

# REVUE

## ÜBER DEN INHALT DES „ÉRTESITŐ“, SITZUNGSBERICHTE

DER MEDIZINISCHEN SEKTION DES ERDÉLYI MÚZEUM-  
EGYESÜLET (ERDÉLYER MUSEUM-VEREIN).



XXVIII. BAND. 1906. XXXI. JAHRGANG.

AUSGABE DES ERDÉLYI MÚZEUM-EGYESÜLET.

REDIGIRT IM NAMEN DES SEKTION-AUSSCHUSSES :

VON

DR. DIONYSIUS v. SZABÓ.



KOLOZSVÁR, 1907.

BUCHDRUCKEREI ALBERT K. AJTAL.

## INHALT DER REVUE:

	Seite.
GENERSICH (Dr. Gustav, Privatdozent): Die Incubationsdauer der Morbilli . . . . .	1— 3
FABINYI (Dr. Rudolf): Zur Kenntniss der Geschwülste an der Gehirnbasis . . . . .	4— 8
FÉLEGYHÁZI (Dr. Ernst) und POTOCZKY (Dr. Desiderius): Daten zur Entstehung der Vaguspneumonié . . . . .	9—12
LÖTE (Dr. Josef, Prof.): Modification des Blutkörperchen-Zählens	13—14
MAKARA (Dr. Ludwig, Prof.): Ueber die Radicaloperation des Nabelbruches nach Mayo . . . . .	15—17
BUDAY (Dr. Koloman, Prof.): Ueber den Verschluss der Venae hepaticae . . . . .	18—22
KENYERES (Dr. Blasius, Prof.): Mitteilung der in der Praxis des gerichtsarztlichen Institutes vorgekommenen und photographisch fixierten Fälle (Mit X. Tafeln) . . . . .	23—30
Sitzungsberichte der Fachsitzungen . . . . .	31—51

---

# REVUE

## ÜBER DEN INHALT DES „ÉRTESITŐ“

### SITZUNGSBERICHTE

DER MEDIZINISCHEN SEKTION DES ERDÉLYI MÚZEUM EGYESÜLET  
(ERDÉLYER MUSEUM-VEREIN)

---

XXVIII. Band.

1906.

I—III. Heft.

---

## Die Incubationsdauer der Morbilli.

VON DR. GUSTAV GENERSICH.\*

Schon vor mehr als 50 Jahren hat PANUM auf den Farö-Inseln die Incubationsdauer der Masern festgestellt und 14 Tage als die Zeit angegeben, welche zwischen der erfolgten Infection und zwischen dem Erscheinen der Masern vergeht. Trotzdem besteht selbst heute noch nicht nur kein Uebereinkommen bezüglich der Incubationsdauer der Masern, sondern es vertreten die Meinungen Einzelner noch immer derartige Extreme, die an die Unmöglichkeit grenzen.

Ein Teil der Autoren nimmt eine 14 tägige Dauer an, behauptet beziehungsweise, dass wenn der Tag der Infection als der erste in Rechnung gezogen wird, der Ausschlag am 14-ten Tage erscheint, die Incubationsdauer betrüge demnach 13 Tage. Die Londoner Commission, die zur Feststellung der Incubations- und Infectionsdauer der Masern entsendet wurde, hat auch für eine Incubationsdauer von 13 Tagen entschieden. Andere sind der Ansicht, die Incubationsdauer wäre überhaupt keine bestimmte und unwandelbare, sondern könne sich auf eine Zeit mit weiteren Grenzen erstrecken.

Doch nicht nur bezüglich der Incubationsdauer sind die Meinungen derartig auseinandergelagert, sondern auch darin fehlt ein vollkommenes Uebereinstimmen, zu welcher Zeit die Masern ansteckend seien.

\* Nach einem Vortrage gehalten in der ärztlichen Fachsitzung des Erdélyer Museum-Vereines am 2. December 1905.

Der Erfahrung des Vortragenden nach sind die Masern eines der mit der grösstmöglichen Gesetzmässigkeit verlaufenden Leidens u. zw. so, dass die Kinder zehn Tage hindurch nach der erfolgten Infection erscheinungsfrei sind, am elften Tage erkranken sie unter katarrhalischen Erscheinungen und am 14-ten Tage nach der Infection, also am 4-ten Tage nach ihrer Erkrankung zeigt sich der Ausschlag; am 1-ten Tag im Gesichte und am Stamme, am 2-ten Tag an den Extremitäten; nach zweitägiger Dauer wendet sich die Erkrankung, also am 16-ten Tag nach vorausgegangener Infection und am 6-ten Tag nach begonnener Erkrankung.

Tritt da keine Besserung ein, so haben wir es mit einer Complication zu thun. Von dieser Regel sah der Vortragende nur höchst selten eine Ausnahme.

