen Trepanationsöffnungen nicht später schwere Veränderungen entstehen. Die Anwendung von konzentrierter Kalilauge gab *Linaner* auch bereits auf und wendet jetzt nur Lösungen von 6—3% an. Die Ausdehnung der infolge der Ätzwirkung entstehenden Exsudation kann nicht genau im voraus bestimmt werden, und die Dauer des Anlegungsprozesses ist verhältnismässig lang. Die alkalische Wirkung kann aber ganz genau dosiert werden, wenn das abzuriegelnde Gebiet durch Einstich von 6—10 feinsten, zur elektrolytischen Epilation gebrauchter Nadeln umgrenzt wird, welche dann mit dem positiven Pol verbunden werden. Auf diese Weise werden Hydroxylionen frei, durch deren entsprechende Dosierung wir dann in wenigen Minuten denselben alkalischen Effekt erreichen können, wie durch die äusserst langwierige *Lindner—Guistsche* Operation. Er hält jedoch das *Goninsche* Verfahren all diesen überlegen, da Letzteres die unmittelbare Verlötung der Netzhaut mit ihrer Unterlage bewirkt, wodurch dann auch die Nachbehandlung einfacher wird. I. benützt dazu aber den Galvanokauter. Als vielleicht vollkommenstes und schonendstes Verfahren ist die Mikrokoagulations-Methode von *Weve* vielversprechend.

**A. Kreiker:** Stimmt *Albrich* zu; die *Goninsche* Operation ist ein schwerer Eingriff, der dauernde Schädigungen verursachen kann, so z. B. andauernde Hypotonie, Retroluxation der Linse, Exsudation im Glaskörper, usw. Die stete Unsicherheit über den Erfolg der Operation ist auch eines ihrer Nachteile. Selbst die mit aller Vorsicht und Präzision ausgeführte Operation kann vollständig erfolglos bleiben. Man muss immer gewissermassen Glück haben um den Riss zu treffen. Hält es nicht für unmöglich, dass in der Wirkungsweise der *Goninschen* Operation die Schrumpfung der Sklera infolge der Kauterisation eine bedeutende Rolle hat: der Bulbus flacht an der Stelle der Kauterisation ab, dadurch wird sein Volum vermindert. Die Operation wirkt also der *Müllerschen* Sklerektomie ähnlich. Die Abflachung muss keine Änderung der Refraktion zur Folge haben, da die Achse des Bulbus unverändert bleiben kann. Bei der Übersicht seiner Fälle zeigte sich, dass bessere Resultate, als mit den bisherigen Verfahren auch mit der *Goninschen* Operation nicht zu erreichen sind.

**B. Horváth:** Stellte Tierversuche mit der Elektrolyse an, allerdings nicht zum Zwecke der Verlötung der Netzhaut, sondern um die Verflüssigung des Glaskörpers zu bewirken; es wurde eine Platin-Elektrode tief in den Glaskörper eingeführt und so mit dem negativen Pol elektrolysiert. Nach einigen Wochen erfolgte bei den Versuchstieren (Kaninchen) totale Netzhautablösung.

**A. Rötth:** Es sind meistens junge Leute, die mittels der neuen Operationen — nach welcher Methodik sie auch ausgeführt wurden — zur Heilung gebracht werden konnten, weil bei diesen die Degeneration des Glaskörpers noch wenig fortgeschritten und die



Prozesse für identisch. Histologisch konnten die bei Aphtha beschriebenen intranuklearen Zeileinschlüsse nachgewiesen werden.

**L. Somogyi jun.** (Debrecen): *Luxatio bulbi intermittens bei Asthma bronchiale*. 45jähriger Mann, leidet an schwerem bronchialasthma. Lose Lider, hervorstehende Augen. Rechts reifer Star. In den letzten Monaten kam es während Hustenanfälle zweimal zur Luxation des rechten Bulbus. Zum dritten Male entstand die Luxation plötzlich während der Tuschiebung des katarrhalisch entzündeten rechten Auges unter den Händen des Vortr. Die Lider glitten hinter den Bulbus. Die Reposition des Auges war leicht. Symptome von Basedowscher Krankheit oder Aneurysma fehlten. Die Ursache der Protrusion des Auges mag vielleicht eine proliferative Degeneration des Orbitalfettes gewesen sein; es kann auch eine Varikosität der Venen in der rechten Orbita, die während des Hustens durch Stauung stark anschwell, die Protrusion des Bulbus verursacht haben.

**Aussprache: A. Kreiker:** Es gibt eine Art degenerative Anomalie, wo infolge frühzeitiger Verknöcherung der Nähte der Schädelbasis die Tiefe der Orbita und somit auch das Volum derselben bedeutend kleiner wird. Bei normaler Grösse des Bulbus kann dies zu einem relativen Exophthalmus, und in schwereren Fällen auch zur spontanen Luxation des Auges führen. In vorliegendem Falle könnte nur durch genau, mittels Röntgenaufnahmen ausgeführten Messungen der Schädelbasis diese Möglichkeit ausgeschlossen werden.

