

REVUE

ÜBER DEN INHALT DES „ÉRTESITŐ“,

SITZUNGSBERICHTE

DER MEDIZINISCH-NATURWISSENSCHAFTLICHEN SEKTION DES
ERDÉLYI MÚZEUM-EGYLET (ERDÉLYER MUSEUM-VEREIN).

*

I. MEDIZINISCHE ABTEILUNG.

XXVII. BAND. 1905.

(XXX. JAHRGANG.)

REDIGIRT IM NAMEN DES AUSSCHUSSES:

VON

DR. DIONYSIUS V. SZABÓ.



KOLOZSVÁR, 1906.

BUCHDRUCKEREI ALBERT K. AJTAI.

INHALT DER REVUE:

	Seite
ABDERHALDEN (Dr. E., Privatdoz.) und REIBOLD (Dr. Béla): I. Die Monoaminosäuren des Edestins aus Sonnenblumensamen und dessen Verhalten gegen Pankreassaft. — II. Der Abbau des Edestins aus Baumwollsamens durch Pankreassaft	1
GÓTH (Dr. Ludwig): Gangraena phlegmonosa vulvae bei einer Schwangeren	16—18
JAKABHÁZY (Dr. Sigismund, Privatdoz.) und DEMETER (Dr. Georg): Über die Oleandervergiftung, im Anschluss an einen beobachteten Fall	13—15
KENYERES (Dr. Blasius, Prof.): Über den Eintritt der Ohnmacht und des Todes bei Verletzungen des Herzens	2— 5
KONRÁD (Dr. Eugen): Über ein Ovarialcystom mit schweren Komplikationen	6— 8
KONRÁD (Dr. Eugen): Über ein Chorio-angiom der Placenta . . .	9—10
VERESS (Dr. Elemér, Privatdoz.): Über die Empfindlichkeit der mm. rectus lateralis und medialis	11—12
Sitzungsberichte über die mediz. Fachsitzungen	19—50

REVUE

ÜBER DEN INHALT DES „ÉRTESÍTŐ“.

SITZUNGSBERICHTE

DER MEDIZINISCH-NATURWISSENSCHAFTLICHEN SEKTION DES
ERDÉLYI MÚZEUM-EGYLET (ERDÉLYER MUSEUM-VEREIN).

I. MEDIZINISCHE ABTEILUNG.

XXVII. Band.

1905.

I—III. Heft.

MITTEILUNGEN AUS DEM I. CHEM. INSTITUT DER BERLINER
UNIVERSITÄT.

Direktor: Geheimrat Prof. EMIL FISCHER.

Von Privatdoz. Dr. E. ABDERHALDEN und Dr. B. REINBOLD.

I. Die Monoaminosäuren des Edestins aus Sonnenblumen- samen und dessen Verhalten gegen Pankreassaft.

Die Arbeit wurde der medizinisch-naturwissenschaftlichen Sektion des Erdélyi Múzeum-Egyelet (Erdélyer Museum-Verein) in der medizinischen Fachsitzung am 19-ten Mai 1905 vorgelegt. Sie wurde in der Zeitschrift für physiol. Chemie Bd. XLIV vollinhaltlich veröffentlicht.

II. Der Abbau des Edestins aus Baumwollsamensamen durch Pankreassaft.

Die Arbeit wurde der medizinisch-naturwissenschaftlichen Sektion des Erdélyi Múzeum-Egyelet (Erdélyer Museum-Verein) in der medizinischen Fachsitzung am 11-ten Nov. 1905. vorgelegt. Die vollinhaltliche Mitteilung derselben erfolgte im XLIV-ten Band der Zeitschr. für physiologische Chemie.

Ueber den Eintritt der Ohnmacht und des Todes bei Verletzungen des Herzens.*

Von Prof. Dr. BLASIUS KENYERES.

In der gerichtlich-medizinischen Praxis wird sehr oft die Frage aufgeworfen, ob irgend eine Verletzung den Tod momentan herbeiführen musste, oder ob der Verletzte noch imstande war verschiedene Handlungen auszuführen. Die allgemein verbreitete Auffassung des Publikums, welcher aber, wie ein unlängst vorgefallenes Beispiel beweist, auch Aerzte zum Opfer fallen können, gab Veranlassung zur Mitteilung einiger Fällen aus den letzten Jahren, in welchen die Verwundeten mit schweren Verletzungen des Herzens verschiedene Zeit nach der Verletzung noch weiter lebten und mit vollem Bewusstsein weiter zu handeln fähig waren.

Solche Fälle sind schon seit dem Jahre 1594. beschrieben. Sie wurden aber entweder als Wunder betrachtet, oder man hat den Mitteilungen keinen Glauben geschenkt. Die Autorität von AMBROSIUS PARÉ, N. MÜLER, PAULUS ZACHARIAS, DE LA MOTTE und IDONIS WOLF reichte nicht hin, um den allgemeinen Glauben an der unbedingten Tötlichkeit der Herzwunden zu erschüttern. Es waren von SUEVUS DE ROTTENBURG, BENJAMIN BELL, HALLER und PLOUQUET (im Jahre 1787) diejenigen, welche dem allgemeinen Zweifel auch von wissenschaftlicher Seite Ausdruck gaben. Die Frage wurde seither geklärt, indem es eingesehen

* Nach einem Vortrag in der medizinischen Fachsitzung der medizinisch-naturwissenschaftlichen Sektion des Erdélyer Museum-Vereins am 27-ten Okt. 1905.

werden musste, dass die Verletzungen des Herzens den Tod nicht unbedingt, umsoweniger momentan herbeiführen müssen.

Solche Fälle aus den letzten paar Jahren sind die folgenden :

Ein 21 jähriger Landarbeiter wurde im Gasthaus geprügelt, gestochen und von der Kneipe hinausgeworfen. Man hat ihn später etwa 50 Schritte vom Gasthaus am Boden liegend gefunden und zurückgebracht. Er starb in $1\frac{1}{2}$ Stunden. Bei der Sektion wurde am Herzbeutel ein 2 cm. langer vertikal verlaufender Schnitt und dementsprechend am oberen Rand des rechten Ventrikels eine perforierende Wunde gefunden. Die Sachverständigen äusserten die irrümliche Meinung, dass diese Verletzung momentanen Tod verursachen musste.

In einem anderen Falle wurde der 22 jährige Landarbeiter, B. A. bei einer Rauferei in die Brust gestochen. Er ging mit Unterstützung seines Bruders zu Fuss nach Hause und starb in etwa 15 Minuten. Bei der Sektion wurde eine 24 mm. lange Stichwunde des Herzbeutels, im Herzbeutel etwa 200 gr. Blut und an der Wand des linken Ventrikels, $1\frac{1}{2}$ cm. vom Septum entfernt mit demselben parallel verlaufend eine aussen 18 mm., innen 12 mm. lange Stichwunde gefunden.

Der 21 jährige Landarbeiter T. V. wurde ebenfalls bei einer Rauferei in die Brust gestochen. Er raufte weiter, besiegte seinen Gegner und wurde erst später ohnmächtig. Man brachte ihn nach Hause und er starb am 6-ten Tage nach seiner Verletzung. Die Sektion zeigte eine eiterige Infiltration des vorderen Mediastinums. Im Herzbeutel waren etwa 200 gr. schmutzige, blutig-seröse Flüssigkeit und ebensoviel Blutgerinnsel. Beide Blätter des Herzbeutels waren mit einer $\frac{1}{2}$ —1 cm. dicken Fibrinschicht belegt, welche nur mit Mühe entfernt werden konnte. Unter dieser war $4\frac{1}{2}$ cm. vom Septum entfernt, $4\frac{1}{2}$ cm. unterhalb der Grenze zwischen Kammer und Vorkammer eine 6 mm. lange spindelförmige, mit Fibringerinnsel fest ausgefüllte Stichwunde zu finden, welche die ganze Wand durchbohrte und mit einer Oeffnung von 4 mm. Weite in die rechte Kammer unter einem Muskelbalken mündete.

Sehr lehrreich ist der Fall vom 21 jährigen Selbstmörder, B. A., der drei Schüsse auf sich richtete. Die erste Kugel blieb

im Processus mastoideus stecken, die zweite drang in das Gehirn, die dritte perforierte die rechte Lunge, das Brustfell, die vordere Wand des Herzbeutels, die vordere und hintere Wand der rechten Vorkammer und drang, ohne das Herzfell zum zweitenmal zu verletzen, wieder in die rechte Lunge und blieb zwischen der 8-ten und 9-ten Rippe stecken. An der vorderen Wand der Vorkammer lagen die Wände des Schusskanals derart aneinander, dass keine Blutung erfolgen konnte und ausserdem füllte sich der Kanal bald mit Gerinnsel. Die Oeffnung an der hinteren Wand der Vorkammer mündete nicht in den Herzbeutel, eine Blutung hätte also nur durch die Lunge statthaben können. Dies war jedoch einerseits durch den grossen Widerstand des langen Weges, anderseits durch das ventilartige Schliessen der Wunde verhindert. Der Tod erfolgte am dritten Tage nach der Verletzung und zwar ohne Zweifel in Folge der Gehirnverletzung.

Eine interessante Statistik über die Herzverletzungen, mit welchen die Verletzten einige Zeit noch lebten, ist bei MALASSUENA zu finden. Er sammelte 235 Fälle, über welche seit 1642. berichtet wurde. In 40 Fällen lebten die Verwundeten noch mehrere Minuten, in 41 über eine Stunde, in 104 über einen Tag, in 13 über einen Monat und in 37 über ein Jahr. Sein letzter Fall ist die traurige Ermordung der Königin ELISABETH.

Trotz allen sind die Fälle, in welchen der Tod nach Verletzung des Herzens nicht momentan, oder sehr rasch erfolgte, als Ausnahmen zu betrachten. Ob der Tod in einem gegebenen Fall momentan oder erst später erfolgte, ist manchmal schwer zu entscheiden. Zweifellos momentan tödtlich ist die vollkommene Zertrümmerung des Herzens, oder die Verstopfung der grossen Blutgefässe durch das Projektil, durch mitgerissene Kleiderstücke oder Muskel etc. Es gibt auch Fälle in welchen man den späteren Eintritt des Todes mit Sicherheit feststellen kann, namentlich diejenigen in welchen die eigentlich tödtliche Veränderung erst sekundärer Natur ist und so zu ihrer Entwicklung Zeit benötigt. Zweifelhaft sind die Fälle in welchen der Tod durch Verblutung, oder durch Zusammenpressung des

Herzens, infolge Blutung in den Herzbeutel herbeigeführt wird. Blutungen in den Herzbeutel führen rascher zum Tode, als Blutungen nach auswärts, da die Kompression des Herzens rascher erfolgt als die Verblutung. Jedesmal muss aber die Grösse der Blutung in Betracht gezogen werden; diese hängt nicht immer von der Grösse der Herzwunde ab. Es kommen noch die Richtung der Verletzung und die Stelle derselben in Betracht. Schliesslich kann noch das Verhalten des Verletzten auf seine Lebensdauer von erheblichem Einfluss sein. Alles in Allem haben wir also mit wenigen Ausnahmen keine verlässliche anatomische Anzeichen dafür, ob das Leben nach der Verletzung noch einige Zeit dauern konnte, oder ob der Tod momentan erfolgen musste.

MITTEILUNG AUS DER GEBURTSH.-GYNAEKOLOGISCHEN KLINIK
DER KÖN. UNG. UNIVERSITÄT IN KOLOZSVÁR.

Direktor: Hofrat Prof. DIONYSIUS V. SZABÓ.

Ueber ein Ovarialcystom mit schweren Komplikationen.*

Von Dr. EUGEN KONRÁD, II. Assistent am Institut.

Die 37 Jahre alte Kranke, Frau G. I. hat 8-mal, und zwar zum letztenmale vor 3 Jahren mit regelmässigem Verlauf geboren. Sie menstruiert seit ihrem 24-ten Lebensjahr monatlich, mit mässiger Blutung und Schmerzen. Seit 11 Wochen (?) bemerkt sie das Wachsen ihres Bauches und seit 2 Wochen spürt sie stärkere Schmerzen, und zwar rechts etwa 3 Finger oberhalb des Nabels am intensivsten. Urin und Stuhl sind normal. Temperatur bei der Aufnahme 37,0, Puls 90. Bei der Palpation des Bauches ist in demselben eine über menschenkopfgrosse mehrteilige Geschwulst von verschiedener Konsistenz zu fühlen, welche die Bauchhöhle beinahe vollständig ausfüllt, indem ihr oberster Teil bis zur Herzgrube reicht. Die Entfernung zwischen Symphysis und Nabel beträgt 25 cm., die zwischen Nabel und oberen Rand der Geschwulst 46 cm. Beim Perkutieren ist über der Geschwulst abgedämpfter tympanitischer Schall, über den tiefen lumbalen Gegenden tympanitischer Schall zu vernehmen. Die Wand der Vagina ist mässig aufgeweicht, aus der Scheide mässige Blutung. Die Portion ist 1 $\frac{1}{2}$ cm. lang, schaut etwas nach vorne und oben. Der Mutter-

* Nach einem Vortrage in der mediz. Fachsitzung der mediz.-naturwissenschaftlichen Sektion des Erdélyer Museum-Vereins am 24. Febr. 1905.

mund lässt die Fingerspitze in sich einführen. Der Fundus ist nicht zu palpieren, man kann nur dem Hals nach rechts und unten folgen; durch das vordere Gewölbe lässt sich bei Gegen- druck der untere Teil der Geschwulst fühlen.

Auf Grund dieses Befundes wurde die Diagnose auf Ova- riencystom (linksseitig?) gestellt.

Während der Beobachtungszeit zeigte sich eine subfebrile Temperatur; Patientin erhielt zur Milderung ihrer Schmerzen Eisumschläge auf den Bauch, sie wurde aber ungeduldig, stand einmal, in der Abwesenheit der Wärterin auf und schlug ihren Bauch absichtlich öfters zum Bettrand. Die Folgen davon wa- ren gesteigerte Schmerzen, Temperaturerhöhung bis auf 39.1, schwacher und frequenter Puls (120), drohender Kollaps. Bei der Betrachtung des Bauches zeigte sich dem früheren Zustand gegenüber: eine Verflachung desselben, der obere Rand der Geschwulst war nun in der Höhe des Nabels zu fühlen und der Perkussionsschall war auch über den tiefen Lumbalgegenden gedämpft. Die Symptome zeigten also auf eine traumatische Berstung der Geschwulst. Nachdem die Kranke sich bis zum nächsten Tag einigermaßen erholte, konnte die Operation durch Prof. v. SZABÓ in der Chloroformnarkose vorgenommen werden.

Bei der Operation entleerten sich nach dem Öffnen der Peritonealhöhle zum Teil aus dieser, zum Teil aus dem später weiter geöffneten Cystom $4\frac{1}{2}$ L. einer bräunlichgelben, zähen, kolloiden Masse. Der Stiel des Cystoms zeigte eine einmalige Torsion nach rechts, das entfernte Cystom bestand aus einem etwa menschenkopfgrossen Fach und mehreren kleineren Fächern. Seine der Bauchhöhle zugekehrte Wand war sehr dünn und hatte eine erbsengrosse und eine hanfsamengrosse Öffnung, sie war zum Teil mit Fibrinniederschlag bedeckt und ausserdem sasssen auf ihrer inneren Oberfläche einige weiche, haselnuss- grosse, graulichweisse Knoten, welche durchgeschnitten eine netzartige Zeichnung aufwiesen. Diese Knoten erwiesen sich bei der histologischen Prüfung zum grössten Teil als gutartige miniature pseudomucinöse Cysten, an einem verhältnismässig kleinen Fleck waren jedoch Epithelien mit atypisch geordneten

Kernen, mehrschichtiges Epithel und sogar Epithelbrücken aufzufinden. Diesem Befunde muss die Deutung eines initialen Karzinoms gegeben werden.

Die Heilung ging nach der Operation regelmässig vor sich. Die Nähte wurden aus der Bauchwunde nach linearer Heilung derselben, am zehnten Tage entfernt.

Es soll noch an den hohen therapeutischen Wert der Weinklysmen hingedeutet werden, welche auch in diesem Falle durch ihre analeptische Wirkung und Erregung einer milden Peristaltik gleich nach der Operation gute Dienste geleistet haben.

Mutterkuchen und Nabelschnur zeigen massen der etwas stärker ausgeprägten hyalinen Degeneration, nicht Abnormes. Was den Uterus dieses extrauterinen Angio-fibroms anbelangt so geben darüber massen dem makroskopischen Befund die syndetrialen Wandzellen Anhaltspunkte. Aus dem Vorhandensein dieser Zellen kann die Föderung gezogen werden.