Auch die Zeit der Infectionsfähigkeit des Leidens lässt sich ganz genau bestimmen. Eben deshalb war der Vortragende stets der Ueberzeugung, dass das Schliessen der Schulen ganz zweck- und planlos und fast immer zu spät erfolge, nämlich zumeist auf dem Höhepunkt der Epidemie und da für zu lange Zeit. Vortragender erklärte bei passender Gelegenheit seine Erfahrungen über die Ständigkeit der Incubationsdauer der Masern und führte aus, dass zu der Zeit, zu welcher der erste Krankheitsfall zur Anzeige gebracht wurde, schon drei Tage vorher Infectionen erfolgt sein können, die Schule daher mit Abrechnung dieser drei Tage ( $10-3=7$ ), sieben Tage nach der erfolgten Anzeige des Ausschlages zu sperren wäre und zwar mit Rücksicht auf die Infectionsdauer höchstens eine Woche hindurch.

Es folgen nunmehr genaue Krankheitsgeschichten, die besonders zur Beantwortung der Fragen beizutragen berufen sind, ob es sich auf Grundlage dieser Krankheitsgeschichten beweisen lässt, dass die Incubationsdauer der Masern an eine genau bestimmbare Zeit gebunden ist und weiters ob die Angabe der Zeit möglich ist, in welcher eine Infection erfolgen kann.

Die Krankheitsgeschichten sprechen der Meinung des Verfassers nach ganz klar und bestimmt für die Richtigkeit der Panum-schen Berechnung.

Bei jeder Infectionskrankheit hält die Möglichkeit einer Infection solange an, solange die Infectionsfähigkeit nicht vorüber ist. Bei den Masern besteht diese Möglichkeit während des prodromalen Stadiums und während der Zeit des Ausschlages und wenn wir auf ersteres drei, auf letztere aber zwei Tage rechnen, so erstreckt sich die Zeit auf fünf Tage.

*Während dieser Zeit kann der Kranke an jedem Tage anstecken und die in seiner unmittelbaren Umgebung befindlichen Personen, welche die Masern noch nicht durchgemacht haben, können an jedem dieser fünf Tage angesteckt werden.*

*An welchem Tage dieser Infectionsmöglichkeit nun der erste Kranke, Personen seiner Umgebung inficierte, das hängt von der Widerstandsfähigkeit der Betreffenden und von der Nähe der Berührung ab.*

*Hat nun der Masernkranke, Personen seiner Umgebung an verschiedenen Tagen inficiert, so wird auch bei diesen der Ausbruch der Erkrankung in verschiedener Aufeinanderfolge erfolgen und wir können die innerhalb eines Zeitraumes von einigen Tagen vorkommenden Fälle ganz gut von einander ableiten, wenn wir von der früheren Infectionsgrenze ausgehen und die Incubationsdauer als ständig u. zw. als 13 tägig annehmen.*

Die obigen Sätze dürfen noch dahin ergänzt werden, dass die einzelnen Phasen der Masernerkrankung nicht nur nach Tagen genau bestimmt werden können, sondern dass sie in einem Teile der Fälle geradeaus genau so vielmal 24 Stunden entsprechen, als oben Tage angegeben wurden. Also das prodromale Stadium ist  $3 \times 24$  stündig, die Dauer des Ausschlages  $2 \times 24$  stündig, ja nach einigen der Beobachtungen halten sich die Masern genau an die Wende von 24 Stunden. Zur selben Tageszeit, an der die Infection erfolgte, zeigen sich die Prodrome, dann der Ausschlag und dann die Defervescenz.

MITTEILUNG AUS DER KLINIK FÜR NERVEN- UND GEISTESKRANKHEITEN DER KÖN. UNG. FRANZ-JOSEF UNIVERS. IN KOLOZSVÁR.

Director: Hofrat Professor DR. KARL LECHNER.

## Zur Kenntniss der Geschwülste an der Gehirnbasis.\*

Vom Assistenten DR. RUDOLF FABINYI.

Die Mitteilung des nachstehenden Falles dürfte wegen der Vielfältigkeit der durch die Geschwulst verursachten Erscheinungen, sowie wegen des Umstandes von Interesse sein, dass der Kranke drei Jahre hindurch beobachtet wurde.

Die 17 Jahre alte Patientin wurde am 11. Oktober 1902. aufgenommen, nachdem sie  $\frac{1}{2}$  Jahr früher am rechten Ohre taub, dann von heftigen Kopfschmerzen und Schwindel heimgesucht wurde. Vor einigen Wochen trat Strabismus converg. o. s. auf, das Sehvermögen nahm zuerst am linken, dann im temporalen Teile des Gesichtsfeldes am rechten Auge ab. Zwei Monate vorher wurde Stauungspapille und beginnende Atrophie der Sehnerven beiderseits diagnostiziert.

*Status praesens.* Strabism. converg. und nach Augenbewegungen Nystagmus. Amaurose links; rechts besteht geringes Sehvermögen im nasalen Teile des Gesichtsfeldes. Rechte Pupille mittelweit, reagiert gut, linke etwas enger, reagiert direct, consensuell und auf Accomodation träger. Rechtes Ohr vollkommen taub. Ständige Kopfschmerzen teils in der Stirngegend, teils im Nacken. Stimmung gedrückt, Furchtgefühl; häufige Hallucinationen. Erinnerungsvermögen, Orientierung, Urteil u. s. w.

\* Nach einem Vortrage gehalten in der ärztlichen Fachsitzung des Erdélyer Museum-Vereines am 9-ten December 1905.

normal. Oberflächliche und tiefe Reflexe etwas gesteigert; cerebellare Ataxie.