**J. Singer** (Budapest): *Fall von Mikropsie*. Nach Besprechung der verschiedenen Entstehungsarten der Mikropsie berichtet Vortr. über einen Fall, wo bei einer mit hysterischen Stigmen behafteten Frau nach einer Geburt im Wochenbett Mikropsie auftrat. Dazu gesellte sich später Metamorphopsie und nun zeigte sich eine Chorioretinitis, welche zur Erklärung der Sehstörungen dienen kann.

**Aussprache: G. Ditrói:** Bei einem Schüler von etwa 7—8 Jahren trat bei Ermüdung Mikropsie auf, er sah dann den Lehrer kleiner werden und sich weit entfernen. D. meint, dass es sich um eine unwillkürliche Akkommodation handelte, auch bei der Fixation entfernter Objekte, und dass das Kind das vor der Netzhaut schwebende kleinere Bild mit Hilfe der sich beim Akkomodationsakt verengernden Pupille zu beobachten vermochte.

**A. Kreiker:** Im demonstrierten Falle ist die Entstehungsart der Mikropsie unschwer zu deuten. Beim Eidetismus bzw. bei der Erzeugung der *Jaenschischen*, dem Eidetismus ähnlichen Betrachtung, kann Mikropsie auch experimentell hervorgerufen werden: hierher gehört das *Kostersche* und teils auch das *Aubert-Förstersche* Phänomen. In beiden Fällen kommt es zur Inkongruenz zwischen Aufmerksamkeit und tatsächlichem Beobachtungskreis. Eine weitere Ursache der Mikropsie kann die irrtümliche bzw. beliebige Entfernungslokalisation sein, die zum Eidetismus ebenfalls Beziehungen hat.

**J. Petres** (Budapest): *Interessanter Fall von streifenförmiger Trübung der Hornhaut*. In dem sehtüchtigen Auge eines 11jährigen Knaben entstand ohne jedwede Entzündung eine streifenförmige Trübung auf der Hornhaut. Die Ursache der Degeneration dürfte eine kalziprive Konstitution gewesen sein. Diese Annahme wird durch den günstigen Einfluss der verabreichten Kalkpräparate und der Roborierung unterstützt. Die oberflächliche Ablagerung in der Hornhaut löste sich ab und die Sehschärfe besserte sich beträchtlich.

**J. Schmidt (Pécs): Fälle von tödlichen Orbita-Erkrankungen.**

1. 16jähriges Mädchen, Diagnose: Abscessus retrobulbaris, Meningitis. Der Sektionsbefund ergab, dass der Prozess ohne Zweifel von einem 10 Tage vorher entstandenen Hordeolum ausging. 2. 30jährige Frau: nach Ethmoiditis abscessus subperiostalis. Nach Entleerung des Eiters bilden sich die Symptome zurück. 10 Tage später neuerlicher Exophthalmus. Sektionsbefund: an der Stelle des rechtseitigen Frontallappens, in der hinteren Partie der Orbita sowohl als in der Nasenhöhle findet sich eine kinderfaustgrosse Geschwulst. 3. Exitus unter den Symptomen eines Retrobulbärsabszesses und Meningitis. Sektionsbefund: in der Tiefe der Orbita und in der Sphänoidealhöhle deutlich umschriebene Nekrose. Ätiologie blieb unermittelt.

**Aussprache: L. v. Liebermann:** Schwere Orbitaerkrankungen entzündlicher Natur rühren meist von den Nebenhöhlen her. Die rhinologische Diagnose derselben ist mitunter sehr schwer, und lässt uns oft im St. ch. In solchen Fällen ist — abgesehen von ausgebildeten Orbitalabszessen, die natürlich an der Stelle der Fluktuation zu eröffnen sind — nicht die „Incisio orbitae“ das richtige Verfahren, sondern das subperiostale Eindringen, wodurch es zumeist gelingt den subperiostalen Abszess aufzufinden und von hier aus auch dem Rhinologen die weitere Operation zu ermöglichen. Im St. Rochus-Spital, Budapest, konnten auf diese Weise unter Mitwirkung der Rhinologischen Universitäts-Klinik mehrere derartige Fälle zu glücklichem Ausgang gebracht werden.