MITTEILUNG AUS DER GEBURTSH.-GYNÄKOLOGISCHEN KLINIK
DER KÖN. UNG. UNIVERSITÄT IN KOLOZSVÁR.

Direktor: Hofrat Prof. DIONYSIUS V. SZABÓ.

Ueber ein Chorio-angiom der Placenta.*

Von Dr. EUGEN KONRÁD, II. Assistent am Institut.

Frau P. Zs. wurde unter regelmässiger Geburtstätigkeit im VIII-ten Monate der Schwangerschaft am 6-ten Jan. 1905. von einem macerirten Foetus entbunden. Der Mutterkuchen musste 20 Minuten nach der Geburt wegen starker Blutung nach CRÉDÉ exprimiert werden. Die Atonie liess auf Ergotinbehandlung bald nach. Das Weib verliess das Institut nach 14 tägigem regelmässigen Wochenbett gesund.

Auf der foetalen Oberfläche der Placenta befand sich eine etwa birnengrosse und birnenförmige Geschwulst, welche mit dem Mutterkuchen durch einen Stiel zusammenhing. Der Stiel wurde von einer Arterie und einer Vene gebildet, welche an der foetalen Seite der Placenta im Chorion in spitzem Winkel gegen einander liefen, das Chorion perforierten und in die Geschwulst übertraten.

Die Geschwulst hatte Milzkonsistenz, sie erschien an der Schnittfläche bräunlich-roth und rötlich-schwarz und war bis zu ihrem Stiel mit einer eigenen Bindegewebshaut überzogen. Die histologische Prüfung zeigte, dass die Geschwulst hauptsächlich aus Elementen der Angiomen und Fibromen bestand. In vielen Kapillaren waren syncytiale Wanderzellen zu finden.

* Nach einem Vortrage in der medizinischen Fachsitzung der medizinisch-wissenschaftl. Sektion des Erdélyer Museum-Vereins am 31. März 1905.

Mutterkuchen und Nabelschnur zeigten ausser der etwas stärker ausgeprägten hyalinen Degeneration, nichts Abnormes.

Was den Ursprung dieses extrachorialen Angio-fibroms anbelangt, so geben darüber ausser dem makroskopischen Befund die syncytialen Wanderzellen Aufschluss. Aus dem Vorhandensein dieser Zellen kann die Folgerung gezogen werden, dass der Kern einer Placenta succenturiata sich durch Wucherung seiner Bindegewebszellen in das beschriebene Angio-fibrom umwandelte, welchem DIENST, mit Rücksicht auf seinen Ursprung, den Namen Chorio-angiom beilegte.

Ueber ein Chorio-angiom der Placenta.

Von Dr. Eugen Konrád, II. Assistent am Institute.

Frau F. K. wurde unter regelmäßiger Schwangerschaft am 7. VII. im Monate der Schwangerschaft am 8. VII. 1905 von einem massigen Fetus entbunden. Der Mutterkuchen wog 20 Minuten nach der Geburt wegen starker Blutung nur 1000 g, esperimirt wurden die Arterien des Fetus und die Placenta 14 Stunden nach der Geburt. Das Weib verlor das Leben nach 14 Tagen an einer Chorio-angioma-Infektion.

Auf der fetalen Oberfläche der Placenta befand sich ein kleines, hirsches und hirsches Geschwulst, welche durch einen Stiel mit dem Fetus verbunden war. Die Stiel von einer Arterie und einer Vene gebildet wurde. Auf der fetalen Seite der Placenta im Gebiete im rechten Winkel von einander haben die Chorio-angioma-Infektion und die Geschwulst überstritten.

Die Geschwulst hatte Mikroskopie, sie bestand aus Schichten, braunlich-roth und röthlich-schwarz und war in einem Stiel mit einer eigenen Bindegewebskapsel überstritten. Die pathologische Prüfung zeigte, dass die Geschwulst bestand aus Elementen der Arterien und Endothel bestand. In vielen Kapillaren waren charakteristische Wandzellen zu finden.

* Nach einem Vortrage in der medizinischen Fakultät der Universität Prag, am 1. VII. 1905.

MITTEILUNG AUS DEM PHYSIOLOGISCHEN INSTITUT DER KÖN.
UNG. UNIVERSITÄT IN KOLOZSVÁR.

Direktor: Prof. LADISLAUS v. UDRÁNSZKY.

Ueber die Empfindlichkeit der *M. M. rectus lateralis und medialis*.*

Von Privatdozent Dr. ELEMÉR VERESS. Assistent am Institut.

Um einen Ausdruck für die Empfindlichkeit der in der Überschrift genannten zwei Augenmuskeln zu finden, wurden die kleinsten Zusammenziehungen bestimmt, welche diese mit Sicherheit und regelmässig ausführen können.

Ich zeichnete auf ein hellgraues Papierblatt nach einigen Vorversuchen drei $\frac{1}{2}$ —2 cm. lange vertikale Linien neben einander, mit einem Abstand von 2 resp. 3 mm. Das Papier wurde nun senkrecht aufgestellt und ich betrachtete die Linien bei primärer Stellung der Augen, mit einem Auge (das zweite Auge wurde verdeckt) aus der Entfernung von genau 1 Met. Ich versuchte die Linien nach einander zu fixieren und fand, dass ich meinen Blick von einer Linie auf die andern, mit Sicherheit und ohne Anstrengung führen konnte, wenn der Abstand zwischen beiden 3 mm. betrug. War der Abstand geringer (2 mm.), so scheiterte der Versuch oft, indem zu grosse Augenbewegungen ausgeführt wurden. Es war also eine fortdauernde Kontrolle des Muskels sozusagen ein Bremsen seitens des Antagonisten, und gespannte Aufmerksamkeit notwendig. Als kleinste will-

* Nach einem Vortrag in der medizinischen Fachsitzung der medizinisch-naturwissenschaftlichen Sektion des Erdélyer Museum-Vereins am 4-ten Nov. 1905.

kürliche, noch regelmässig ausführbare Augenbewegung wurde also diejenige betrachtet, mit welcher die Blickrichtung über einen, vom Auge 1 Meter entfernten Abstand von 3 Millimetern geführt wurde. Aus diesen Daten liess sich der Winkelwert dieser Augenbewegung und aus diesem die Verkürzung des betreffenden Muskels, nach trigonometrischen Regeln leicht berechnen. Laut obigen Daten ergab sich für den Winkelwert der oben geschilderten kleinsten Augenbewegung $10' 10''$ und für die entsprechende Muskelkontraktion 0.0355 mm. Diese Zahl ist umso mehr geeignet die Empfindlichkeit meiner Augenmuskeln auszudrücken, da der Grund zur Berechnung derselben eben durch die Muskelempfindung geliefert wurde. Da die Länge der betreffenden Muskeln durchschnittlich 40 mm. beträgt, so macht die obige minimale Verkürzung etwa $\frac{1}{1126}$ Teil derselben aus.

Um einen Ausdruck für die Empfindlichkeit der in der
 Hinsicht genannten zwei Augenmuskeln zu finden, wurden
 die kleinsten Neuanstellungen bestimmt, welche diese mit
 Regelmässigkeit ausführen können.
 Ich zeichne auf ein helles Papier nach obigen
 Anweisungen drei $\frac{1}{2}$ —2 cm lange vertikale Linien in einem
 Abstand von 2 resp. 3 mm. Das Papier wurde nun
 senkrecht aufgestellt und ich betrachtete die Linien bei
 Verschiebung der Augen mit einem Auge (das zweite Auge
 geschlossen) aus der Entfernung von genau 1 Meter.
 Die Linien nach einander zu fixieren und folgt, dass ich
 Blick von einer Linie auf die andere, mit Schärfe und ohne
 Abstrahlung führen konnte, wenn der Abstand zwischen ben
 nachstehenden Linien 2 mm betrug. War der Abstand grösser
 betrug der Versuch oft, indem zu grossen Augenbewegungen
 Anstrengung wurden. Es war also eine bestimmte Grenze
 des muskulären Zusammenhanges im menschlichen Auge
 durch gewisse Anmerkungen notwendig. Als kleinste Wert
 * Nach dem Vortrag in der medizinischen Fakultät der ungarischen
 Kaiserlichen Universität in Budapest, 1898.

MITTEILUNG AUS DEM GERICHTLICH-MEDIZINISCHEN INSTITUT
DER KÖN. UNG. UNIVERSITÄT IN KOLOZSVÁR.

Direktor: Prof. Dr. BLASIUS KENYERES.

Ueber die Oleandervergiftung, im Anschluss an einen beobachteten Fall.*

Von Privatdozent Dr. SIGISMUND v. JAKABHÁZY, Adjunct am pharmakologischen Institut u. Dr. GEORG DEMETER, Assistent am gerichtlich-medizinischen Institut.

Wir hatten am 19-ten Okt. d. J. Gelegenheit einen Vergiftungsfall zu beobachten, der seiner Seltenheit halber einige Aufmerksamkeit verdient.

Die 53 jährige Frau B. Sz., die schon öfters an Selbstmord gedacht hat, entfernte am Morgen des genannten Tages ihre Angehörigen, blieb am ganzen Tage allein und wurde abends von ihrer heimkehrenden Tochter in sehr krankem Zustande vorgetroffen. Sie klagte über grosse Schwäche und spie öfters grünlich-gelben Schleim aus. Sie wurde von den nach einiger Zeit gerufenen Aerzten am Boden liegend gefunden, war sehr schwach, aber bei vollem Bewusstsein, und hatte einen schwachen und aussetzenden Puls. Es wurde, nach zwei Kampherinjektionen versucht, den Magen auszuspülen, die Frau starb jedoch während der Manipulation. Das eingeführte künstliche Atmen hatte keinen Erfolg.

Die Leiche wurde sammt dem gesammelten Auswurf in das gerichtlich-medizinische Institut gebracht und dort am

* Nach einem Vortrag in der medizinischen Fachsitzung der medizinisch-naturwissenschaftlichen Sektion des Erdélyer Museum-Vereins am 11. Nov. 1905.

zweiten Tage seziert. Die Schleimhaut des Magens und des Dünndarms zeigten die Erscheinungen einer akuten Entzündung, welche besonders an den obersten Teilen des Dünndarmes gut ausgeprägt waren. Sämmtliche Bauch- und Brust-Organen waren sehr blutreich. Das Herz war im diastolischen Zustande, die Venen voll mit flüssigem Blut. Die Pupillen waren weit. Im Magen und Darm fanden sich viele noch sehr wenig mazerierte Pflanzenteile vor, welche bei mikroskopischer Prüfung das typische Bild der Oleanderblätter zeigten.

Der Magen- und Darm-inhalt wurde nach FELLETTAR auf Neriin und Oleandrin geprüft. Der bei dem Verfahren gewonnene aetherische Auszug hinterliess beim Verdampfen einen gelblich-braunen, harzigen Rückstand, welcher sich in konzentrierter Schwefelsäure mit rostbrauner Farbe, in konzentrierter Salzsäure mit grünlich-gelber Farbe und in FRÖHDE'S Reagens mit braunlich-gelber Farbe löste. Die Lösung in FRÖHDE'S Reagens färbte sich in $\frac{1}{2}$ Stunde violettroth, später weichselroth. Die Lösung in Schwefelsäure färbte sich auf Zusatz von Bromkali ebenfalls weichselroth. 2—3 centigr. des harzigen Rückstandes verursachten beim Frosche, in die Lymphbahn getragen, in 46 Minuten systolischen Herzstillstand.

Aus 100 ccm. Blut wurde nach FELLETTAR ein ähnlicher Rückstand gewonnen, welcher sich FRÖHDE'S Reagens gegenüber ebenso verhielt, wie der vorige. Die Organe wurden auf Neriin und Oleandrin nach dem Verfahren von SCHMEDEBERG geprüft.

In der ausländischen Literatur finden sich Mittheilungen über zahlreiche Fälle von Vergiftungen mit Oleanderblätter, resp. deren Alkaloiden vor. Umso spärlicher sind die ähnlichen Berichte in der heimatlichen Literatur. Ausser der experimentellen Arbeit von v. LÖTE, in welcher er sich mit der Wirkung des Nerium Oleander befasst und auch über zwei Vergiftungsfälle Erwähnung macht, ist eigentlich nur eine einzige kasuistische Mittheilung von CSURGAY zu finden.

Die Oleander-Vergiftung verläuft beim Menschen unter folgenden Erscheinungen:

$\frac{1}{2}$ —2 Stunden nach der Einnahme der Pflanzenteile melden sich Schmerzen im Magen, Aufstossen, Ausspeien, Erbrechen,

kolikartige Schmerzen, häufiger dysenterischer Stuhlgang; das Gesicht wird blass, die Pupillen erweitern sich und reagieren nicht; es treten Schwäche, unsicherer Schritt ein; der Puls wird klein und aussetzend; die Haut kühlt sich ab und bedeckt sich mit klebendem Schweiß; es treten ferner leichte Konvulsionen, Schläfrigkeit und Kopfschmerzen ein, die Empfindlichkeit nimmt ab, manchmal bis zu einem soporösen Zustande, im Anfangsstadium nimmt die Pulsfrequenz öfters erheblich (bis auf 40) ab. Selbst in schweren Fällen tritt der Tod infolge Herzlähmung und Lähmung des zentralen Nervensystems erst nach 7—9 Stunden ein.

Der Verlauf ist jedoch meistens günstig. Die Symptome gehen vom dritten bis vierten Tage angefangen allmählich zurück, die grosse Schwäche dauert jedoch gewöhnlich noch sehr lange an.

Die Therapie beschränkt sich auf die Entleerung des Magen-Darm-kanals, auf die Milderung der Gastroenteritis und Bekämpfung der Lähmung des zentralen Nervensystems durch Darbietung von analeptischen Mitteln.

MITTEILUNG AUS DER GEBURTSH.-GYNÄKOLOGISCHEN KLINIK
DER KÖN. UNG. UNIVERSITÄT IN KOLOZSVÁR.

Direktor : Hofrat Prof. DIONYSIUS v. SZABÓ.

**Gangraena phlegmonosa vulvae bei einer
Schwangeren.***

Von Dr. LUDWIG GÓTH I. Assistent.

Die 18 jährige Tagelöhnerin Frau M. S., wurde am 14-ten Aug. 1905. auf die gynäkologische Klinik aufgenommen. Sie fiel 2 Wochen vor ihrer Aufnahme, beim Heben eines schweren Korbes derart, dass sie mit der Ferse ihres unbedeckten Fusses an ihre Schamteile schlug. Am dritten Tag nachher spürte sie Schmerzen in den äusseren Schamteilen und bemerkte eine Schwellung derselben. Die ziemlich gut entwickelte Frau war bei ihrer Aufnahme in gutem Ernährungszustand, Temperatur: 36,8, Puls 88. Brust- und Bauchorgane zeigten nichts abnormes. Beide grosse Lippen, besonders aber die rechte, waren diffus gerötet, stark ödematös und bis auf das 2—3-fache des normalen Umfanges angeschwollen. Die rechte grosse Lippe bildete vom unteren Rand ihres oberen Drittels bis zum Frenulum, ohne irgend welche Verletzung zu zeigen, einen lockeren, schmutzig bläulich-grün gefärbten und bis zum Niveau des Anus herabhängenden Beutel. Die Infiltration verbreitete sich nach vorne bis zum Mons Veneris. Auf der inneren Fläche der linken grossen Lippe zeigte sich eine oberflächliche Exulceration,

* Nach einem Vortrage in der medizinischen Fachsitzung der medizinisch-naturwissenschaftlichen Sektion des Erdélyer Museum-Vereins am 18-ten Nov. 1905.

welche sich mit rötlich-brauner Farbe etwa 2 cm. über die Fossa navicularis verbreitete. Die Inguinaldrüsen waren beiderseits haselnuss bis nussgross, schmerzhaft, hart.

Das ganze Bild wies also auf eine Gangrän der äusseren Genitalien hin; die Entscheidung aber über die Natur derselben war mit verschiedenen Schwierigkeiten verbunden.

Ein phagadänischer Schanker, Eiterung aus einer Bartholinitis ausgehend, ein periproktaler Abscess, oder gangränöse Vorgänge auf Grund irgend einer akuten infektiösen Krankheit, waren leicht auszuschliessen. Man hätte eher an Noma vulvae denken können, dagegen sprach jedoch der Umstand, dass an der Stelle, wo die krankhaften Veränderungen am meisten vorgeschritten waren, sich keine Exulcerationen vorfanden. Der allgemeine Zustand der Patientin entsprach dem Krankheitsbilde auch nicht, welche sich bei Noma gewöhnlich entwickelt. Ausserdem waren in einigen Proben, welche zum Teil von der Oberfläche der oben erwähnten exulcerierten Stelle, zum Teil vom Inhalt des Beutels entnommen wurden, sehr viele und sehr verschiedene Bakterien, aber keine fusiforme Bazillen, oder Spirillen zu finden. Die neueren Untersuchungen weisen darauf hin, dass bei dem Gesichtsnoma die letztgenannten Bakterien stets vorhanden sind. Es wäre also nicht richtig von Noma vulvae, als einer, dem Gesichtsnoma analogen Erkrankung zu sprechen, wenn diese Bakterien nicht nachgewiesen werden konnten. Diese Bakterien wurden übrigens bisher noch in keinem Falle solcher Gangränen der Vulva aufgefunden.