*Verlauf.* Verfall des Sehvermögens; am 9. ten November plötzlich vollkommene Trigemiuslähmung, am 23. ten November Glossopharyngeuslähmung. Die am 28/XI. vorgenommene Lumbalpunktion zeigt, dass der Druck im Wirbelcanal kaum erhöht ist; das gewonnene Serum ist vollkommen rein, frei von fremden Bestandteilen.

Um diese Zeit wurde Patientin im Vereine vorgestellt, damals konnte über den Sitz der Geschwulst keine positive Diagnose gestellt werden, da aus der Mannigfaltigkeit der Symptome ausser auf eine Geschwulst im rechten Teile des kleinen Gehirns, eventuell auf eine zweite an der linken Seite des Chiasma liegende Geschwulst geschlossen werden durfte.

*Weiterer Verlauf.* Heftige Kopfschmerzen dauern an. In den ersten Tagen Decembers zeitweilig Zuckungen in den vom linken Facialis innervierten Muskeln, desgleichen können clonische Krämpfe in der Musculatur der Extremitäten beobachtet werden. Beginnender Exophthalmus, links bedeutender. Am 10. März wird der rechte Facialis vollkommen gelähmt. Am 2. April neuroparalytische Keratitis rechts. Gesichtshallucinationen dauern fort. Beide Pupillen maximal erweitert, starr. Beide Augen strabieren nach innen. Im August wird sie am rechten Ohre schwerhörig. Im Monate Sept. schreckt sie wiederholt aus dem Schläfe auf, schreit; ihre Sprache ist bei dieser Gelegenheit dysarthritisch. Früh erinnert sie sich auf nichts; häufiges Erbrechen. Mitunter Zwangsbewegungen nach rechts. Im April 1905 zeigt die Psyche sich vollkommen verändert; Patientin ist vollkommen kindisch, dement. Im November treten Schling- und Atembeschwerden auf. Dyspnoe; Puls beschleunigt, schwach. Am 10. November ist die Dyspnoe äusserst schwer, Puls beschleunigt, unregelmässig. Am 11. November Nachts Exitus lethalis bei vollkommener Bewusstlosigkeit.

*Sectionsbefund.* Beim Hervorziehen der Pons wird sogleich eine Geschwulst sichtbar, die zum grössten Teile unter dem rechten Tentorium cerebelli liegt. Die Geschwulst ist durch die untere Fläche der rechten Kleingehirnhemisphaere, durch die

rechte Seite des verlängerten Markes, durch die rechte Seite der Pons und durch die mediale Fläche des rechten Schläfenlappens begrenzt. Von unten besehen ist die Basis der Geschwulst annähernd dreieckig, mit abgestumpften Spitzen; im ganzen ist sie etwas platt. Umfang der Geschwulst: von vorne nach rückwärts 6—7 cm., von rechts nach links 6 cm., ihre Dicke rückwärts 2, vorne bei  $3\frac{1}{2}$  cm. Die Geschwulst wird zum grössten Teile von einer glatten, durchscheinenden, faserigen Kapsel eingehüllt: Farbe grau-braun, mit grösseren oder kleineren roten Flecken. Ihre Oberfläche gelappt, ihre Consistenz kommt etwa der eines Muskels gleich.

Durch die Geschwulst hatte hauptsächlich die rechte Hemisphaere des Kleingehirnes gelitten; dieselbe nimmt den Platz des Lobus cuneiformis, der Tonsille und zum Teile des Vermis ein. Die parallel verlaufenden Gyri der rechten Kleingehirnhemisphaere ziehen sich stellenweise gleichsam auf die Ränder der Geschwulst, ohne dass sie mit dieser in Verbindung ständen. Das Infundibulum ist verdünnt, die Corpora mamillaria platt gedrückt, zu grauen Gebilden verwandelt. Beide Sehnerven-Tractus, das Chiasma und die Sehnerven erscheinen als graue bandförmige Gebilde. Von der Geschwulst erscheinen der rechte Trigemini, der rechtseitige Abducens, der Facialis und der Acusticus der nämlichen Seite bedeutend zusammengedrückt.

Beim Einschneiden zeigt sich die Geschwulst als ziemlich solid, sie ist genug blutreich und fein gekörnt. Die Körner sind in guirlandartigen Reihen geordnet, die Reihen mittels gefässreichen Bindegewebes von einander getrennt. Mit dieser seiner convolutförmigen Structur erinnert der Tumor an ein plexiformes Angiosarkom.

*Pathohistologischer Befund.* Der Hauptmasse nach besteht die Geschwulst aus schmalen, langen, spindelförmigen Zellen, die zum grössten Teile in Bündeln geordnet sind; die Zellkerne stehen eigentümlicherweise beinahe immer in gleicher Höhe, sind stäbchenförmig, mit abgerundeten Enden. Mitosen sind keine sichtbar. Blutgefässe sind im ganzen nicht zahlreich, in ihrer Umgebung zwischen den bindegewebigen Geschwulstzellen an mehreren Stellen Spuren von frischen Blutungen.