**K. Albrich:** Die 3 demonstrierten Fälle sind in vieler Hinsicht sehr lehrreich: alle drei begannen mit einem entzündlichen Exophthalmus und endeten tödlich. In dem Falle mit Thrombophlebitis war die Diagnose zwar schon damals wahrscheinlich, als in der Orbita kein Eiter gefunden wurde, sicher wurde sie aber nur als auch das andere Auge in Protrusion kam. Es ist fraglich, ob die Kranke durch eine sofortige Exenteration der Orbita zu retten gewesen wäre: dies ist nicht wahrscheinlich, die Möglichkeit kann jedoch nicht in Abrede gestellt werden. Im Sphänoidealitis-Falle kam die P. schon mit meningealen Erscheinungen, da war also schon alles zu spät. Im dritten Falle täuschte der positive rhinologische Befund, es wurde ein subperiostaler Abszess gefunden, nach dessen Entleerung der Exophthalmus vollständig zurückging. Der retrobulbäre Tumor konnte erst dann festgestellt werden, als derselbe schon palpierbar geworden war. Es zeigte sich erst bei der Operation, dass der Tumor die Nebenhöhlen ausgefüllt hatte und schon in das Gehirn eingedrungen war.

**B. Pelláthy:** An der Univ.-Augenklinik Nr. II., Budapest, sah er vor 10 Jahren einen Fall von beiderseitiger Orbitalphlegmone; Letztere entwickelte sich als Folge einer Sinusthrombose nach dem Durchbruch eines Mittelohr-Cholesteatoms in die Vena jugularis. Eine otologische Untersuchung ist daher auch wichtig.

**B. Fazakas:** Beiderseitiger Exophthalmus bei Thrombophlebitis ist zumeist das Zeichen einer beiderseitigen Orbitalphlegmone. Es bestehen nämlich in der Gegend der Nasenwurzel sehr reichliche Anastomosen zwischen den Gefässnetz der beiden Orbitae. Stammt die Orbitaerkrankung von den Nebenhöhlen her, so kann aus der Richtung der Vergrösserung des blinden Fleckes auf die fragliche Nebenhöhle gefolgert werden.

**A. Kreiker:** Auf Grund seiner Erfahrungen verliess er schon längst die operative Eröffnung von retrobulbären septischen Entzündungen. In benignen Fällen kommt es ohnehin zur Abszessbildung; anstatt Operation ist eine intensive antiseptische Therapie anzuwenden: intravenöse Injektion von Trypaflavin, Silbersalzen, usw. Es ist ihm hiedurch gelungen, mehrere Fälle von ganz hoffnungsloser generalisierter Orbitalsepsis zu retten.

**A. Fazakas** (Debrecen): *Fall von symmetrischem suprakornealem Skleragranulom.* Beiderseits prominente massive Geschwulst auf der Hornhaut, nahe zum Limbus, mit der Sklera eng verwachsen und von frei beweglicher Konjunktiva gedeckt. Histologischer Befund: chronisches, an Plasmazellen reiches infektiöses Granulom. Die Pathogenese konnte — obwohl die Tuberkulinprobe und auch die Wassermann-Reaktion positiv waren — nicht ermittelt werden. Auf antiluetische Therapie reagierte der Tumor nicht. An der Stelle des Granuloms war die Lederhaut pigmentiert; hier sowohl als auch in der nächsten Umgebung war die Empfindlichkeit herabgesetzt.

*Aussprache:* **G. Horay:** Sah unlängst an der Univ.-Augenklinik Nr. I. Budapest, einen ähnlichen, noch ausgesprochenen Fall: bei der 51jährigen, sonst gesunden Frau, erstreckte sich oben vom Limbus bis zum Äquator, vom inneren bis zum äusseren geraden Muskel ein hügeliges, mit der Sklera stark verwachsenes, knorpelhartes, tumorartiges Gebilde, über dem die Bindehaut abhebbar und blass war. Bulbus sonst normal; Blutbild, Komplement negativ. Die Abschälung der Geschwulst von der Sklera gelang selbst mit der Lanze schwer. Im histologischen Bilde herrschen Lymphozyten, Plasmazellen und junge Fibroblasten vor. Ätiologie blieb unermittelt. Erinnert an den von *Licskó* 1926 demonstrierten ähnlichen Fall, der öfter rezidierte. •

(Fortsetzung folgt.)

## NACHRICHTEN.

**Ernennungen.** Der Reichsverweser hat den Privatdozenten an der Budapester Universität *Dr. Aladár So's, Dr. Ferdinand Rakóczy, Dr. Josef Boros und Dr. Georg Matolay* in Anerkennung ihrer auf dem Gebiete der wissenschaftlichen Fachliteratur und der ärztlichen Fortbildung entwickelten Tätigkeit den Titel eines ausserordentlichen Universitätsprofessors verliehen.

**Todesfälle.** Universitätsdozent *Dr. Hugó Feleky*, Chefarzt der Apponyi-Poliklinik, ist im Alter von 72 Jahren gestorben. Der Verbliebene hat sich auf dem Gebiet der Venerologie hervorragende wissenschaftliche Verdienste erworben. — Universitätsdozent *Dr. Armin Rothmann*, der 45 Jahre hindurch als Vorstand der odontologischen Ordination in der Apponyi-Poliklinik eine hervorragende fachliche Tätigkeit entfaltet hat, ist im Alter von 72 Jahren gestorben.

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.

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