Da die Infiltration und Nekrose eine ziemlich grosse Tendenz zum raschen Fortschreiten zeigten, musste die Operation möglichst bald vorgenommen werden. Nach Entfernung des erwähnten Beutels in der Morphin-Chloroform-Narkose, Entnahme einiger kleiner Stückchen von der Grenze zwischen dem kranken und dem anscheinend gesunden Gewebe, behufs histologischer Untersuchung und Spaltung der vorhandenen fistulösen Gänge, wurde das ganze gangränöse Gebiet mit einem starken Elektrokauter sehr energisch kauterisiert. Die Wunde verheilte 43 Tage nach der Operation vollkommen und zwar plastisch genug um die Prognose einer Geburt nicht zu verschlimmern. Vor der

Entlassung wurde Patientin auch innerlich geprüft, wobei sich herausstellte, dass eine Gravidität im IV—V Monate bestand.

Die histologische Untersuchung der bei der Operation ausgeschnittenen Teilchen zeigte eine Nekrose mit diffusen Grenzen. Nur in einem einzigen Block war eine ziemlich scharfe Grenze zwischen dem kranken und dem gesunden Gewebe zu sehen. An dieser Grenze waren weder Spirillen, noch Bazillen zu finden. Der Weg für die Vorrückung der Nekrose war nur durch starke Gruppen von Streptokokken bezeichnet. Das Bild erinnerte einigermaßen an den Rotlauf; es bestand jedoch der Unterschied, dass die scharfen Grenzen im Allgemeinen fehlten, und die Nekrose in der Tiefe auch unter gesunde Hautteile vorrückte. Die Art der Fortschreitung der Nekrose entsprach am besten der der Phlegmone. Da aber in diesem Falle keine Rede von einer sekundären Nekrose eiterig infiltrierter Gewebe sein kann, sondern die Nekrose, als ein primärer Prozess angesehen werden muss, welche sich nach der Art einer Phlegmone weiter verbreitet, so ist die Diagnose am besten auf Gangränä phlegmonosa vulvae zu stellen.

Was das klinische Interesse des Falles anbelangt, so ist die Seltenheit einer ähnlichen Gangrän bei Schwangeren hervorzuheben. Es ist ferner der fieberfreie Verlauf der mit einem ziemlich rapiden Zerfall der Gewebe verbundenen Krankheit und der Umstand zu betonen, dass trotz der schweren Erkrankung der äusseren Geschlechtsteile, sowie der an diesen vorgenommenen energischen Operation, kein Abortus erfolgte.

Sitzungsberichte

über die medizinischen Fachsitzungen der medizinisch-naturwissenschaftlichen Sektion des Erdélyer Museum-Vereins.

Vorsitzender: Hofrat Prof. SIGISMUND PURJESZ.
Schriftführer: Dr. DANIEL KONRÁDI.

I. Fachsitzung am 28-ten Jan. 1905.

1. Dr. GABRIEL MÁTHÉ stellt einen Fall von Angina Vincenti ulcerosa vor. Sein Patient, ein 22 jähriger Jurist stand am Ende des vorigen Jahres mit Ulcus molle in der Behandlung von Dr. MICHAEL CSIKY. Er litt früher nie an Halsschmerzen, es traten aber solche Mitte und Ende Nov. und Anfang Dez. auf. Er meldete sich mit seinem Leiden jedesmal beim Vorstellenden. Er hatte nur bei der dritten Gelegenheit eine leichte Temperaturerhöhung. Der Rachen zeigte jedesmal das typische Bild einer leichten Angina follicularis, welche sich nur auf eine Tonsille beschränkte und auf die übliche Behandlung nur langsam heilte. Die erkrankte Tonsille war auch nach 28—30 Tagen nicht völlig genesen. Am 10-ten Dez. traten rechts am Occiput, unter dem Kinn und beiderseits in den submaxillaren Gegenden erbsen-bis haselnussgrosse, anfangs empfindliche Lymphknoten auf, welche auch jetzt gut zu tasten sind. Am 12-ten Dez. trat am Zahnfleisch unter dem letzten Molarzahn links eine exulzierende Entzündung auf, welche jedoch auf Lapisbehandlung rasch heilte. Seit dem 19-ten Jan. klagte Pat. wieder über Halsschmerzen; seine Temperatur schwankte zwischen 36.3 und 37.2° C. Die linke Tonsille zeigte wieder das Bild einer folliculären Tonsillitis, in einigen Tagen bildete sich aber am oberen Teil der Tonsille in der Ecke ein etwa linsengrosses Geschwür mit scharfen, steilen Rändern aus, welches sich allmählich in das Parenchym vertiefte. Der Grund und die Seitenwände des Geschwürs waren mit einer gelblich-weißen, ziemlich leicht abwischbaren Schicht belegt. Später trat unter dem ersten auch ein zweites, jedoch oberflächliches Geschwür auf, sich um zwei Follikeln, in der Grösse von

einer Linse verbreitend; es zeigten sich ausserdem zwei Fleckchen am oberen Teil der rechten Tonsille. Foetor ex ore war nicht zu spüren.

Auf Grund dieses ungewöhnlichen Bildes wurde die Diagnose auf eine ulceröse Form der Angina Vincenti gestellt. Die Diagnose wurde durch die mikroskopische Untersuchung des Belages aus dem oberen Geschwür der linken Tonsille gesichert; es wurden *Plaut-Vincent-sche* Bazillen in grosser Anzahl, beinahe in reiner Kultur, und ausserdem Spirillen gefunden.

Die ausführliche histologische und bakteriologische Bearbeitung des Falles geschieht in Gemeinschaft mit Herrn Privatdoz. VESZPRÉMY und ist bereits im Gange.

Präparate von einem Fall von diphtheroïder Vincent'scher Angine wurden im vorigen Jahr durch Herrn Privatdoz. JANCsó demonstriert. Vortragender ist in der Lage ausser den typischen Präparaten auch den Patienten vorzustellen, jedoch mit der Bemerkung, dass das Bild durch Ausschneiden einiger Stückchen aus der Tonsille, behufs histologischer Prüfung einigermaßen gestört erscheint.

2. Privatdozent EMERICH HEVESI berichtet über einen durch Resektion geheilten offenen Bruch des Oberschenkels. Die Infektion der Wunde ist in solchen Fällen nur durch breites Oeffnen eines jeden Winkels der, durch die Bruchenden zerquetschten Wunde und durch offene Behandlung derselben mit Sicherheit zu erreichen. Die Zugänglichkeit wird meistens nur durch die Resektion der Bruchenden gesichert.

Der vorgestellte Knabe erlitt am linken Unterschenkel einen offenen Beinbruch. Als er auf die Klinik gebracht wurde, zeigten sich schon lokale Entzündung und mässige Temperaturerhöhung. Nach breitem Oeffnen der Wunde und Entfernen der freiliegenden Knochensplitter wurden die unregelmässigen Spitzen der Bruchenden mit einer Drahtsäge reseziert, die Wunde mit Sublimat-jodoformpaste behandelt, tamponiert und die Extremität mit einem kleinem Gewicht in Tension gebracht. Die Höhle der Wunde füllte sich ziemlich rasch aus und die Bruchenden näherten sich derart, dass man schon von einem vollkommen konsolidierten Zusammenwachsen sprechen kann. Die noch vorhandene granulierende Oberfläche wird nach *Thiersch* leicht zuzudecken sein.

Eine ähnliche Behandlung der offenen Brüche erscheint umso rationeller, da ein beinahe gleichzeitig beobachteter Fall den Beweis erbrachte, dass die Unterlassung der primären Resektion schwere Folgen haben kann. In dem erwähnten Falle waren nämlich Phlegmone, eiterige Gonitis und allgemeine Sepsis weder durch nachträgliche Arthrotomie, noch durch Amputation zu vermeiden.

Vortragender demonstriert ferner einige Fälle, in welchen die

Indikationen von Sehnen transplantationen bestehen, oder in welchen die Transplantation schon mit Erfolg ausgeführt wurde. Seine Erfahrungen strecken sich auf etwa 80 von ihm operierten Fälle aus. Ein Fall von *Pes calcaneus valgus excavatus paralyticus*, entstanden in Folge von ausgestandener Poliomyelitis anterior, mit Lähmung der MM. triceps surae, tibialis posterior, und tibialis anticus lässt einen schönen Erfolg der vorzunehmenden Sehnen transplantation erhoffen. Bei einem 11 jährigen Mädchen bestand ebenfalls ein *Pes calcaneo-varus paralyticus* infolge des gleichen Übels, mit Lähmung der MM. triceps surae, peronei und ext. digit. comm. longus. Der demonstrierte Fall beweist, dass durch die entsprechenden, in zwei Sitzungen ausgeführten Sehnen transplantationen vollkommen befriedigende Resultate betreffs der Stellung und Beweglichkeit des Fusses zu erzielen waren. Im Anschluss wurden noch photographische Aufnahmen von ähnlichen Fällen vor und nach der Operation demonstriert. Es wurde ein, durch eine in 25 Minuten ausgeführte Operation geheilter Fall von *Pes planus, valgus staticus bilateralis* ebenfalls vorgeführt. Die Fussbeuge war vor der Operation vollkommen verflacht; jetzt werden die Füße durch die transplantierten Muskeln in übertrieben corrigierter Stellung gehalten. Vortragender hat solche Operationen schon vor zwei Jahren mit gutem Erfolg ausgeführt; in diesen Fällen ist noch keine Spur eines Rückfalls zu bemerken.

3. Dr. ALADÁR ELFER stellt einen mit RÖNTGEN-Strahlen behandelten Leukämiefall vor. Die Zahl der Leukocyten ist in vier Wochen von 888,000 auf 4000 gesunken und die klinischen Symptome besserten sich entsprechend. Die Demonstration wurde durch eine ausführliche hämatologische Tabelle ergänzt.

4. ERNST FÉLEGYHÁZY stellt einen seltenen Fall von Karzinommetastase in der Lunge vor. Prof. PURJESZ schildert die auf seiner Klinik beobachteten klinischen Symptome des Falles. Die 30 jährige Patientin wurde am 20-ten Nov. 1904 aufgenommen. Sie klagte über stechende Schmerzen in der rechten Seite und schweres Athmen. Die Untersuchung zeigte eine Dämpfung rechts unterhalb der dritten Rippe. Die Körpertemperatur schwankte zwischen 38—39°. Die Athemzahl war 30—50, später noch höher. Bei der Punktion wurden 400 ccm. einer sterilen serösen Flüssigkeit gewonnen, welche körnig degenerierte Zellen enthielt. Die Diagnose wurde auf Exsudatum pleuriticum gestellt, ohne für die ausserordentlich grosse Dyspnoe eine Erklärung finden zu können. Die Patientin starb am 2. Dez. 1904 und wurde im pathologisch-anatomischen Institut sezirt.

Bei der Autopsie wurde an der hinteren Wand des Magens ein exulzierter typischer Cancer fibrosus gefunden, welcher als Ausgangspunkt der Erkrankung betrachtet werden muss. Beide Pleurahöhlen enthielten eine serös-fibrinöse Flüssigkeit und zwar rechts

$\frac{3}{4}$ Lit., links weniger. Die linke Lunge war gross und zeigte zylindrische, den Lymphbahnen folgend verlaufende karzinomatöse Infiltrationen. An der Schnittfläche war das Bild einer Pneumonia interstitialis carcinomatosa zu sehen. Die rechte Lunge war ähnlich, jedoch mit etwas weniger entwickelten Veränderungen. Die karzinomatöse Infiltration der Lungen war einer Miliartuberkulose ähnlich, ziemlich gleichmässig verbreitet. Die Verbreitung der Infiltration geschah am Wege der Lymphbahnen und zwar in erster Linie auf die Bronchialdrüsen und von hier am retrograden Wege auf die Lymphbahnen der Lungen mit gleichzeitiger Infiltration der benachbarten anderen Lymphbahnen und Drüsen. Ausser den Lungen und der Pleura waren noch am Pericardium und im vorderen und hinteren Mediastinum Karzinometastasen vorhanden.

Der Magen und die Lungen wurden auch histologisch untersucht. Das Resultat dieser Prüfungen lässt sich kurz folgendes zusammenfassen: Das Magenkarzinom war älter, als das Lungenkarzinom; es hatte einen ausgesprochen faserigen Charakter und zeigte an seinen älteren Stellen gelatinöse Entartung; seine Hauptmasse war in der Submucosa, es brach aber an vielen Stellen auch in die Schleimhaut ein, zerstörte und imitierte deren Drüsen. Das Stroma nahm nicht ab, im Gegenteil es vermehrte sich; die beiden Muskelschichten blieben ziemlich intakt, die elastischen Fasern vermehrten sich ebenfalls im gewissen Grade. Der muköse Teil zog sich auch nicht zusammen, sondern schwächte das Stroma. An der Oberfläche der Geschwüre war Granulation, Leukozytenzuwanderung, wässrig imbibiertes Stroma, aber keine Nekrose zu sehen. In den Lungen verbreitete sich das Karzinom eher perivascular, als per continuitatem, was aus den in den relativ gesunden Geweben vorhandenen gelatinösen Knoten zu schliessen war.

Metastasen in den Lungen kommen nicht selten vor, man findet sogar die geschilderte Art der Verbreitung öfters, es ist aber als eine Seltenheit hervorzuheben, dass in diesem Falle um den Karzinomknoten der Lungen Bindegewebe entstand und das Lungengewebe in Felder teilte, so wie das bei einer Hepatitis interstitialis chronica zu geschehen pflegt. Diese Bindegewebswucherung deutet darauf hin, dass die krankhaften Veränderungen in der Lunge nur langsam zustande kamen, ohne erhebliche Erscheinungen hervorzurufen. Erst, als die Blut- und Lymphbahnen, sowie auch die Luftrohren stärker zusammengedrückt wurden, trat starke Atemnot ein, welche auch durch das in der Pleurahöhle beiderseits sich ansammelnde Exsudat befördert wurde und bald den Tod verursachte.

II. Fachsitzung am 24-ten Febr. 1905.

1. Dr. EUGEN KONRAD berichtet über ein intraabdominal geplatzttes Ovarialeystom mit Torsion des Stiels und beginnender karzinomatöser Degeneration. (S. diese Revue S. 6—8.)

2. Dr. MOISES HEGYI stellt einen 26 jährigen Patienten vor, der sich im Jahre 1897 bei einem Falle auf seine rechte Seite einen Bruch des rechten Oberarmes und Luxation im Ellbogengelenk zuzog. Unmittelbar nach dem Unfalle lag er 8 Stunden ohnmächtig; nachher traten im ganzen Körper Krämpfe auf. Seine Krankheit wurde anfangs für Tetanus, später für Epilepsie gehalten. LAUFENAUER, KRAFF-EBING, FRANKL-HOCHWART und WAGNER stellten alle die übereinstimmende Diagnose auf Tetanie. Seine Krankheit liess von Zeit zu Zeit nach, im Jahre 1903 traten aber wieder Krämpfe und heftige Schmerzen auf, welche durch Morphininjektionen unterdrückt wurden. Die Morphin Dosen wurden gesteigert, Pat. injizierte sich schliesslich durch drei Monate täglich 2 gr. Morphin ein und wurde am 1-ten Febr. 1905, als Morphinist auf die Nervenklinik aufgenommen. Brust und beide Arme des sehr abgemagerten Patienten waren voll von Nadelstichen und Wunden. Die ganze linke Körperhälfte zeigte Anaesthesie, Thermoanaesthesie, und Hypalgesie. Gehör und Gesicht waren und sind links ohne objektive Veränderungen abgeschwächt, das linke Gesichtsfeld ist eingeschränkt, Geruchs- und Geschmacks-sinn gehen dem Patienten ab. Die rechte Körperhälfte zeigt dagegen Hyperaesthesie, Hyperalgesie und Thermohyperaesthesie und schmerzhaft Punkte im Sulcus bicipitalis internus, am Ellbogen und an der äusseren Fläche des Oberarms. Rechts *Chrostek'sches* Phänomen. Dermographismus und Paraesthesie an der ganzen Haut. Die Stereognose ist ungestört. Das Gemüt ist labil, der Patient lässt sich leicht suggerieren. Durch Druck an den rechten Sulcus bicipitalis internus, oder durch die Hebung des Armes nach ALEXANDER FERENCZY werden am rechten Arm tetanieähnliche Krämpfe ausgelöst, welche sich auf das rechte Occiput und schliesslich auf den ganzen Körper verbreiten. Den tonischen Krämpfen folgen klonische, es schliessen sich Opisthotonus, beschleunigte Herztätigkeit, Schwitzen, Dyspnoe, schmerzhafter Gesichtsausdruck, und benebelter Zustand des Bewusstseins an. Der Anfall endet mit einem tiefen Seufzer. Solche Anfälle treten in etwa je zwei Tagen auch spontan auf und können durch Druck an die genannten Punkte (hysterische Zone) beseitigt werden.