Der pathohistologische Befund der Geschwulst entspricht demnach jener Geschwulstform, die LEBERT als Tumor fibroplasticus, und WALDEYER später als plexiformes Angiosarkom bezeichnete. Sie ähnelt, unter den in der Literatur beschriebenen Geschwülsten übrigens auch dem Tumor GUERARD'S. Diese Geschwulst lag im rechten Ventrikel und schien aus dem Plexus chorioideus auszugehen. In unserem Falle dürfte auch der Plexus den Ausgangspunkt gebildet haben und zwar nach der Einteilung der Geschwulst zwischen die rechte Hemisphäre des kleinen Gehirnes und dem verlängerten Mark und nach der convolutartigen Structur geurteilt, müssen wir den Ausgangspunkt im rechten Plexus chorioideus des vierten Seitenventricels suchen.

Die bei der Lebenden beobachteten Erscheinungen lassen sich aus der Grösse und Lage der Geschwulst leicht erklären. Die Lähmung des Gehörnerven, ging, wie in ähnlichen Fällen häufig beobachtet, auch in unserem Falle der Lähmung der übrigen Gehirnnerven weit voraus.

Am schwierigsten lässt sich die frühzeitige Lähmung der beiden äusseren, geraden Augenmuskeln erklären. Aus den Schnitten der nach NISSL gefärbten Abducenskerne gefolgert, müssen wir die Lähmung eher centralen Ursprunges halten; nachdem aber die Veränderungen beiderseits die gleichen waren, sind wir nicht imstande eine Erklärung für die früh vorausgegangene Lähmung des linken Abducens zu geben.

Die in den letzten Tagen aufgetretenen Vago-accessorius und Hypoglossuslähmungen finden ihre Begründung mutmaasslich im Drucke des verlängerten Markes in toto. Erscheinungen von Seite des kleinen Gehirnes in Form starken Schwindels, Zitterns, cerebellarer Ataxie hielten bis zum erfolgten Tode an.

Auffallend ist es zweifellos, dass Erscheinungen von Seite der Schenkeln der Pons, des verlängerten Markes und des kleinen Gehirnes, obgleich diese Gehirnteile einem ganz bedeutenden Drucke ausgesetzt waren, kaum beobachtet wurden.

Ausser den oben erwähnten Bewegungsstörungen, als clonische Krämpfe der Extremitäten, Asthenie in der Musculatur des rechten Armes und Fusses, zeigten sich wie ebenfalls gesagt

wurde, einigemale Zwangsbewegungen, die Patientin in stehender Stellung ausführte. Diese Erscheinung müssen wir von einer Laesion des Brachium cerebelli ad pontem des kleinen Gehirnes herleiten.

Der gesteigerte intercranielle Druck (bedeutende Stauungspapille, die Fingereindrücke an der Innenfläche des Schädeldaches u. s. w. ist durch die Grösse und die Lage der Geschwulst zur Genüge begründet. Die Erschwerung des Blutabflusses infolge Druckes auf die Sinuse, der Verschluss des Aquaeductus Sylvii, und das Platzgreifen der Geschwulst, also rein mechanische Gründe, geben hinreichende Erklärung für das Zustandekommen des chronischen Gehirndruckes.

Es scheint demnach, dass die neueren Theorien, welche zur Erklärung des Zustandekommens des Gehirndruckes aufgestellt wurden (REICHHARDT), so: dass die durch die Geschwulst ausgeschiedenen chemischen Producte (Toxine) mit ihrer Wirkung auf das Gehirn, die Druckerhöhung hervorbrächten, nicht in jedem Falle unentberlich sind. Dagegen dürften jene Bewusstlosigkeits Zustände, die sich bei der Patientin wiederholt einstellten und während welcher auch die erwähnten Zwangsbewegungen beobachtet wurden, doch mit mehr Wahrscheinlichkeit in der Geschwulst, oder in den durch Einwirkung derselben producierten Toxine oder Zersetzungsproducten, als in dem gesteigerten Hirndruck ihre Ursache haben.

---

Director: Dr. KOLOMANN BUDAY o. ö. Professor.

## Daten zur Entstehung der Vaguspnemonie.\*

Von Dr. ERNST FÉLEGYHÁZI, II. Assisent und  
Dr. DESIDERIUS POTOCZKY, Praktikant.

Die Art der Entstehung der Vaguspnemonie war bis zum Ende der siebziger Jahre eine der am meisten discutierten Fragen. Bald bestätigte der eine Autor die Beobachtungen des Anderen, bald versuchte er sie zu wiederlegen und es kann daher nicht Wunder nehmen, dass geradeaus entgegengesetzte Anschauungen in der Literatur auftauchten.

Im Jahre 1876. legte FRIEDLÄNDER der hauptsächlich die Pnemonie nach Durchschneidung der nn. recurrentes zum Gegenstand seiner Studien machte, die Ergebnisse seiner Beobachtungen und Versuche in folgenden Sätzen nieder:

1. Die Erkrankung beginnt mit Hyperaemie und Oedem, das entweder verschwindet oder

2. in das Stadium der roten Hepatisation übergeht. Diese kann ebenfalls heilen oder aber

3. sie tritt in das Stadium der grauen Hepatisation, die innerhalb der zwei ersten Wochen beginnt und entweder resorbiert wird, oder in Atelektasie übergeht, häufig jedoch Monate hindurch bestehen bleibt.

4. In manchen Fällen stellt sich kleinzellige graue Hepatisation ein, die schon nach 10 Stunden beginnt und in den ersten Tagen weiter greift. Er erwähnt ferner, das er an verschiedenen Stellen der Luftwege fremde Substanzen, besonders Pflanzenzellen, Mundepithel und Mikroorganismen gefunden

\* Nach einem Vortrage gehalten in der ärztlichen Fachsitzung des Erdélyer Museum-Vereines am 24. März 1906.

habe, bei der Beschreibung seiner histologischen Schnitte spricht er nirgends über Bakterien.

FREY fand, dass Säugetiere nach Durchschneidung beider Vagi an lobulärer Bronchopneumonie rasch zugrunde gehen, diese wird infolge der gleichzeitig im Verdauungstracte entstandenen Parese, durch den aus dem gelähmten Larynx in die Luftwege gelangten Speichel verursacht. Bewiesen wird dies durch den Umstand, dass bei allen diesen Tieren in den Lungen stets Speichel, zuweilen Speisereste gefunden werden, dass durch Fernhalten dieser Schädlichkeiten der Entzündung vorgebeugt werden kann, dass von den übrigen in Betracht kommenden Momenten keines eine Erkrankung der Lungen hervorruft und dass schädlicher Speichel in die Lunge gebracht Bronchopneumonie verursacht, während die Speisereste an und für sich anderweitige Erkrankung bedingen.

Diese und die Beobachtungen Anderer zeigen zur Genüge, dass die Entstehung der Vaguspneumonie vom bakteriologischen Gesichtspunkte aus kaum hinreichend studiert ist. Unsere Untersuchungen sollen diese Frage vom histologischen und bakteriologischen Standpunkte aus beleuchten. Hauptsächlichliches Gewicht legten wir darauf, welche Rolle den Bakterien in der durch Durchschneidung der Vagi entstandenen Pneumonie zukommt, wo und welche Bakterien hier vorkommen und in welchem Stadium der Erkrankung.

Die Versuche wurden an Kanninchen in tiefer Aethernarkose vorgenommen. Unmittelbar unter dem Kehlkopfe führten wir einen 2–3 cm. langen Schnitt und in diesem suchten wir den zu durchschneidenden Nerv auf. Die Durchschneidung der Nerven wurde auf verschiedene Weise combinirt u. zw. 1. Durchschneidung des einen Vagus. 2. Vagus der einen, N. recurrens der anderen Seite. 3. Nerv. laryngeus superior beiderseits. 4. N. recurrens beiderseits. 5. Durchschneidung oder Unterbindung des Vagus beiderseits.

Es folgen nunmehr die genauen Beschreibungen der einzelnen Versuche, welche zu folgenden Schlüssen führen.

1. Bei Durchschneidung des Vagus nur einer Seite entwickelte sich in keinem Falle eine Pneumonie. In diesen Fällen bleibt die Function des anderen Vagus unbeeinträchtigt und so

treten keine derartigen Störungen auf, die zu Aspiration, langsamer Herzaktion und infolge dessen zu Lungenoedem Anlass geben würden.

2. Die Durchtrennung des Nerv laryngeus superior beiderseits verursachte ebenfalls keine Schluckpneumonie.

3. Nach Durchtrennung der beiden Nervi recurrentes, fanden sich bei zwei Fällen kaum irgendwelche Veränderungen in der Lunge, beim 3-ten Fall, wo wir das Versuchstier schon nach 24 Stunden töteten, zeigten sich aber ausgesprochene Veränderungen, hauptsächlich um die kleinen Bronchien herum und im 4-ten Falle fanden wir die schwerste Pneumonie von sämtlichen Beobachtungen. Es bestanden ausgebreitete Blutungen und Nekrose und überdies noch eine fibrinöse Pleuritis.

Nach Durchschneidung der beiden Nervi recurrentes tritt also nicht in jedem Falle Pneumonie auf und nur ein gewisses Percent der Versuchstiere geht an dieser zugrunde.

4. Nach Durchschneidung des Vagus auf beiden Seiten gehen sämtliche Versuchstiere schon innerhalb  $1\frac{1}{2}$  Tagen zugrunde. Die Pneumonie wird durch zwei Umstände zu einer besonders schweren, durch die Lähmung des Oesophagus und durch die gesteigerte Inspiration. Nur ein Versuchstier bei dem wir eine Oesophagusfistel anlegten, lebte  $3\frac{1}{2}$  Tage.

Interessant ist auch das Verhalten der Körpertemperatur nach beiderseitiger Vagusdurchschneidung. Die Temperatur sinkt allmählig von  $39.2^{\circ}$  auf  $29.7^{\circ}$ .