Die zahlreichen vorhandenen charakteristischen Symptome der Hysterie weisen darauf hin, dass wir einen Fall von *Hysteria virilis traumatica* und keine Tetanie vor uns haben.

3. Dr. GEORG SZILÁGYI stellt einen Fall von chronischer Tetanie

vor. Patientin wurde am 23-ten Febr. mit einem schweren, mehrere Stunden dauernden Krampfanfall auf die interne Klinik gebracht. Beide Hände in „Gynäkologenhaltung“, die Füße in plantarer Flexion mit gebeugten Zehen. *Chvostek'sches* Phänomen. Patientin litt schon vor 11 Jahren an Tetanie, die damals während einer Schwangerschaft auftrat und ein halbes Jahr dauerte. Diesesmal trat ihre Krankheit während der Laktation im Jahre 1903 auf und seitdem melden sich ihre Krämpfe von Zeit zu Zeit immer wieder. Man ist also berechtigt von einer chronischen Tetanie zu sprechen.

4. Krankendemonstrationen von Dr. HEINRICH KANITZ: a) *Ein Fall von Lupus vulgaris nach Finsen behandelt.* Die 20 jährige Patientin B. R. steht seit anderthalb Jahren unter radiotherapeutischer Behandlung. Der anfangs gutartige und nur auf die Nase sich beschränkende Lupus zeigte unter der kombinierten RÖNTGEN-FINSEN'schen Behandlung eher eine Verschlimmerung, als eine Besserung. Im Oktober vorigen Jahres war die ganze Nase, die Oberlippe und das benachbarte Gebiet, in der Ausdehnung von einer Kinderhohlhand, von einem exulzerierten Lupusinfiltrat eingenommen. Es wurde wieder eine FINSEN-Behandlung eingeleitet und durch 3 Monate fortgesetzt. Als die FINSEN-Reaktion ihren Höhepunkt erreichte, erkrankte die Patientin an Pneumonie. Indessen verlief die Reaktion vollkommen und jetzt ist an der Stelle des früher kranken Gebietes gesunde, weiche, etwas rötlich gefärbte Haut zu sehen. Es sind zwar keine Lupusknoten mehr vorhanden, für endgültig geheilt kann man aber den Fall dennoch nicht ansprechen, da dazu eine viel längere Beobachtung nötig wäre.

b) *Ein Fall von Lupus mucosae oris* von grosser Ausdehnung nebst Nasenlupus. Bei der 13 jährigen Patientin besteht seit drei Jahren ein Nasenlupus. Zur Zeit ist die Mundschleimhaut ebenfalls erkrankt. Die Schleimhaut am harten und weichen Gaumen, die Gaumenbögen und das Zahnfleisch der oberen Zahnreihe sind zum Teil weich infiltriert, schmerzhaft, exulzeriert, zum Teil mit blassroten leicht blutenden, stecknadelkopf- bis erbsen-grossen Granulationen bedeckt, zum Teil mit kleinen weiss durchscheinenden Lupusknoten belegt. Die erkrankte Haut und Schleimhaut werden mit RÖNTGEN-Strahlen behandelt.

c) Bei einem 43 jährigen Tagelöhner bildete sich vor 6 Wochen unter dem rechten Rand des Unterkiefers eine nuss-grosse, dichte, und elastische Geschwulst aus, welche mit gesundem Epithel bedeckt ist. Sie grenzt sich gegen die benachbarten Hautteile scharf ab und hebt sich mit steilen Rändern über diese. Sie ist sammt der sie bedeckenden Haut über dem Unterkieferbein leicht zu bewegen. Neben dieser Geschwulst sind noch zwei ähnliche kleine Tumoren zu sehen. Das Bild erinnert am meisten an die sogenannte tiefe

Form der Trichophytiasis, diese wird aber durch die Abwesenheit der Pilze ausgeschlossen. Für einen luetischen oder tuberkulotischen Ursprung sprechen keine Anzeichen. Aufschlüsse über die Natur der Krankheit sind von der histologischen Prüfung zu erwarten.

Diskussion. Prof. v. MARSCHALKÓ teilt auf Grund der noch nicht abgeschlossenen histologischen Prüfung mit, dass die Geschwulst ein eigenartiges histologisches Bild darbietet. Hypertrophisches, zum Teil mit Leukozyten infiltriertes Epithel, in der Cutis und Subcutis chronisch entzündliches, hauptsächlich aus Plasmazellen bestehendes Infiltrat, welches sich besonders um die dilatierten Blutgefäße lokalisiert; erweiterte Lymphhöhlen; einige Riesenzellen, ohne dass man dadurch an tuberkulotisches Gewebe erinnert würde. Ausserdem eigentümliche grosse Zellen, welche den MIKULICZ'schen Zellen des Rhinoskleroms gleichen. Ueber die nähere Natur dieser Zellen kann noch keine Meinung geäussert werden.

5. Vortrag von Prof. Dr. JOSEF v. LÖTÉ: Ueber ein Symptom der experimentellen Wut. (S. Orvosi Hetilap 1905. N. 24.)

6. Vortrag von Dr. RUDOLF FABINYI: Ueber Vibrationsempfindung.

Diskussion. Prof. v. UDRÁNSZKY meint, dass die Methodik der Versuche derart zu verändern wäre, dass die Reizschwellen nicht nur durch Reize von abnehmender Intensität, sondern auch durch Reize von ansteigender Intensität bestimmt werden.

III. Fachsitzung am 31-ten März 1905.

1. Prof. v. MARSCHALKÓ stellt einen, sowol in pathologischer, wie auch in physiologischer Beziehung interessanten Fall vor, welcher einen direkten Einfluss der Innervation auf die Funktion der Talgdrüsen sehr wahrscheinlich macht. Er findet den Fall umso interessanter, da seines Wissens beim Menschen noch kein konkreter Beweis für die direkte Beeinflussung der Talgdrüsen durch die Nerven erbracht wurde.

Die 33 jährige Patientin erlitt eine starke Verletzung an der Stirn, ungefähr an einer dem linken supraorbitalen Rand entsprechenden Stelle und unterwarf sich einer unbedeutenden Operation. Etwa einen Monat nach der Operation wurde die Haut an der linken Hälfte des Schädels sehr empfindlich und belegte sich mit einer fettartigen Schicht. Bei der Aufnahme zeigte sich eine scharf begrenzte Stelle der Haut der Stirn und der linken Hälfte des Schädels mit einer eigentümlich braunen, an der Oberfläche eingetrockneten Masse belegt. Dieses Gebiet reicht nach rechts etwas über die Mittellinie, nach hinten bis zur die beiden Ohrmuscheln verbindenden Linie und nach vorne bis zum Margo supraorbitalis, entspricht also ganz genau

dem Innervationsgebiet des Nervus supraorbitalis. Die Masse besteht, wie das auch durch ihre mikroskopische Prüfung bestätigt wurde, aus reinem Hauttalg. Die Haut unter dem Belag ist hyperämisch und zeigt lebhaft Hyperalgesie, stark herabgesetzte Thermoästhesie und Thermalgesie.

Eine Untersuchung auf der Augenklinik zeigte dass die Verletzung auch eine Trübung der Linse und des Glaskörpers zur Folge hatte. Der Incisura supraorbitalis entsprechend befindet sich eine Narbe. Die Lokalisation des Übels und die Vorgeschichte machen einen Zusammenhang zwischen einer Läsion des Nervus supraorbitalis und den beschriebenen Veränderungen wahrscheinlich. Eine sichere Entscheidung darüber ist vom weiteren Verlauf der Krankheit und von dem Erfolg einer eventuell vorzunehmenden Operation zu erhoffen.

Diskussion. Prof. HOOR erwähnt, dass in diesem Falle auch eine teilweise Umstülpung der Regenbogenhaut vorhanden ist, was nach Verletzungen manchmal vorkommt.

Privatdoz. HEVESI hält ein operatives Eingreifen für angezeigt.

Prof. v. MARSCHALKÓ stellt noch einen Fall von Rhinosklerom vor, welcher auch vor zwei Jahren demonstriert wurde.

2. Krankendemonstrationen des Privatdoz. HEVESI: a) *Gastro-enterostomie wegen eines nicht ausrottbaren Pyloruskarzinoms.* Bei dem 59 jährigen Tagelöhner M. T. traten Erscheinungen einer bevorstehenden Magenperforation auf. Der Magen war stark erweitert. Man hat an eine Pylorusstenose, auf Grund von einem eventuell vorangegangenen Ulcus pepticum denken können. Die Möglichkeit eines Karzinoms wurde auch offengelassen, obwol die meisten Symptome fehlten. Der Bauch war mässig aufgebläht; Körpergewicht 47.1 kgr.

Bei der Laparotomie zeigte die vordere Wand des Magens, in der Nähe des Pylorus zahlreiche weissliche, offenbar karzinomatöse, linsen-bis erbsen-grosse Knoten. Der Pylorus selbst bildete eine längliche, flache Geschwulst, welche unbeweglich an die hintere Bauchwand festgewachsen war und zwar in der Weise, dass man den Pylorus nicht einmal besichtigen konnte. Die Gedärme waren stark aufgebläht, injiziert, matt und mit Fibrinbeschlag belegt. Mit Rücksicht auf die grosse Verfallenheit des Patienten wurde die Gastro-enterostomia anterior nach WÖLFLE ausgeführt. Die wichtigeren technischen Momente der Operation waren die isoperistaltische Lagerung des wegführenden Astes (LÜCKE-ROCKWITZ), frontale Lagerung des zur Anastomose verwandten Teiles des Jejunums, Magenwunde ungefähr an der Mitte der vorderen Magenwand, von rechts oben nach links unten geführt (MIKULICZ), Längsschnitt am Darm, innere Naht durch sämtliche Schichten mit Seide, äussere Catgutnaht nach LAMBERT.

Die Heilung verlief ungestört, der Patient wurde anfangs per rectum, aber schon vom zweiten Tage ab auch per os genährt. Er nahm seit der Operation 6 Kilogramme zu.

b) *Durch zweifache Darmresektion geheilte sterkorale Fistel.* Der 46 jährige Patient überlebte eine höchst selten vorkommende spontane Heilung seines inkarzierten Inguinalbruches mit Bildung einer Fistula stercoralis. Von der Inguinalgegend, vom Scrotum und Penis führten 5—6 Gänge durch ein sprödes Narbengewebe nach innen. Nach Anbrennen und Schliessen dieser Fistel-öffnungen wurde das ganze, durch Fistelgänge mehrfach durchbohrte Narbengewebe, sammt dem mit diesem verwachsenen Teil des Darmes freigemacht und die beiden Schenkel des Darmes reseziert. Der orale Schenkel war sehr weit, dagegen der aborale eng und dünnwandig. Um die beiden aneinander schmiegen zu können, wurde der enge Schenkel schräg abgeschnitten. Die resezierten Enden wurden durch zweifache Seiden- und Catgut-naht vereinigt und die Naht durch Umhüllung mit einem Teil des Mesenteriums geschützt. An einem weiteren Teil des Dünndarms wurde noch eine zweite Oeffnung gefunden, welche in eine etwa nussgrosse, mit Eiter und Kot gefüllte, in das entzündliche Gewebe eingekapselte Höhle mündete. Diese Stelle wurde gleichfalls ausgeschnitten, zusammengenäht und mit einem Stück des Omentums umhüllt. Die grosse Bauchwunde wurde nach **BASSINI** vereinigt und die Defekte der Haut plastisch ausgeglichen.

Die Heilung verlief ungestört, die Darmkanalisation stellte sich vom dritten Tage an wieder her.

c) *Rhinoplastik.* Die Nase des vorgeführten 27 jährigen Patienten wurde durch Lues vollkommen vernichtet, es blieben nur kleine narbige Trümmer der Nasenflügel zurück. Man konnte durch die grosse Oeffnung an der Stelle der Nase direkt in den Rachen hineinsehen. Nach dem Abschlusse der antiluetischen Behandlung wurde eine künstliche Nase durch Rhinoplastik gebildet. Bei plastischen Operationen, wenn die Wand einer natürlichen Höhle ersetzt werden soll, ist eine äusserst wichtige Aufgabe auch die Innenseite des zu gebrauchenden Lappens mit Schleimhaut oder Haut zu bedecken. Dieses Ziel wurde im vorliegenden Falle in der folgenden Weise erreicht: Aus der Haut des Gesichtes wurden beiderseits rhombische Lappen ausgeschnitten und diese um die Ränder des Defektes gegen die Mittellinie umgestülpt und dort mit einander vereinigt, der obere Rand der vereinigten Lappen wurde an den wundgemachten oberen Rand der Oeffnung, der untere Rand an die noch vorhandenen und ebenfalls wundgemachten Reste der Nasenflügel genäht. Das ganze wurde durch einen entsprechend geformten, aus der Haut der Stirn sammt einer aus Knochen und Periost bestehenden Leiste ausgeschnittenen Lappen bedeckt, welcher

unter Torsion seines Stiels auf die gewünschte Stelle heruntergebracht und dort durch Matrazennähte befestigt wurde. Die Operation wurde nach 5 Wochen durch das Durchschneiden des Stiels und Ausebnen beendet. Der kosmetische Erfolg der Operation ist vollkommen befriedigend, die neugebildete Nase zeigt keine Neigung zum Schrumpfen.

d) *Ein Fall von Neurofibroma multiplex s. racemosum.* Die linke obere Extremität eines 9 jährigen Bauerknaben ist von der Mitte des Oberarms bis zur Mitte der Hand, beinahe bis auf das zweifache verdickt. Diese Verdickung wird durch zahlreiche spindelförmige feste Knoten, welche sich dem Nervus medianus entlang verbreiten und durch eine elephantiasisartige Hypertrophie der Haut und des Unterhautbindegewebes bedingt. Störungen in der Bewegung oder Empfindlichkeit sind nicht vorhanden. Die Finger sind kürzer und ihre Gelenke auffallend locker. Das Uebel ist angeboren. Eine etwa eigrosse Geschwulst in der Ellbogenbeuge verursachte Schmerzen und gab zur Operation Veranlassung. Von hier und vom Oberarm wurden etwa 10—12 bohnen- bis dattel-grosse Knoten und korkzieherartig gewundene, hie und da aufgeschwollene oder eingeschnürte Bündel entfernt, welche alle im Nervus medianus selbst Platz nahmen und dessen Bündel auseinander drängten. Nach dem Schlitzen der aus Bindegewebe bestehenden Kapsel waren die Knoten leicht herauszuschälen; nur an beiden Enden der länglichen Knoten waren einige dünne Nervenfasern mit diesen fest zusammengewachsen, so dass sie abgeschnitten werden mussten. Die histologische Prüfung der Geschwülste wird im pathologisch-anatomischen Institut durch Privatdoz. VESZPRÉMI ausgeführt. Die Hauptmenge dieser Geschwülste besteht jedenfalls aus einer fibromatösen Entartung des Endoneurium.

Die Wunde heilte per primam und die Operation verursachte keine Funktionsstörung.

3. Dr. LUDWIG GÓTH demonstirt zwei intraligamentöse Fibrome, deren erstes per vaginam, deren zweites per laparotomiam entfernt wurde. Das erste hing noch breit an der hinteren Lippe des Uterus, das zweite lag höher, hing mit der Gebärmutter nicht mehr zusammen und musste darum durch die Bauchwand entfernt werden. Im ersten Falle trat eine starke parenchymatöse Blutung auf, welche die totale Exstirpation des Uterus notwendig machte. Patientin kollabirte 7 Stunden nach der Operation und starb aus nicht aufgeklärtem Grunde. Im zweiten Falle war die Heilung ungestört.

Vortragender schildert die Umstände, welche die Differentialdiagnose solcher abgeschiedene Fibromen, ovarialen Tumoren gegenüber erschweren. Aus der Gesammtheit gewisser Symptome kann man zwar mit einiger Warscheinlichkeit auf den Ursprung solcher

Geschwülste schliessen, es ist aber nie mit einer absoluten Sicherheit zu entscheiden ob nicht ein aus dem Ligamentum latum hervorgegangenes Fibrom vor uns liegt.

4. Krankendemonstrationen von Dr. HEINRICH KANITZ. a) Ein Fall von *Tuberculosis verrucosa cutis*, *Lichen scrophulosorum* und *Folliculitis*. Der vorgeführte Patient leidet seit 2 Jahren an Hautaffektionen. An der Haut der Hand- und Fussrücken, der Kniee und des unteren Drittels der Vorderarme sind charakteristische Herde der *Tuberculosis verrucosa cutis* verstreut; die Haut des Rumpfes zeigt eine schwach ausgeprägte Form des *Lichen scrophulosorum*, indem die follikulären Knoten keine serpiginöse Linien bilden, sondern isolirt stehen und die Öffnungen der Follikeln in Form von stecknadelkopfgrosser gelblich-brauner, stellenweise mit Schuppen bedeckter Papeln einnehmen. Ausser diesen zwei Krankheitsformen zeigt die Haut der Extremitäten, besonders aber die der äusseren Seite der Arme hirsens- bis linsengrosse bräunlich-rote Papeln von fester Konsistenz mit Infiltrationen der oberen Schichten. An der Mitte der Papeln sitzt entweder eine kleine Eiterblase oder sie wird von einer schmutzigen, fest anhaftenden Schuppe bedeckt. Diese Papeln bilden stellenweise kleine, hie und da zusammenfliessende Gruppen. Sie sind als Tuberkulide anzusprechen und zwar als jene Form derselben, welche unter den Namen *Acnitis*, *Folliculitis*, oder *Dermatitis follicularis necrotica* bekannt ist. Die Krankheit ist jedenfalls tuberkulösen Ursprungs, was in diesem Falle auch durch den Umstand warscheinlich gemacht wird, dass sie in der Gesellschaft zweier, zweifellos tuberkulöser Hautaffektionen vorkommt und einigermassen zu diesen eine Übergangsstufe bildet.

Die Erscheinungen an der Bindehaut des Patienten erinnern an einen *Lupus conjunctivae*; das histologische Bild spricht aber gegen diese Annahme. Tuberkulose in anderen Organen des Patienten war nicht nachzuweisen. Die Anamnese weist keine Daten einer erblichen Belastung vor.

An der *Diskussion* nimmt Prof. Hoor Teil.

b) *Ein Fall von Kerion Celsi* (*Trichophytiasis profunda capillitii*). Die Affektion besteht seit 3 Monaten an der behaarten Kopfhaut des vorgeführten 14 jährigen Knaben. Es befinden sich hier 6 kronen- bis kinderhohlhandgrosse, aus der Ebene der gesunden Haut sich mit scharfen Rändern, plateau-artig hervorhebende Herde, aus deren schwammigem Gewebe nach dem Abtragen der Krusten, sich dicker, gelber Eiter entleert. Die Haare, welche an diesen Stellen noch vorhanden sind, sitzen locker und sind leicht herauszuziehen. In ihrer Substanz sind Kolonien des *Trichophyton* zu finden. Es wird eine Behandlung mit RÖNTGEN-Strahlen eingeleitet.

5. Dr. SAMUEL BOBBÉLY bespricht das Resultat vom *zweiten Hundert seiner Bruchoperationen*. (S. Gyógyászat 1905, No. 17.)

6. Dr. EUGEN KONRÁD bespricht einen Fall von Chorio-angiom. (S. diese Revue S. 9—10.)

IV. Fachsitzung am 19-ten Mai 1905.

1. Dr. ALADÁR ELFER stellt drei, mit RÖNTGEN-Strahlen behandelte Leukämiefälle vor.

An der *Diskussion* nehmen Prof. v. SZABÓ u. Prof. PURJESZ Teil.

2. Krankendemonstrationen von Privatdoz. HEVESI: a) *Auffallend guter und rascher Heilerfolg nach Anwendung der Bier'schen venösen Stauung* in einem Falle von tuberkulöser Erkrankung der Fusswurzel bei einem 5 jährigen Knaben. Im vorigen Jahre wurden bei dem vorgeführten Patienten die kariösen Teile des Fersenbeins mit dem scharfen Löffel entfernt. Der Erfolg blieb jedoch aus, der Patient suchte im Febr. dieses Jahres die Klinik wieder auf. Die Erkrankung war nun viel vorgeschrittener, die Umgebung des Fussgelenkes zeigte eine erhebliche, spindelförmige Anschwellung und drei Fistelöffnungen, aus welchen reichliche eiterige Absonderung floss. Ohne irgend welche andere Behandlung einzuleiten, wurde der Unterschenkel täglich 8 Stunden nach BIER elastisch umschnürt. Die Absonderung liess schon nach den ersten Tagen nach, die Fisteln schlossen sich in 5 Wochen, die Schwellung ging zurück und das Gelenk gewann seine freie Beweglichkeit wieder. Der Patient wurde am 24. Apr. geheilt entlassen. Zur Zeit der Vorführung zeigt die äussere Form des Gelenkes kaum eine Abweichung, die Bewegung ist ungehindert, nur die Narben beweisen den Ablauf dieser schweren Krankheit. In den letzten 5 Monaten wurden auf der chirurgischen Klinik etwa 10 verschiedene Fälle von Caries und Synovitis tuberculosa nach BIER behandelt und zwar in vielen, sogar verzweifelten Fällen mit gutem Resultat. Die vor 10 Jahren auf der Klinik vorgenommenen ähnlichen Versuche hatten nicht den gleichem guten Erfolg. Die Heilwirkung des stauenden Blutes wird auf den Kohlensäuregehalt desselben, oder auf die Anhäufung der Alexine zurückgeführt.

b) *Exstirpation des Ganglion Gasseri bei Trigemimus-neuralgie mit Heilerfolg*. Die 56 jährige Patientin, Frau S. F. litt seit vorigem Sommer an heftigen neuralgischen Schmerzen, welche sich auf das Innervationsgebiet der zwei ersten Äste des Nervus trigeminus lokalisierten, und in keiner Weise zu stillen waren. Patientin wünschte die ihr vorgeschlagene Operation so dringend, dass diese trotz ihres schwachen Zustandes am 10. April vorgenommen wurde. Die Operation wurde in der Morphin-Chloroformnarkose nach KOCHER-CUSHING

ausgeführt unter Vermeidung der Unterbindung der Arteria mening. med. und mit völligem Abtragen des ausgeschnittenen Schädelteiles. Das Ganglion musste wegen Adhäsionen und Blutung in Stücken entfernt werden. Die Heilung der Wunde erfolgte per primam intentionem. Die neuralgischen Schmerzen wurden mit einem Schläge aufgehoben, der allgemeine Zustand besserte sich entsprechend. Die linke Gesichtshälfte ist unempfindlich. Die linke Pupille ist bedeutend enger, als die rechte, die Tränenabsonderung ist links herabgesetzt. Diplopie, Strabismus oder Keratitis traten nicht auf.

Auf die Anfrage von Dr. BORBÉLY fügt Vortragender noch zu, dass die Patientin behufs Stillung der Blutung in Sitzstellung gebracht wurde, die Anwendung von Adrenalin war aber nicht angezeigt, da man bei Blutungen aus dem Knochengewebe von diesem keinen Erfolg erwarten kann; Votr. wollte andererseits die Heilung durch Anwendung des Mittels nicht gefährden.

3. Prof. LADISLAUS v. UDRÁNSZKY stellt eine Arbeit von Dr. EMIL ABDERHALDEN, Privatdoz. an der Berliner Universität und Dr. BÉLA v. REINBOLD, Assist. an der Universität hierorts über „Die Monoaminosäuren des Edestins aus Sonnenblumensamen und dessen Verhalten gegen Pankreassaft“ vor. (Siehe diese Revue S. 1.)

4. Dr. ÁRPÁD GYERGYAY: „Durch eingekapselte Nährsubstanzen verursachte Knoten am Peritoneum mit dem klinischen Bilde einer Peritoneitis tuberculosa“.

Prof. LAD. v. UDRÁNSZKY stellt die Frage, ob nicht auch zwischen den Lamellen des Omentums Fremdkörper gefunden wurden?

V. Fachsitzung am 27-ten Oktober 1905.

1. *Eröffnungsrede* des Vorsitzenden, Prof. SIGISMUND PURJESZ.

Da unsere Sektion mit einem Mutterverein in Verbindung steht und ihre Angelegenheiten im Ausschuss dessen, oder in der Generalversammlung in Gemeinschaft mit den Angelegenheiten anderer Sektionen erledigt werden, bietet sich zur intimen Besprechung innerer Geschäfte selten Gelegenheit. Die Mitglieder sollen darum bei dem diesmaligen ersten Zusammentreffen mit einigen aufrichtigen Worten begrüsst werden. Es lassen sich heute die Fragen stellen, ob die Zusammenkünfte unserer Sektion nötig und zweckentsprechend sind, ob sie bisher das Resultat geliefert haben, welches von diesen erwartet werden kann, ob eine Notwendigkeit besteht in der Tätigkeit der Sektion Abänderungen vorzunehmen und welcher Art diese sein sollen?

Die ersten Fragen müssen bejaht werden. Man sieht, dass Gleichgesinnte aller Schichten der Gesellschaft sich vereinigen, um gemeinschaftliche materielle, moralische oder geistige Vorteile zu

erkämpfen. Es steht uns fern materielle Vorteile zu erstreben, die moralischen Interessen unseres Standes zu schützen, obliegt einem anderen Verein: unsere Bestrebungen beschränken sich ausschliesslich auf die Unterstützung der wissenschaftlichen und geistigen Bestrebungen unserer Mitglieder. Auch der Begabteste ist schon nicht mehr im Stande alles zu beherrschen, was unsere Wissenschaft heutzutage darbietet. Die Tätigkeit unserer Sektion soll ein getreues Bild jenes sprudelnden Vorwärtsstrebens geben, welches auf der ganzen Linie der wissenschaftlich-medizinischen Forschung herrscht; die Vertreter der verschiedenen Fächer sollen sich gegenseitig belehren. Die Unterbrechung der gegenseitigen Beziehungen der verschiedenen Fächer würde sich unbedingt auf dem ganzen Gebiete rächen. Der Ärztestand nahm immer eine hochgeschätzte Position ein, diese ist aber nur so zu bewahren, wenn er mit den Fortschritten der Wissenschaft Schritt halten und durch ihn die Menschheit alle Vorteile der neuesten Ergebnisse geniessen kann. Unsere bisherigen Sitzungen entsprachen diesem geschilderten Zweck, indem kaum eine Frage, welche durch die moderne Forschungen aufgeworfen wurde, hier unbesprochen blieb. Man darf jedoch nicht verschweigen, dass unsere Tätigkeit die Interessen des grossen Ärztepublikums in wünschenswertem Grade zu erregen nicht im Stande war. Ein Verein, welcher mit so grosser materieller und geistiger Kraft ausgerüstet ins Feld zieht, wie unsere Sektion, sollte eine viel grössere Anziehung ausüben. Der Misserfolg in dieser Richtung lässt sich vielleicht durch die ungünstige Organisationsverhältnisse erklären. Es werden verschiedene Abänderungen geplant. Vor allen sollen von nun an die Sitzungen wöchentlich gehalten werden. In der Hoffnung in der Zukunft eine regere Tätigkeit ausüben zu können und mit der Bitte, die Sektion mit Kraft und Begeisterung zu unterstützen, wird die erste Sitzung des Jahres für eröffnet erklärt.

2. Prof. BLASIUS KENYERES hält einen Vortrag mit dem Titel: Über das Eintreten des Todes nach Verletzungen des Herzens. (Siehe diese Revue S. 2—5.)

Diskussion. Prof. MAKARA macht die Bemerkung, dass die von Prof. KENYERES geschilderten Erfahrungen auch klinisch bestätigt wurden. Er selbst habe einen Fall beobachtet, in welchem der Tod erst 24 Stunden nach einer Verletzung des linken Ventrikels erfolgte. Die Aussichten zur Heilung sind umso besser, je enger und schiefer die Wunde ist und je dicker die Herzwand an der verletzten Stelle. In günstigen Fällen sind die Herzwunden auch dem operativen Eingreifen zugänglich. Nach Freilegen des Herzens werden Nähte angebracht; am schwierigsten gelingt der erste Stich. Das Herz bleibt beim Einstechen der Nadel für kurze Zeit stehen und schlägt dann weiter.

3. Demonstrationen von Prof. LUDWIG MAKARA. a) *Perforierende Schusswunde des Magens*. Der vorgeführte 9 jährige Knabe E. R. schoss sich mit einer Zimmerbüchse in den Bauch. Es trat darauf blutiges Erbrechen auf, sonst waren bei der Aufnahme gar keine Anzeichen der Magenperforation vorhanden. Bei der Operation stellte sich jedoch eine solche heraus. Die Wunde der vorderen Magenwand wurde mit 4 LAMBERT'schen Nähten geschlossen und die hintere Magenwand durch einen im Mesenterium angelegten Schlitz geprüft. Die hier ebenfalls gefundene Schusswunde wurde gleichfalls geschlossen; die Bauchwände wurden hierauf vereinigt. Die Heilung verlief ungestört.

Die Magenwunden heilen nur höchst selten spontan, darum ist in jedem Fall, wenn der Verdacht einer solchen vorliegt, die Operation möglichst bald vorzunehmen. Die Aussichten zur Heilung verschlimmern sich mit der Verzögerung bedeutend. Bei der Operation muss man sich überzeugen, ob die Verwundung einfach oder mehrfach ist.

b) *Gastrostomie nach Kader-Kocher*. Der vorgeführte Patient J. T. hat an der Speiseröhre, dicht oberhalb der Cardia eine bösartige Geschwulst, welche die Speiseröhre seit einiger Zeit vollkommen undurchgänglich macht. Die chirurgische Technik ist heute noch nicht im Stande Karzinomen der Speiseröhre zu entfernen, man musste sich also, um die Ernährung des Patienten zu ermöglichen, auf eine Gastrostomie beschränken. Unter den neuerdings empfohlenen Methoden zur Anlegung einer Magenfistel, leistet nach mehrfachen Erfahrungen des Vortragenden die Gastrostomie nach KADER mit den Modifikationen von HACKER und KOCHER die verlässlichsten Resultate. Bei dieser wird kein schiefer, sondern ein gerader Kanal gebildet und zur Schliessung der Öffnung wird der Musculus rectus abdominis benutzt. Der Patient konnte nach der Operation sofort durch die Fistel ernährt werden; er nahm im Körpergewicht um 2 Kilogramme zu, die tägliche Harnmenge erhob sich bis auf 1100 cm³. Er ernährt sich nun durch eine Sonde selbst. Die Fistelöffnung schliesst vollkommen, es sickert aus dem gefüllten Magen nichts heraus. Die Gastrostomie rettet den Patienten in ähnlichen Fällen nicht nur vom Hungertod, sondern wirkt auch auf den Verlauf der Grundkrankheit günstig ein.

c) *Geschwulst des Schulterblattes*. Die vorgeführte 22 jährige Patientin hat am äusseren Rand des linken Schulterblattes eine kinderkopfgrosse, harte Geschwulst, welche die Bewegungen des linken Oberarms hindert. Das Bild erinnert an einen Fall von Osteochondrom, welches im Jahre 1894 in Budapest vom Vortragenden vorgestellt wurde. Dieses Chondrom wog 7 Kilogr. und wurde durch Resektion des Schulterblattes entfernt. Nach 2 Jahren meldete

sich der Patient mit einem nicht operierbaren Rückfall. Eine radikale Heilung ist nur durch die völlige Entfernung des Schulterblattes, eventuell sammt der Extremität zu erreichen.

4. Dr. BÉLA V. GÁMÁN stellt einen Fall von *Pharyngomykose* vor. Der Patient hat gar keine subjektiven Beschwerden. In den Lakunen beider Tonsillen befinden sich zahlreiche gelblich-weiße Pfröpfe, welche aus Detritus und Leptothrixfaden bestehen. Die Ansiedelung dieser Pilze wird neuerdings als sekundäre Erscheinung aufgefasst und die Krankheit selbst als Keratose oder Hyperkeratose betrachtet und benannt. Das Übel ist harmlos, ein energisches Eingreifen ist darum nicht angezeigt.