Die *Sectionsbefunde* sind sehr verschieden. In einzelnen Fällen fanden wir nur Hyperaemie und Oedem in den Lungen. In den Luftwegen zumeist mit Bakterien vermischte Pflanzenteile und Epithelzellen nebst den Erscheinungen von Kehlkopf — Luftröhren — und Bronchialkatarrh. Lebt das Tier länger, so greift die Entzündung von den Luftwegen auf das Lungengewebe über. In der Lunge tritt die Entzündung zuerst um die kleinen Bronchien herum auf, in Form der lobulären Pneumonie. Die pneumonischen Herde können mit Haemorrhagien umgeben sein, die später nekrotisch zerfallen.

Alle diese Veränderungen sind im vorderen Teile der oberen Lappen am ausgeprägtesten, was sich durch die Körperstellung der Versuchstiere erklären lassen dürfte.

*Histologische Untersuchungen.* Wir fanden, dass bei den nach 4 Stunden getöteten Tieren nur einige Bakterien nebst geringer Auswanderung von Leukocyten vorhanden waren. Bei nach 7—8 Stunden getöteten Tieren gab es schon etwas mehr Bakterien, höhergradige Hyperaemie und Leukocytenauswanderung, in den Alveolen Exsudat und Fibrinausscheidung. In den 15 stündigen Fällen ist überdies die Bronchitis und Bronchiolitis auffallend, in den Bronchien viel Pflanzenteile und Bakterien. In 15—18 stündigen Fällen ist die Bronchitis noch weit ausgeprägter, die Bakterien wuchern in die Wände der Bronchien und Alveolen hinein. In der Lunge erreicht die Entzündung ihren Höhepunkt, ja an Stellen, an welchen die Bakterien zahlreich sind, beginnt schon Nekrose. In einzelnen Leukocyten konnten Bakterien nachgewiesen werden. In den 25—30 stündigen Fällen fällt es auf, dass Bakterien und Pflanzenteile nicht immer zusammen sind. In einzelnen Alveolen finden sich die Bakterien in nahezu Reinculturen, während Bakterien mit Pflanzenteilen gemischt mehr in den grösseren Bronchien gefunden werden.

Die *Bakterien* sind die nämlichen, die in der Mundhöhle des Kännchen und in verschiedenen Teilen der Luftwege auch unter normalen Verhältnissen vorhanden sind. Im allgemeinen dürfte es sich um eine *Mischinfection* handeln, denn es konnten beinahe in allen Fällen verschiedene Bakterien der Mundhöhle nachgewiesen werden. Doch waren bei den milderer Formen in den Alveolen mehr Kokken nachweisbar, während bei jenen Fällen, die in Nekrose übergingen, hauptsächlich die dickenlangfädigen Bakterien gefunden wurden, in einzelnen Alveolengängen in vollkommener Reincultur.

Die *Ursache der Vaguspneumonie* lässt sich also auf die Aspiration der dem Speichel beigemengten und teilweise Pflanzenteilen anhaftenden verschiedenen Bakterien zurückführen, infolge der vielfältigen Lähmungen, die durch die Durchschneidung der N. vagi und N. recurrentes bedingt sind.

Es scheint, dass gerade den Bakterien die Hauptrolle im Hervorrufen der Pneumonie zukömmt, deren Schwere stets mit der Menge der Bakterien Schritt hielt.

---

## Modification des Blutkörperchen-Zählens.\*

Von Professor DR. JOSEF LÖTE.

Das Wesen der Modification besteth darin, dass das Abmessen des Blutes und der Verdünnungsflüssigkeit gesondert erfolgt. Zur Aufnahme des Blutes dient als ständiges Maass ein kurzes Capillargefäss aus Glas, das wir uns selbst leicht anfertigen können und so wählen, dass seine Länge beiläufig 10 mm., sein Inhalt genau 10 mm.<sup>3</sup> betrage. Der Rauminhalt kann übrigens auch ein anderer sein, doch muss derselbe ein für allemal ganz genau bestimmt werden, da der Grad der Verdünnung ohnehin durch Veränderung des Verhältnisses der Verdünnungsflüssigkeit nach Belieben geregelt werden kann. Wenn dieses kurze Capillarröhrchen mit seinem einem Ende an den Blutropfen gebracht wird, so füllt es sich häufig sogleich von selbst; hierauf warten wir aber gar nicht, sondern saugen mit einer durch die Glasröhre reichenden gestielten Nadel in einem Augenblicke das Röhrchen an, entfernen die Nadel rasch, nehmen das Röhrchen vom Blutropfen weg und werfen dasselbe sammt Inhalt in das die Verdünnungsflüssigkeit enthaltende Gefäss.

An Stelle der THOMA'schen und HAYEM'schen Verdünnungslösung bedienen wir uns der folgenden Lösung: Hydrarg. bichlorat. 0·25, Natrii chlor. 0·75, Aquae destillat. 100·00. In dieser Flüssigkeit halten sich die Blutkörperchen selbst Monate hindurch ohne nennenswerte Veränderung.