5. Dr. MICHAEL CSIKY berichtet über *Befunde von Spirochäte pallida bei Lues*. Der bekannte Befund von SCHAUDINN und HOFFMANN die eine Spirochäte als Erregerin der Syphilis (Σ) betrachten, regte allgemein zum Nachforschen an. METSCHNIKOFF und ROUX bestätigten die Angaben von den genannten zwei Autoren; andere Forscher, unter diesen RECKZEH, RAUBITSCHEK und SCHAUDINN selbst wiesen die Anwesenheit der Spirochäte pallida in der Milz, Leber, Nebenniere von syphilitischen Neugeborenen und im Blute von Syphilitikern nach. THESING, KIOLEMENOGU und CUBE bezweifeln die Befunde von SCHAUDINN und HOFFMANN, oder schreiben denselben keine Wichtigkeit zu. Dagegen treten SOBERNHEIM und TOMASCEWSKI mit neuen Untersuchungen ins Feld. Sie fanden die Spirochaeta pallida in jedem der geprüften 50 Fälle von primären und sekundären Σ , dagegen wurden diese bei anderen Krankheiten (Balanitis, Ulcus molle, Bubo etc.) stets vermisst, in 8 Fällen von tertiärer Σ waren sie ebenfalls nicht nachzuweisen. Die ähnlichen Gebilde, welche sich manchmal vorfinden, sind von der Spirochäte pallida leicht zu unterscheiden. Diese letzteren werden nach der Beschreibung von SCHAUDINN durch ihre Feinheit, durch ihre steilen, gleichmässigen Wellenlinien, durch die ausgestreckten, mit Flagellen versehenen Spitzen und durch die blass-rötliche Färbung nach GIEMSA charakterisiert und von allen bisher bekannten Spirochäten unterschieden. Besonders bezeichnend ist der Unterschied, dass andere Spirochäten sich im hängenden Tropfen ausstrecken, die Spirochäte pallida dagegen ihre Wellenlinien auch im Ruhezustand beibehält. Sie wurden auch nicht mehr für echte Spirochäten gehalten; SCHAUDINN schlägt für sie nach VUILLEMIN den Namen Spironema vor.

Die Nachprüfungen sind auch auf der dermatologischen Klinik hierorts im Gange. Die bisherigen Resultate der noch nicht abgeschlossenen Untersuchungen scheinen SCHAUDINN Recht zu geben. In 7 sicheren Σ Fällen (Sklerose, Papeln, papulöses Exanthem) wurden die Spironemen stets vorgefunden, in 2 nicht syphilitischen Fällen wurden sie dagegen vermisst. Unter den verschiedenen

geprüften Färbungsmethoden wurde die von GEMSA am zweckmässigsten gefunden. Die Spironemen sind in den Geweben durchaus nicht gleichmässig verteilt, sie sind manchmal sehr reichlich vorhanden, manchmal kaum zu finden. Schlüsse sollen aus diesen Untersuchungen noch nicht gezogen werden; jedenfalls sind wir aber berechtigt den weiteren Forschungen mit mehr Hoffnung entgegenzusehen, als es bei den bisher beschriebenen „Syphiliserregern“ der Fall war.

VI. Fachsitzung am 4-ten November 1905.

1. Krankendemonstrationen von Dr. HEINRICH KANITZ.

a) *Pemphigus foliaceus*.

b) *Dermatitis herpetiformis* (Dühring).

2. Dr. RUDOLF FABINYI stellt einen Fall von Hemiplegia saturnina vor. Der vorgestellte 19 jährige Ofensetzergehilfe fiel vor 10 Wochen unter den Symptomen eines typischen apoplektischen Insults auf der Strasse zusammen. Beide Extremitäten der rechten Seite sind gelähmt, die Muskeln in mässiger Kontraktion und gesteigertem Tonus; es zeigen sich manchmal fibrilläre Zuckungen. Die gelähmte Muskulatur zeigt ausgesprochene Degenerationsreaktion. ROMBERG'sches Phänomen vorhanden. Die Sprachstörungen, welche ebenfalls vorhanden waren, sind schon verschwunden. Das Gebiet der Empfindungen blieb ungestört, der Patient fühlt keine Schmerzen und sein Gemütszustand ist zwar deprimiert, doch normal.

Am wahrscheinlichsten ist die Annahme, dass eine Bleivergiftung vorliegt; nebst der Beschäftigung des Pat. sprechen auch noch manche Symptome (grauer Rand am Zahnfleisch, temporale Einschränkung des Sehfeldes) für diese Ansicht. Die Vergiftung konnte zu einer Arterienentzündung im Gehirne und dadurch zur Apoplexie eum rhexi führen. Der Fall, welcher als *Encephalopathia saturnina* zu bezeichnen ist, kommt selten vor, indem die Bleivergiftung eher peripherische Nervenentzündungen verursacht. Therapie: Wegschaffung der Gelegenheit zur Vergiftung, Galvanisation, Jodkali.

An der *Diskussion* nimmt Dr. ELFER Teil.

3. Dr. GEORG DEMETER bespricht einen *Fall von Salzsäurevergiftung*. Die Vergiftungen mit Salzsäure sind trotz der allgemeinen technischen Verwendung dieses Mittels höchst selten. Die klinischen Erscheinungen sind dieselben, wie bei der Schwefelsäurevergiftung. Die anatomischen Veränderungen geben auch keine sicheren Zeichen zur Unterscheidung der beiden Vergiftungen. Im besprochenen Fall trank der 58 jährige Mann rohe Salzsäure, welche 31.7% HCl., etwas Schwefelsäure und Eisen enthielt. Er starb in 3 Stunden. Sektionsbefund: Aditus laryngis und Kehldeckel ödematös. Die

Schleimhaut der Speiseröhre ist an den oberen Teilen aufgelockert, an den unteren Teilen schiefergrau, rauh, geätzt. Die Magenwand ist dick, die Magenschleimhaut zum Teil schiefergrau, zum Teil schwarz verfärbt. Ihre Oberfläche ist uneben, besonders an der Pylorusgegend gerunzelt und angeätzt. Die Venen enthalten dickes Blut. Das Duodenum ist mässig gerötet. Die Nieren zeigen mässige Trübung, die übrigen Organe sind normal. Die Organe wurden demonstriert.

Diskussion Prof. L. v. UDRÁNSZKY bemerkt, dass zwischen den Ätzungen mit Schwefelsäure und Salzsäure Unterschiede bestehen, indem die Schorfe im ersteren Falle bräunlich-schwarz, im letzteren Falle weisslich-grau erscheinen.

4. Privatdoz. Dr. ELEMÉR VERESS hält einen Vortrag über „*Die Empfindlichkeit der MM. rectus medialis und lateralis*“ (Siehe diese Revue S. 11—12.).

5. Zwei Vorträge von Dr. HUGO LUKÁCS.

a) *Über das Verhalten der Körpertemperatur bei Dementia praecox.* In den meisten der untersuchten Fälle bestand Hypothermie, mit geringen (0·0—0·3° C.) Tagesschwankungen. Die Patienten nehmen von der Veränderung der Körpertemperatur keine Kenntniss, Puls und Atemzahl bleiben konstant. Hyperthermie wurde von 30 Fällen nur in zweien beobachtet; der eine der betreffenden Patienten nahm während dieser, zwei Monate dauernden Temperaturerhöhung im Körpergewicht zu. Der Einfluss der Temperaturänderung auf das psychische Benehmen ist zweifelhaft. Ihre Ursache kann in kortikalen Reizungszuständen oder in irgend einer Autointoxikation gesucht werden.

b) *Zur pathologischen Anatomie der Dementia.* Das zentrale Nervensystem wurde in zwei Fällen histologisch aufgearbeitet. Im ersten Fall zeigten sich miliare Gliose der Gehirnrinde, perivaskuläre Gliose, zellige Infiltration der Blutgefässe, kleine kapillare Blutungen. Die Pia war stellenweise infiltriert, die Nervenzellen und Markfasern erschienen unversehrt. Die histologische Prüfung des zweiten Falles führte zu einem negativen Resultat.

VII. Fachsitzung am 11-ten November 1905.

1. Dr. PAUL GROSS stellt ein aus einer BARTHOLIN'schen Drüse hervorgewachsenes Karzinom vor. Seit zwei Monaten bestehende Geschwulst der rechten grossen Lippe und Scheidenwand. Die Geschwulst wurde unter Resektion des Mastdarms entfernt, die histologische Prüfung zeigte ein atypisches Karzinom mit polymorphen Zellen. Das Epithel der Scheide war unversehrt. Als Ausgangspunkt der Geschwulst ist das Übergangsepithel des Ausführungsganges zu

betrachten. 6 Wochen nach der Operation Rezidiv auf der andern Seite.

2. Dr. ALEXANDER V. KOLOSVÁRI stellt ein Mastdarmkarzinom bei einer verhältnismässig jungen Person vor.

3. Dr. HEINRICH KANITZ stellt mit RÖNTGEN-Strahlen behandelte Fälle von Hautkarzinomen vor. Der erste Fall bezieht sich auf eine 76 jährige Frau, welche am linken Nasenflügel ein etwa guldenstückgrosses Ulcus rodens hatte. Im Verlaufe von $2\frac{1}{2}$ Monaten wurde die Patientin viermal mit RÖNTGEN-Strahlen behandelt. Die Bestrahlung dauerte jedesmal 25 Minuten, es wurde ein mittelweiches Rohr verwendet aus einer Entfernung von 15 cm. mit der Stromstärke von $2\frac{1}{2}$ amp. Die Stelle des Geschwürs ist jetzt nur durch eine feine rosenrote Narbe bezeichnet. Im zweiten Falle hatte der 64 jährige Patient am Gesicht ein etwa kinderhohlhandgrosses karzinomatöses Geschwür in einer den Lupus erythematodes nachahmenden Form. Das Geschwür wurde in derselben Weise behandelt, wie im vorigen Fall; anfangs zeigte sich rasche Heilung, jetzt ist an der Stelle des Geschwürs nur ein talergrosses träge granulirendes Defekt vorhanden, jedoch ohne karzinomatöses Gewebe. Die langsame Granulation ist vielleicht auf sekundäre Veränderungen zurückzuführen, welche durch die RÖNTGEN-Strahlen verursacht werden konnten. Die Heilung muss wahrscheinlich durch eine plastische Operation vollendet werden. Die Heilwirkung der RÖNTGEN-Strahlen ist aber auch in diesem Falle auffallend. Es wurden noch Photographien von schön geheilten Gesichtskarzinomen demonstriert.

4. Dr. FRANZ VERESS stellt drei Patienten der dermatologischen Klinik vor.

a) *Eccema chronicum palmare*. Bei dem vorgeführten 38 jährigen Kutscher sind an beiden Hohlhänden und an der volaren Seite der Finger verschieden geformte Verdickungen der Hornschicht zu sehen, zwischen welchen die Haut zum Teil normal, zum Teil dünn und rosafarbig erscheint. Narben sind nicht vorhanden. Nach Ausschliessen der Psoriasis, Arsenkeratodermie, des vererbten Hohlhandkeratoms und der Syphilis palmaris cornea stellt Vortragender die Diagnose auf chronisches (tylotisches) Ekzem. Von der Syphilis wird das Übel besonders durch das Fehlen des infiltrierten, serpiginösen Randes unterschieden.

b) *Auffallende Idiosynkrasie gegen Quecksilber*. Die vorgestellte Patientin rieb sich gegen Pedikulose mit Ungu. ophthalmicum (1% -ige gelbe Quecksilberoxydsalbe) ein. Nach wiederholtem Verwenden dieser Salbe trat heftige Hautentzündung und bald darauf akutes Ekzem mit reichlicher Absonderung auf. Die Idiosynkrasie könnte in dem Umstand eine Erklärung finden, dass die Pedikulose die Gesichtshaut empfindlicher und reaktionsfähiger macht.

c) *Syphilis tertiaria nodosa faciei*. Am Gesicht und speziell an der Nase der vorgestellten 30 jährigen Arbeiterin, welche eine venerische Infektion nicht zugibt, treten seit 5 Jahren Ausschläge auf, welche zeitweise vergehen aber an anderen Stellen bald wiederkommen. Die Nase ist dick und rot und mit zahlreichen schinkenroten, hanfsamen-bis erbsengrossen, weichen, elastischen Knoten bedeckt, welche sich auf die benachbarten Gebiete verbreiten. Die meisten Knoten sind glatt und halbkugelförmig, nur einige zeigen an ihrer Spitze Eiterung. An der Gesichtshaut sind sonst kleine oberflächliche Narben verstreut. An der Streckseite des rechten Vorderarmes zwei pigmentierte Narben. Der Umstand, dass die Knoten sich in Gruppen ordnen, eine Neigung zum Umsichgreifen besitzen, dass sie nicht exulzieren, sondern mit Hinterlassung einer oberflächlichen Narbe resorbiert werden und dass an den Narben keine Papel sich bilden, lässt auf eine späte Form der papulösen Syphilis schliessen.

An der *Diskussion* nimmt Prof. v. MARSCHALKÓ Teil.

5. Dr. BÉLA v. REINBOLD stellt die Arbeit von EMLI ABDERHALDEN und BÉLA v. REINBOLD über „Die Spaltung des Edestins aus Baumwollsaamen durch Pankreassaft“ vor. (Siehe diese Revue S. 1.)

6. Privatdoz. Dr. SIGISMUND v. JAKABHÁZY stellt seine in Gemeinschaft mit Dr. GEORG DEMETER ausgeführte Arbeit „Über die Oleandervergiftung“ vor. (Siehe diese Revue S. 13—15.)

An der *Diskussion* nimmt Dr. ORIENT Teil.

VIII. Fachsitzung am 18-ten November 1905.

1. Prof. LUDWIG MAKARA bespricht unter dem Titel „Die Röntgenographie im Dienste der Entfernung von Fremdkörpern“ die Methoden, welche zur genauen Bestimmung der Stellung eines Fremdkörpers ersonnen wurden. Er demonstriert Röntgenogramme, durch welche die Stellung einer 7 mm. langen Nadelspitze im Fusse einer jungen Patientin unter Zuhilfenahme eines metallenen Fadenkreuzes mit grosser Genauigkeit bestimmt wurde. Das Fadenkreuz wurde in eine Wunde an der durch vorläufige Aufnahmen bestimmten Stelle versenkt. Die Nadelspitze wurde früher öfters vergebens gesucht, nun konnte sie durch eine kleine Wunde ohne Schwierigkeiten entfernt werden.

Diskussion. Prof. BLASIUS KENYERES betont die Wichtigkeit der Röntgenographie in der gerichtlich-medizinischen Praxis. Sie leistet meistens gute Dienste in der Aufsuchung von Projektilen. Aus der Stellung dieser kann man oft auf die Richtung des Schusses folgern. Die Auffindung des Projektils wird manchmal durch Blutergüsse erschwert, in solchen Fällen leisten längere Exposition

oder härtere Röhren Abhilfe. Man ist aber gewöhnlich nicht in der Lage die Kraft der Strahlen im Verhältniss zu den vorhandenen Widerständen im Voraus zu wissen. Man tut also gut, falls der gesuchte Körper keinen Schatten wirft, wenn man in das durchleuchtete Gebiet zur Kontrolle einen ähnlichen Körper hält, wie der gesuchte. Wirft dieser keinen Schatten, so ist die Anwesenheit des gesuchten Körpers nicht ausgeschlossen und die Bedingungen der Aufnahme müssen geändert werden. Der Schatten ist umso dunkler, je dichter der Körper. Glassplitter geben beinahe so dunkle Schatten, wie Metallteile. An einem demonstrierten Bilde war ein tiefschwarzer Schatten von einem Glassplitter in der Hohlhand zu sehen. Ein anderes Bild zeigte deutliche Unterschiede zwischen dem Schatten von Knochensplintern und dem von abgesprengten Bleiteilen im Falle einer Schusswunde des Schenkels. In einem anderen Falle konnte die Klinge eines Federmessers im Schädel durch das Röntgenogramm entdeckt werden. Bei einem 6 jährigen Mädchen wurde die Anwesenheit eines Molarkzahns in der Luftröhre festgestellt. Man empfiehlt Röntgenogramme auch zur Feststellung des Luftgehaltes der Lungen, zu diesem Zwecke besitzen wir aber verlässlichere Methoden. In manchen Fällen gibt die stereoskopische Aufnahme über die Stellung eines Fremdkörpers Aufschluss, meistens sind aber die von Prof. MAKARA erwähnten Methoden besser zu verwenden.

2. Krankendemonstrationen von Dr. HEINRICH KANITZ. a) *Mit Röntgen-Strahlen behandeltes Hautkarzinom.* Der 85 jährige Patient hatte an der rechten Infraorbitalgegend ein etwa guldenstückgrosses exulzeriertes Karzinom. Im Verlaufe von 5 Monaten wurde die Geschwulst in 8 Sitzungen durch 238 Minuten mit RÖNTGEN-Strahlen belichtet. Die Geschwulst ist zur Zeit der Demonstration völlig verschwunden.

b) *Antipyrinexanthem.* Bei einem, mit Jodkali behandelten Syphilitiker traten nach Darreichung von Antipyrin (0.5 gr.) an der inneren Seite der oberen Extremitäten, in den Glutealgegenden, in den genitokruralen Falten, an den Unterschenkeln erythematöse Flecke in grosser Ausdehnung nebst Jucken und Schüttelfieber auf.

c) Auffallend grosse und zahlreiche *Primär-sklerosen* an der Haut des Bauches, nebst vielen Papeln an der Conjunctiva des oberen und unteren Augenlides.

3. Dr. HUGO LUKÁCS stellt einen Fall von *Torticollis mentalis* vor.

4. Dr. LUDWIG GÓTH hält einen Vortrag über einen Fall von *Gangränä vulvae* bei einer Schwangeren. (Siehe diese Revue S. 16—18.)

5. Dr. EUGEN KONRÁD bespricht einige *Fälle von primären Scheidenkarzinomen.*

IX. Fachsitzung am 25-ten November 1905.

1. Krankendemonstration von Dr. SAMUEL BORRÉLY aus Torda. Ob die Gastroenterostomie mit Verwendung des MURPHY'schen Knopfes oder mit Naht bessere Resultate liefert, ist noch nicht entschieden. Vortragender verwendete bisher regelmässig die MURPHY'schen Knöpfe, indem er von diesen nicht nur die Verkürzung der Operationszeit erhoffte, sondern auch das Ausbleiben der sonst häufigen Obliteration der Magendarmmündung erwartete. Bei dem vorgestellten 31 jährigen Patienten wurde am 30-ten Juni 1903 wegen Pylorusstenose und konsekutiver Magenerweiterung, Hyperazidität und motorischer Insuffizienz die Gastroenterostomia praecolica anterior ausgeführt. Die Heilung verlief ungestört. Vor etwa einem halben Jahr erneuerten sich die Magenbeschwerden. Der stark abgemagerte Patient erbrach alle 2—5 Stunden sehr reichlich einen saueren Mageninhalt. Der untere Rand des Magens befand sich konstant 3 Finger über den Nabel, es bestand starke Hyperazidität und motorische Insuffizienz. Im unteren Drittel des Magens in der Mitte, an beiden Seiten der nach der Laparotomie zurückgebliebenen Narbe war ein resistentes Gebilde zu fühlen und in der Mitte dessen, der Narbe entsprechend befanden sich zwei steinharte, haselnussgrosse Geschwülste. Die Laparotomie zeigte eine Verwachsung des viszeralen und des parietalen Peritoneums an der Stelle der künstlichen Anastomose zwischen Magen und Darm. Ausserdem war der an den Magen angenähte Darmteil von dem Omentum umschlungen und zweifach geknickt. Es wurde nun eine zweite Gastroenterostomie ausgeführt indem der noch freie Teil des Pylorus und der freie abführende Ast des Dünndarms verbunden wurden. Die alte Anastomose war für die Sonde undurchgänglich. Der Fall beweist einerseits, dass der auf Grund einer Pylorusstenose dilatirte Magen nach der Gastroenterostomie seine normale Grösse wiedergewinnt, andererseits, dass die mit dem MURPHY'schen Knopf gebildete Mündung ebenso obliterieren kann, wie die durch Naht gebildete. Die MURPHY'schen Knöpfe sind also nur wegen der mittelst diesen erreichbaren Abkürzung der Operationszeit indiziert.

Diskussion. Prof. MAKARA meint, dass die Verwendung der MURPHY'schen Knöpfe Vorteile bietet, wenn der Patient sehr abgeschwächt ist und somit die rasche Beendigung der Operation gewünscht wird, ferner, wenn die motorische Funktion, besonders bei Magenkrebs herabgesetzt ist, weil dadurch die Entleerung des Magens für die ersten Tage gesichert wird. Sonst sind Nähte vortheilhafter. Nach beiden Arten der Operation heilt die Schleimhaut mit Granulation und die gebildete Narbe kann zur Obliteration führen. Die *g. e. anterior* ist leichter auszuführen und darum zweckmässig;

wenn die hypertrophische Magenwand die Entleerung des Magens sichert. Sonst ist die *g. e. retrocolica posterior* besser zu empfehlen da bei dieser die Gedärme in ihrer natürlichen Lage bleiben. Die Anwesenheit von Salzsäure schliesst den Magenkrebs noch nicht aus. Auf der chirurgischen Klinik wurde neulich ein Patient mit Hyperazidität (freie Salzsäure vorhanden, Milchsäure abwesend) wegen eines faustgrossen Pyloruskarzinoms operiert. Es wurde die Gastroenterostomia retrocolica mit MURPHY-Knopf ausgeführt, mit gutem Erfolg. Die Operation ist angezeigt, wenn auch nur der Verdacht eines Magenkrebses, ohne tastbarer Geschwulst, vorliegt.

An der *Diskussion* nimmt noch Prof. PURJESZ Teil.

2. Dr. ÁRPÁD GYERGYAI stellt einen 53 jährigen Feldarbeiter vor, der vor 3 Wochen von einem Ochsen einen Stoss auf seine Nase erhielt. Bald darauf sickerte aus der Nase ein wenig Blut. Es entwickelte sich dann im Septum eine livide, fluktuirende Geschwulst, welche beide Nasenlöcher ausfüllt und das Atmen hindert. Es liegt das selten beschriebene Bild des Hämatoma, oder Abscessus septi narium vor uns. Die Probepunktion lieferte ein wenig Eiter welcher Diplokokken mit Involutionsformen enthielt.

An der *Diskussion* nimmt Prof. v. MARSCHALKÓ Teil.

3. Prof. PURJESZ stellt einen Fall von Erb'scher Lähmung vor. Der 35 jährige Patient kann seit 5 Jahren seinen linken Arm nicht heben. Die Krankheit trat nach dem Tragen von Säcken auf. Die folgenden Muskeln des linken Armes sind abgezehrt: MM. deltoideus, pectoralis major, biceps, brachialis internus, supra- und infra-spinatus. Vortragender zählt die Möglichkeiten auf, durch welche der subklavikulare Teil des Plexus brachialis gezerzt werden kann. Bei dem Patienten meldet sich seit Kurzem eine neue Symptomengruppe: spastisches Gehen, gesteigerter Patellarreflex, Fussklonus als Zeichen einer neuen, von der ersten unabhängigen Erkrankung.

4. Dr. DANIEL KONRÁDI demonstriert zwei Nierenbeckensteine, welche von Prof. v. LÖTTE bei der Sektion eines Kaninchens gefunden wurden. Die Steine wurden noch nicht näher geprüft. Auffallend ist die Grösse beider Nieren. ERSTEIN und NICOLAIER ist es gelungen bei Hunden und Kaninchen künstlich Steine zu erzeugen durch Darreichung von Oxamid.

5. Dr. DANIEL KONRÁDI bespricht den bakteriologischen Befund in einem Falle von Meningitis cerebrospinalis. Das Gehirn wurde vom Lande behufs bakteriologischer Prüfung eingeschickt. Es wurden zwei Arten von Bakterien gefunden und zwar ein Diplococcus, welcher dem JÄGER—HEUBNER'schen Diplococcus entspricht und ein Bazillus, dessen Natur noch nicht festgestellt werden konnte. Die Einimpfung der Reinkulturen dieser Bakterien verursachte keine Erkrankung der Tiere. Es traten aber klinische und anatomische

Zeichen der Meningitis auf, wenn die Tiere mit einer gemeinschaftlich entwickelten Kultur der beiden Bakterienarten geimpft wurden.

Diskussion. Privatdoz. VESZPRÉMI weist auf die Möglichkeit hin, dass die Bazillen nicht *intra vitam*, sondern nach dem Tode in das Gehirn gelangen konnten und vielleicht nur Fäulnisbakterien sein könnten. Die Kaninchenversuche sind für die Pathogenität der betreffenden Mikroorganismen auch nicht beweisend.

X. Fachsitzung am 2-ten Dezember 1905.

1. Dr. IRENE MARKBREIT und Dr. HUGO LUKÁCS stellen zwei Fälle der SACHS'schen Amaurosis idiota vor. Der erste Patient stammt von blutverwandten Eltern. Er entwickelte sich bis zum 5-ten Lebensmonat entsprechend, dann traten allmählig Blindheit und spastische, resp. schlaffe Lähmung der oberen und unteren Extremitäten auf. Zur Zeit ist das Kind blödsinnig und marantisch. Der Augengrund zeigt einfache Atrophie. Das TAY—SACHS'sche Zeichen fehlt. Das Krankheitsbild entspricht sonst der SACHS-schen Amaurose.

Im zweiten Falle traten Blindheit und Verblödung im 11-ten Lebensmonate ein. Das Kind ist mikrokephal, blödsinnig und hat LITTLE'sche Lähmung. Die Krankheit ist nicht progressiv. Der Befund am Augengrund deutet auf ausgedehnte Atrophie; das TAY—SACHS'sche Zeichen ist atypisch, der rote Punkt ist von einem nicht kreisrunden, glänzend weissen Hof umgeben.

Die Vorstellenden sehen in diesen zwei Fällen einen Beweis dafür, dass die hereditär-familiären Erkrankungen selten unter konstantem Bilde erscheinen. Das Krankheitsbild ist meistens nur innerhalb derselben Familie einheitlich, sonst sind unendliche Kombinationen möglich.

An der *Diskussion* nimmt Prof. HOOR Teil.

2. Demonstrationen von Privatdoz. Dr. DESIDERIUS VESZPRÉMI.

a) Gehirnpräparat von einem Fall von Dementia senilis paranooides. In der seitlichen Masse der linken Hemisphäre, in der Verlängerung der Fossa Sylvii sind zwei Beutel zu sehen von den Durchmessern von 4—5 cm. Sie liegen zwischen der Pia und der Arachnoidea. Diesen Höhlen entsprechend fehlt aus der Gehirns substanz nicht nur die graue und die weisse Substanz des Gehirnmantels, sondern auch ein Teil des Centrum semiovale, der Insel und des Claustrum, so dass die Pia, welche den Boden der Höhlen bildet, direkt auf die Capsula externa zu liegen kommt. Die Höhlen stehen mit den Gehirnkammern in keiner Verbindung. Das Bild entspricht vollkommen der Porenkephalie. Es ist zu bemerken, dass die rechten Extremitäten lebenslang paretisch waren.

b) Die Geschlechtsorgane von einem 40 jährigen Mann, der

vor 2 Jahren in reitender Stellung auf eine eiserne Schiene fiel und sich hierbei an seinem Damm anschlug. 8 Wochen nach dem Sturze trat am Damm eine faustgrosse Geschwulst auf, welche Eiter entleerte und einige Fisteln hinterliess. Es entwickelte sich allmählig eine Harnröhrenstriktur, zum Schluss entleerte sich der mit Eiter gemengte Harn nur durch die Fistel. Bei der Sektion wurden am hinteren Teil der Harnröhre zwischen festen narbigen Geweben verkäste Höhlen und in diesen Steine gefunden. Im rechten Nebenhoden, im Vas deferens, in der Vesicula seminalis, ferner in der Harnblase und in der Vorsteherdrüse wurden ebenfalls tuberkulöse Geschwüre, käsige Knoten und Kavernen gefunden. Der Fall ist als eine tuberkulöse Harnröhrenstriktur aufzufassen, welche durch ein Trauma ausgelöst wurde.

Diskussion. Prof. MAKARA bespricht die klinischen Symptome des Falles. Der primäre Herd der Erkrankung war in diesem Falle der Nebenhode. Der Fall verdient umso mehr Aufmerksamkeit, da die Harnröhrentuberkulose gewöhnlich nicht zu Strikturen führt. Die Therapie ist bei einer so vorgeschrittenen Krankheit machtlos.

3. Privatdoz. GUSTAV GENERSICH hält einen Vortrag über „Die Inkubation bei Masern“.

An der *Diskussion* nimmt Prof. PURJESZ Teil.

XI. Fachsitzung am 9-ten Dezember 1905.

1. Dr. BÉLA v. GÁMÁN stellt einen Pat. vor, bei welchem der ganze hintere Teil der Nasenhöhle von einer gelblichen, knötigen, weichen Geschwulst ausgefüllt ist, welche den weichen Gaumen vorwärts drängt. Die Geschwulst erwies sich bei der histologischen Prüfung als ein ovozelluläres Sarkom.

Es wird ferner ein junges Mädchen vorgestellt, dessen ganze Nasenhöhle von einem Polyp ausgefüllt ist. Der Polyp ist der grösste unter allen, welche je beschrieben wurden.

2. Dr. ALEXANDER v. KOLOSVÁRI stellt einen Patienten vor, bei welchem am 15—16-ten Tage der Rekonvaleszenz nach Typhus abdominalis eine Lähmung des rechten Nervus recurrens entstand. Pleurale und mediastinale Verdickungen wurden nicht vorgefunden; der Fall muss demnach für eine partielle Neurose nach Typhus gehalten werden. Ruhe, gute Ernährung und lokale elektrische Behandlung haben einen günstigen Einfluss.

3. Demonstrationen von Dr. HEINRICH KANITZ. a) Der 50 jährige Patient, welcher im Sommer d. J. wegen Gummata palatis molli antiluetisch behandelt wurde, leidet seit einigen Wochen an starken Kopfschmerzen und kann seinen Hals nicht bewegen. An den Scheitel befindet sich eine guldenstückgrosse, flache, von gesunder

Haut bedeckte, sehr schmerzhaftige Geschwulst. Der ganze Kopf ist gegen Druck sehr empfindlich. Die Dornfortsätze der drei oberen Hals- und des dritten Rückenwirbels sind empfindlich, resp. geschwollen. Der Kopf ist sowol in der horizontalen, wie auch in der vertikalen Richtung nur mit grossen Schmerzen zu bewegen. Die Muskulatur des Nackens ist in starker Kontraktion. Die freien Enden der beiden letzten Rippen, sowie auch die linke Spina ilei ant. sup. sind gegen Druck empfindlich. Auf Grund dessen, dass die Geschwulst an den Scheitel den Eindruck einer typischen gummösen Periostitis macht, und auf Grund verschiedener anderer Erscheinungen wurde die Erkrankung der Wirbeln für eine syphilitische gehalten. Die antiluetische Behandlung bestätigte diese Annahme, indem der Zustand des Patienten nach 4 Sublimatinjektionen sich wesentlich besserte.

b) Es wird eine 62 jährige Frau vorgestellt, bei welcher nach Behandlung mit RÖNTGEN-Strahlen aus der Orbitalgegend ein apfelgrosses Karzinom verschwand. Es stellte sich heraus, dass der Bulbus in die Erkrankung auch eingezogen ist; dieser muss nun durch Operation entfernt werden. Der Fall ist ein schönes Beispiel für die kombinirte Verwendbarkeit des operativen Eingreifens und der Röntgenotherapie.

4. Dr. RUDOLF FABINYI bespricht einen Fall von Tumor cerebri, welcher in vivo vor 3 Jahren demonstriert wurde.

An der *Diskussion* nehmen Prof. HOOR und Dr. ALADÁR ELFER Teil.

5. Dr. EUGEN KONRÁDI demonstriert ein grosses kolloides Cystom, welches durch Laparotomie entfernt wurde. Das Gesamtgewicht des Cystoms betrug 23 Kilo. Das Peritoneum war mit verschiedenen grossen kolloiden Knötchen bestreut. Die histologische Prüfung der abgetragenen Teile zeigte das typische Bild eines gelatinösen Karzinoms. Die Prognose ist sehr ungünstig.

An der *Diskussion* nimmt Prof. v. SZABÓ Teil.

6. Privatdoz. NIKOLAUS JANCsó stellt die Organe eines Kaninchens vor, welches am 10-ten April d. J. mit Tuberkelbazillen intravenös geimpft wurde. Die Tuberkeln in den Lungen und Nieren sind im Begriff zu heilen; Gelenke und Brüste zeigen ausgesprochene Tuberkulose. Die beiden letzteren Erkrankungsformen werden auch am lebenden Tiere demonstriert.

7. Prof. SIGISMUND PURJESZ hält einen Vortrag „Über die Infektionsfähigkeit der Typhusbazillen“. (S. Orvosi Hetilap 1906 Nr. 1.)

Diskussion. Prof. MAKARA meint, dass die in der letzten Zeit öfters vorgekommene Erkrankung der als Krankenpflegerinnen verwendeten Schwestern nicht nur mit der Virulenz der Typhusbazillen, sondern auch mit dem Umstand in Zusammenhang stehen kann, dass die Schwestern in ihrer persönlichen Prophylaxe nicht streng

genug verfahren. So könnte z. B. das von mehreren Personen benutzte geweihte Wasser, als Ausgangspunkt der Infektion dienen. Er macht darauf aufmerksam, dass die höchste Erkrankungszahl auf die Herbstmonate fällt, d. i. auf eine Zeit, wo die Grundwasser führenden Schichten des Erdbodens sich am meisten erwärmen.