Das Verfahren ist nachstehendes. Mit einem in Zehntel Cubikcentimeter getheilten Heberrohr bemessen wir die Verdünnungsflüssigkeit und bringen sie in ein entsprechendes Gefäss,

\* Nach einem Vortrage gehalten in der medizinischen Section des Erdélyer Museum-Vereines am 28. April 1906.

etwa in einen kleinen Mischcylinder. Sodann ergreifen wir mit einer Pincette das Blutsaugeröhrchen, füllen es auf oben beschriebene Weise an, werfen es in das Gefäss und schütteln dasselbe. Nun wird mittelst einer Oese von entsprechender Grösse der Mischung ein Tropfen entnommen, in die Kammer der Zählobjectplatte gebracht und dann zugedeckt. Dass das Ergebniss des Zählens ein ganz verlässliches sei, müssen sämtliche Blutkörperchen in allen 400 Teilen des Quadratmillimeters gezählt werden. Auf diese Weise erhalten wir den Blutkörpergehalt einer 0.1 mm. dicken, verdünnten Blutschichte in der Ausdehnung eines Quadratmillimeters. Dieser Wert zehnmal genommen und mit dem Grad der Verdünnung multipliciert ergibt den Blutkörpergehalt des unverdünnten Blutes der Raumeinheit.

Zur Erleichterung des Abzählens und zur Sicherung des Ergebnisses zeichnen wir uns das am Boden der Zählkammer gravierte Liniennetz der Quadratmillimeter, vergrössert auf ein Blatt Papier. In dieses Netz schreibt der Gehilfe die Zahl der Blutkörperchen in der Reihenfolge ein, in welcher sie der Untersucher ansagt. Dass die Zählplatte einem beweglichen Objecttischchen aufliegt ist selbstverständlich. Das Zählen kann ohne weiters für einige Zeit aufgeschoben werden, dies ändert an dem Resultate nichts.

---



## Ueber die Radicaloperation des Nabelbruches nach Mayo.\*

VOM PROFESSOR DR. LUDWIG MAKARA.

Nachdem es selten gelingt den Nabelbruch mit Bruchbändern zurückzuhalten und nachdem diese Brüche zu vielen Unbequemlichkeiten Anlass geben, ihre Incarceration häufig ist, kann die heute schon allgemein angenommene Regel, die Radicaloperation bei Erwachsenen so rasch als möglich vorzunehmen, nur gebilligt werden.

Die Aussichten auf Heilung solcher kleiner, beizeiten radical operierter Nabelbrüche sind durchaus gute, bei grossen, angewachsenen Nabelbrüchen mit grosser Bruchpforte liegen die Verhältnisse schon nicht so günstig.

Die Zahl der empfohlenen Radicaloperationen ist eine ansehnliche; sie können in 4 Gruppen geteilt werden: 1. Einfache Pfortnähte. 2. Schichtweise Bauchwandnähte ohne Excision, oder nach Excision des Bruchringes, oder überdies Nähen verschiedener Schichten nach verschiedener Richtung, dass die Nähte nicht übereinander zu liegen kommen. 3. Plastische Operationen mit Lappen aus *a)* der Scheide des Rectus, *b)* aus den Recti und *c)* mit Lappen aus beiden. 4. Heteroplastische Operationen mit feinem Drahtgitter.

Zur Operation grösserer Nabelbrüche halte ich das MAYO'sche Verfahren für das entsprechendste, das folgenden Verlauf nimmt: 1. Umschneidung der Haut oberhalb des Bruches, ohne

\* Nach einem Vortrage gehalten in der medizinischen Section des Erdélyer Museum-Vereines am 3. November 1906.

Eröffnung des Bruchsackes. 2. Ausschälen des ganzen Bruchsackes, Aufpraeparieren des subcutanen Fettgewebes von der Scheide des Rectus um den Hals des Bruchsackes in einer Ausdehnung von 4—5 centimeter. Sodann wird neben dem Bruchring bis zur Bauchhöhle eingeschnitten und der faserige Bruchring ausgeschnitten. 3. Nach Reponierung des Bruchinhaltes trennen wir das Bauchfell von der hinteren Fläche der Bauchwand, in einer Ausdehnung von 4—5 centimeter um den Wundrand herum ab. 4. Die runde oder querovale Öffnung an der Stelle der Bruchpforte wird nun zu beiden Seiten in einer Ausdehnung von 3—4 centimeter der ganzen Dicke nach erweitert. 5. Vereinigung des Bauchfelles mit Seidennähten. 6. Mit Draht-Matratzennaht wird der untere Lappen der Bauchwandmuskeln unter den oberen Lappen gezogen, wodurch die Bauchwand im Bereiche der Wunde verdoppelt wird.

Dies ist der wichtigste Teil der Operation. Zum Nähen verwenden wir starken Silber-oder Aluminiumbronze-draht. Die Naht läuft im oberen Lappen 4 cm. vom oberen Wundrande von aussen nach innen, im unteren 7 mm. vom Wundrande entfernt von innen nach aussen, dann 1 cent. nach auswärts von aussen nach innen im unteren, von innen nach aussen im oberen Lappen. Ähnliche Nähte werden 3—5 angelegt. Die Nähte ziehen den unteren Lappen 3—4 cm. unter den oberen, wir erhalten also an Stelle der bestandenen Öffnung verdoppelte Bauchwände. 7. Schliesslich werden die Hautlappen durch tiefe und oberflächliche Nähte vereinigt. Patient liegt 3 Wochen mit Kniepolster und gehobenen Schenkeln.