Privatdoz. FILER wirft die Frage auf, ob im Jahre 1897, als die Zahl der Typhuserkrankungen sich auch über 5‰ erhob, auch das häufige Vorkommen einer intrafamiliären Infektion beobachtet wurde? Das hätte der Fall sein müssen, wenn aus der Häufigkeit der intrafamiliären Infektion und aus der Häufigkeit der Typhuserkrankungen überhaupt, auf eine Zunahme der Virulenz der Typhusbazillen gefolgert werden könnte. Die Schwankungen der Typhusmortalität zeigen im ganzen Lande eine gewisse Regelmässigkeit; die Kurve stimmt aber mit der des Vortragenden nicht überein. Die höchste Zahl der Mortalität fällt auf die Wintermonate, also auf die Zeit, wo die Menschen am meisten zusammengedrängt leben und somit die Möglichkeit jeder Infektion erhöht wird. Mit den Beobachtungen des Vortragenden hält er eine Veränderung der Virulenz der Typhusbazillen noch nicht für bewiesen.

An der *Diskussion* nimmt noch Privatdoz. JANCsó Teil. Nach der Antwort von Prof. MAKARA reflektiert Prof. PURJESZ auf sämtliche Einwände.

XII. Fachsitzung am 16-ten Dezember 1905.

1. Dr. HUGO LUKÁCS stellt einen Fall von Enkephalopathia infantilis epileptica vor. Der 20 jährige Patient ist hereditär belastet. Seine Entwicklung war bis zum 6-ten Lebensjahr normal. Dann traten nach einer mit Fieber und Eklampsie verlaufenen Krankheit Lähmungen in der rechten Körperhälfte, Athetose, epileptische Krämpfe, Imbezilität, später maniakale Störungen, Halluzinationen, und erotische Zustände auf.

Wir haben also drei Symptomengruppen vor uns, und zwar Störungen der Motilität, Imbezilität und Epilepsie. Die drei Gruppen kommen auch als selbstständige Krankheitsformen vor, für die vorliegende Krankheit ist aber eben das gleichzeitige Vorhandensein dieser Gruppen bezeichnend. Diese Krankheit hat noch keinen einheitlichen Namen, weil die Symptome der drei Gruppen in sehr zahlreichen Kombinationen vorkommen können. Ebensowenig einheitlich erscheint das anatomische Bild. Es kommen Porenkephalie, Sklerose, Cysten, vor allem aber Hypo- und Aplasien vor. Das pathologische Wesen der Krankheit ist eine Läsion (Trauma, Infektion, Intoxikation) durch welche das unentwickelte Nervensystem angegriffen und seine Entwicklung verhindert wird.

Vorstellender schlägt für die Krankheit die Benennung: Enkephalopathia infantilis vor.

Die hebephrenische Modifikation der Imbezilität (*Ziehen*) kommt bei dieser Krankheit oft vor.

Diskussion. Prof. PURJESZ hält die Veränderungen der Muskulatur eher für Hypoplasie, als für Atrophie.

2. Privatdoz. JANCsó stellt einen Fall von Situs transversus viscerum vor.

Privatdoz. ÁKONITZ hatte auch Gelegenheit einen ähnlichen Fall zu beobachten.

3. Demonstrationen von Prof. KOLOMAN BUDAY: a) *Echinococcus multilocularis in der Leber*. Die multilokulären Echinokokken, bei welchen die kleinen Blasen sich bekanntlich nicht im Inneren einer grösseren Kapsel befinden, sondern unabhängig von einander in das Bindegewebe eingebettet sind, kommen bei uns selten vor. Ein solcher Echinococcus wurde bei einer 33 jährigen Frau gefunden, welche 4 Wochen an Gelbsucht ohne Fieber litt. Später trat infolge einer gangränösen Entzündung des Dammes, eine Temperaturerhöhung von 40° C. ein und die Patientin starb. An der oberen Oberfläche der Leber wurde eine halbkugelförmige, knorpelharte, stellenweise fluktuirende Geschwulst von 10 cm. Durchmesser gefunden. Beim Öffnen derselben entleerte sich aus der unregelmässigen Höhle im Inneren der Geschwulst eine gallige Flüssigkeit mit gelbem sandförmigen Sediment. Um die Höhle befand sich eine geschwulstartige feste Substanz, welche kolloide Tropfen von 1—3 mm. Durchmesser enthielt. In der gesunden Lebersubstanz waren kleine kolloide Blasen zu finden. Der Ductus choledochus und Ductus hepaticus waren von einer unabhängigen Gruppe solcher Bläschen umgeben und geknickt. Die makroskopische Diagnose wurde durch die mikroskopische Prüfung bestätigt, indem Skolexe gefunden wurden. Um die Chitinknoten waren zahlreiche Riesenzellen zu sehen, als Zeichen der stärkeren Reaktion des Körpers. Die gelatinöse Masse wurde einem Hunde verfüttert; nach drei Wochen waren bei diesem keine *Täniaechinokokken* zu finden.

b) *Verstopfung der Lebervenen unter Symptomen einer Cirrhose*. Bei einem 2 $\frac{1}{2}$ jährigen Knaben traten Anasarca und Ascites auf. Da die Symptome von Herz-, Nieren- und Lungen-erkrankungen fehlten, musste Cirrhosis hepatis angenommen werden. Bei der Sektion gaben Herz, Lungen und Nieren tatsächlich keine Erklärung für das Ödem. Die Leber zeigte keine Cirrhose, sondern starke venöse Stauung. Die grösseren Äste der Lebervenen wurden zum Teil verengt zum Teil verstopft gefunden. Diese Erscheinung ist durch die Granulation der Intima bedingt, die Wucherung geht aber auch in das perivaskuläre Lebergewebe über. Die vollkommene

Verstopfung einiger Äste wurde durch Embolien verursacht, welche sich an den schon verengten Teilen festhielten.

Der Fall zeigt das von CHIARI beschriebene Bild und spricht zu Gunsten der Ansicht CHIARIS, dass diese Art Phlebitis auf Syphilis zurückzuführen ist.

c) *Gemeinsames Vorkommen von zwei primären Karzinomen.* Unter den sogenannten mehrfachen Karzinomen wird denjenigen die meiste Beweiskraft zugeschrieben, bei welchen die verschiedenen primären Geschwülste nicht nur in verschiedenen Organen sitzen und zwar in der Weise, dass sie weder durch Metastase, noch durch Einimpfen aus einander stammen konnten, sondern auch in ihren morphologischen Eigenschaften von einander wesentlich abweichen.

Ein solcher verhältnismässig seltener Fall wurde bei einem 64 jährigen Mann beobachtet, der vor $3\frac{1}{2}$ Jahren auf der Augenklinik wegen eines papillösen Karzinoms am Rande der linken Hornhaut operiert wurde. Nach einiger Zeit stellte sich an derselben Stelle ein Rezidiv ein und die Exstirpation musste wiederholt werden. Am 3-ten Aug. wurde der Patient wieder auf die Klinik aufgenommen; diesmal musste der ganze Bulbus enukleiert werden. In die Erkrankung war schon die knöcherne Wand der Augenhöhle auch mithineingezogen; es wurde darum auf der chirurgischen Klinik die Exenteration der Augenhöhle mit Abtragen der verdächtigen Teile vorgenommen. Der schon sehr abgeschwächte Patient starb nach der Operation an Pneumonie. Am Tage vor seinem Tode meldete sich blutiges Erbrechen.

Bei der Sektion waren Karzinometastasen nirgends zu finden. Dagegen sass an der grossen Krümmung des Magens ein fibröses Karzinom, in dessen Gebiete die Schichten der Darmwand durch ein weisses narbenartiges Gewebe aneinander gefügt waren. In der Muscularis zeigte sich auch ein weisses, für Scirrhus charakteristisches Netz. Bei der histologischen Prüfung zeigten sich tatsächlich in allen Schichten, besonders in der Muscularis und Serosa zahlreiche kleine Karzinomherde, welche an den lockeren Stellen aus Zylinderepithel bestehende tubulöse Drüsen nachahmten und in ihrem zentral gelegenen Lumen einen kolloiden Pfropf enthielten. Aus diesem Befunde ergab sich die Diagnose eines fibrösen Adenokarzinoms. Der Unterschied zwischen der histologischen Struktur des Magenkarzinoms und der des Bulbuskarzinoms ist auffallend.

4. Dr. HEINRICH KANITZ hält einen Vortrag über „*Die Behandlung des Hautkarzinoms mit Röntgenstrahlen*“. (Siehe *Gyógyászat* Jahrg. 1905 Nr. 52., 53.) An der hiesigen dermatologischen Klinik wurden in den letzten $2\frac{1}{2}$ Jahren 45 Karzinomfälle mit RÖNTGEN-Strahlen behandelt. Die hierbei gesammelten Erfahrungen lassen sich folgendermassen zusammenstellen:

a) Die RÖNTGEN-Behandlung ist angezeigt bei oberflächlichen karzinomatösen Gebilden, Kankroiden und karzinomatösen Geschwüren (Ulcus rodens). Ferner bei nicht operierbaren Geschwülsten und in solchen Fällen, in welchen die Operation wegen vorgeschrittenen Alters, oder ablehnenden Verhaltens des Patienten nicht auszuführen ist, bei Rezidiven, ferner als Unterstützung der Heilung nach der Operation, in Fällen, wo die Operation nicht den gewünschten Erfolg hatte und als prophylaktisches Verfahren zur Verhütung von Rezidiven. Bei oberflächlichen Ulceris und Kankroiden sind ideale Erfolge zu erreichen. Kontraindiziert ist die RÖNTGEN-Behandlung bei Karzinomen der Mundschleimhaut.

Durch die elektive Wirkung der RÖNTGEN-Strahlen gehen die Karzinomzellen unter Degenerationserscheinungen zu Grunde, während die gesunden Epithelzellen unversehrt bleiben. Prof. v. MARSCHALKÓ schreibt auch der reaktiven Entzündung des Bindegewebes bei der Zerstörung der schon degenerierten Krebszellen Wichtigkeit zu. Die deletäre Wirkung der RÖNTGEN-Strahlen kann sich nicht in allen Fällen in gleicher Intensität geltend machen. Es kommt dabei ausser der tiefen oder oberflächlichen Lage der Geschwülste auch die verschiedene Empfindlichkeit verschiedener Geschwülste in Betracht. Zwischen den basozellularen und spinözellularen Formen der Hautkrebse fand Vortragender im Verhalten gegen RÖNTGEN-Strahlen keine makroskopischen Unterschiede. Unter seinen geheilten Fällen waren beide Formen und auch die spino-basozellularen vertreten.

Was die Technik der Behandlung anbelangt, so sind längere Reihen der Sitzungen und Hervorrufung heftiger Reaktion zu vermeiden. Betreffs der Reaktion muss man individualisieren. Manchmal treten heftige allgemeine Symptome auf, welche als Erscheinungen einer Intoxikation durch den Zerfall der Zellen aufzufassen sind. Die Röntgenotherapie ist ein wichtiger Faktor in der Heilung der Hautkarzinome.

Diskussion. Prof. MAKARA: Man kann sich vor der Auffassung nicht verschliessen, dass die Krebskrankheit parasitärer Natur sei. Die Parasiten, wenn sie überhaupt existieren, sind an die Krebszellen gebunden. Die Epithelformationen können je nach dem Sitze der Krebsbildung verschieden sein, so ist z. B. auch im von Herrn Prof. BUDAY demonstrierten Fall der gemeinsame Ursprung der verschieden geformten Karzinome nicht ausgeschlossen. Die Aufgabe der Heilverfahren ist die völlige Zerstörung oder Entfernung der Krebszellen. Die chirurgischen Methoden erreichen dieses Ziel durch das Ausschneiden nicht nur der Geschwülste, sondern auch ihrer anscheinend gesunden Umgebung. Dieses Verfahren ist roh, indem die Grenzen der Infiltration in den meisten Fällen nicht festgestellt werden können und die zurückbleibenden Krebszellen zu Rezidiven

führen. Jedes Verfahren, welches die Zerstörung der Krebszellen ermöglichen würde, ohne das gesunde Gewebe zu beschädigen, müsste mit Freude begrüßt werden. Die Erfolge der Röntgenotherapie bei manchen Hautkrebsen verdienen unsere volle Aufmerksamkeit, im Allgemeinen sind aber die Resultate noch sehr wenig eindeutig, so dass die Röntgenotherapie in den meisten Fällen nicht an die Stelle der operativen Behandlung treten kann. Die Hauptsache bleibt immer die möglichst frühzeitige Erkennung und rechtzeitige Operation. Die RÖNTGEN-Behandlung hat neben ihren Vorteilen auch manche Nachteile, wie die lange Dauer, und die in manchen Fällen sehr heftige und gefährliche Reaktion. Immerhin verdient die Röntgenotherapie die auf sie verwendete Mühe und von der Vervollkommnung der Methoden sind vielleicht die Vermeidung der unangenehmen Nebenerscheinungen und gute Resultate in weiterem Gebiete zu erwarten. Neben der Röntgenotherapie der Karzinome muss man auch die der Sarkome erwähnen, welche laut den bisherigen Mitteilungen gleichfalls beachtenswerte Erfolge aufzuweisen hat.

Dr. ALADÁR ELFER weist im Anschluss an die Bemerkungen von Prof. MAKARA auf die Möglichkeit hin, dass die tiefer liegenden karzinomatösen Gebilde eventuell durch die Sensibilisierung derselben für die Einwirkung der RÖNTGEN-Strahlen zugänglich gemacht werden könnten. Die Ursache der Rezidiven ist heute noch nicht sicher bekannt, darum ist die Annahme von drei Jahren, als Termin für die Heilung als willkürlich zu betrachten. Betreffs der ebenfalls aufgeworfenen Frage der Idiosynkrasie hat er soviel zu bemerken, dass die Möglichkeit einer solchen nicht nur theoretisch angenommen werden muss; es bietet sich häufig die Gelegenheit davon praktische Überzeugung zu verschaffen.

Prof. v. SZABÓ bemerkt, dass die Möglichkeit der Idiosynkrasie keine Kontraindikation der Röntgenotherapie bildet; man muss nur vorsichtig verfahren. Die Erfahrung zeigt, dass in den durch Operation aufgestörten Geweben die Rezidiven rascher zustande kommen. Die deutschen Frauenärzte nehmen eine Frist von 5 Jahren an, welche ohne Rückfall verlaufen muss um den Krebs für geheilt zu erklären. Die späten Rezidiven können auch, als eine zweite Erkrankung an derselben Krankheit aufgefasst werden.

Prof. v. MARSCHALKÓ betont den tadellosen Erfolg der Röntgenotherapie bei oberflächlichen Krebsen und erwartet ebenfalls einen Aufschwung von der Vervollkommnung der Methodik, besonders von der Sensibilisierung der Gewebe. Eine Idiosynkrasie seitens der Haut nimmt er nicht an.

Prof. BUDAY erwähnt, dass Krebsembolien in den Ästen der Pulmonararterien beschrieben wurden. Die verschiedenen Gewebe

besitzen den Krebszellen gegenüber verschiedene Widerstandsfähigkeit, was für den parasitären Ursprung des Karzinoms spricht.

Prof. MAKARA betont wiederholt, dass wir durch die Röntgenotherapie leider eben in jenen Fällen keine Resultate erzielen können in welchen auch die Erfolge der operativen Behandlung nicht befriedigend sind. Der Erfolg hängt von der frühzeitigen Diagnose ab.

Die von Dr. KANITZ vorgestellten Fälle betrachtet er für geheilt, da die flachen Hautkrebse sich gewöhnlich weder lokal noch in den Drüsen erneuern. Er spricht auf Grund seiner chirurgischen Erfahrungen die Meinung aus, dass die Rezidive durch das Weiterwachsen der zurückgebliebenen Krebskeime bedingt werden. Sogar die späten Rezidive sind nicht als neue Erkrankungen aufzufassen.

Dr. KANITZ glaubt zwischen der Idiosynkrasie der Haut und der des ganzen Organismus unterscheiden zu müssen. Die Haut der verschiedenen Personen ist zwar verschieden empfindlich, aber eine streng genommene Idiosynkrasie seitens der Haut hatte er nie Gelegenheit zu beobachten. Seitens des ganzen Organismus zeigen sich eher Symptome einer Idiosynkrasie in Form von Intoxikationserscheinungen.