Den Hauptvorteil der Operation sehe ich darin, dass die Fascien- und Muskel-lappen der Fläche nach übereinander kommen, mit breiter Wundfläche sich vereinigen, eine Lücke bleibt zwischen ihnen nicht bestehen und kann auch nicht entstehen. Ein zweiter wesentlicher Teil der MAYO'schen Operation ist die quere Vereinigung der Rectusscheiden.

In den beiden von uns operierten Fällen, wichen wir von dem oben kurz beschriebenen Gange der Operation nur insofern ab, als wir das Bauchfell von der hinteren Rectusscheide nicht lösten, sondern die hintere Rectusscheide freimachten und

mit dieser zusammen die Wunde des Bauchfells vereinigten. Das blosse Bauchfell reisst nämlich bei einer grösseren Wundöffnung wegen grösserer Spannung leichter durch.

Beide Fälle heilten per primam. Aus diesen lässt sich allerdings noch kein Schluss auf radicalen Erfolg ziehen, dazu ist die verstrichene Zeit zu kurz, doch ist das Bild, das ich während der Operation von den Verhältnissen erhielt ein derartiges, welches mich diese Operation über die anderen Radicaloperationen der Nabelbrüche stellen lässt.

## Ueber den Verschluss der Venae hepaticae.\*

VON DR. KOLOMAN BUDAY O. Ö. UNIV. PROFESSOR.

Bei einem zwei Jahre alten Kinde, bei welchem wegen der bestandenen hochgradigen Bauchwassersucht an eine aus interstitieller Leberentzündung entstandenen Schrumpfung gedacht werden konnte, stellte sich gelegentlich der Obduction als Ursache der Bauchwassersucht der Verschluss der Venae hepaticae heraus, eine Erkrankung also, über welche in der Literatur nur eine sehr geringe Anzahl von Mitteilungen erschien und deren Ursprung bisher noch undurchdringliches Dunkel deckt.

Die erschienenen Mitteilungen betonten es ausdrücklich, dass die selbständigen Verschliessungen der Sammelvenen der Leber klinisch äusserst schwer von der körnigen Leberschrumpfung zu unterscheiden sind und wurde nahezu ausschliesslich jeder Fall erst gelegentlich der Obduction erkannt. Die erste Mitteilung stammt von BUDD noch aus dem Jahre 1846 und seit dieser Zeit wurden beiläufig 21 weitere Fälle mitgeteilt.

Unter diesen Arbeiten kommt der Arbeit CHIARI's<sup>1</sup> die grösste Bedeutung zu, der selbst 3 Fälle untersuchte und auf Grund dieser als Erster hervorhob, dass die Verschliessung der Sammelvenen der Leber als selbständige Erkrankung mit charakteristischem Bilde und Verlaufe auftreten kann. Die später erschienenen Arbeiten bestätigten in vieler Hinsicht die Befunde CHIARI's, so dass das Bild der Erkrankung heute als ein bis zu einem gewissen Grade festgestelltes angesehen werden darf.

\* Nach einem Vortrage gehalten in der ärztlichen Fachsitzung des Erdélyer Museum-Vereines am 16. Dezember 1905.

<sup>1</sup> Ueber die selbständige Endophlebitis obliterans der Hauptstämme der Venae hepaticae als Todesursache (ZIEGLER's Beiträge zur path. Anatomie 26).

Die Anfangserscheinungen bestehen zumeist in Unterleibschmerzen, zu denen sich allmählig Bauchwassersucht gesellt. Leber und Milz werden grösser. Die Erscheinungen werden nicht selten rasch schwere und es tritt mitunter schon nach 3—4 Wochen, ja selbst früher nach den ersten Erscheinungen in folge der ausserordentlich hochgradigen Bauchwassersucht der Tod ein. Bei der Obduction fehlen dann die gewohnten Zeichen der körnigen Schrumpfung, dagegen zeigt die mehrweniger vergrösserte Leber alle Zeichen der hochgradigen Stauung und der Grund dieser Stauung lässt sich nicht in irgend einer Erkrankung der Lungen oder des Herzes, sondern in der hochgradigen Verengung beziehungsweise im vollständigen Verschlusse der Sammelvenen der Leber finden. Die Veränderung betrifft hauptsächlich die unmittelbar in die Vena cava inferior mündenden Stämme. Wodurch dies veranlasst wird darüber gehen die Meinungen der verschiedenen Autoren stark auseinander.

Bevor wir in eine Auseinandersetzung der verschiedenen Meinungen eingehen würden, möge unser Fall kurz beschrieben werden:

Am 10. Oktober 1905. wurde ein 2 Jahre altes, schwerkrankes Kind an die interne Klinik gebracht, das am nächsten Nachmittage verstarb. Es war 2 Wochen vorher ziemlich plötzlich erkrankt, zuerst schwoll der Bauch, dann die Füsse an. Atmung rasch, oberflächlich; Herzdämpfung klein; Bauch hochgradig ausgedehnt, durch die Haut schimmern ausgedehnte Blutgefässe durch. Harn rein, enthält keine fremden Bestandteile.

Beim Kranken stellt sich am nächsten Tage plötzlich hochgradige Cyanose ein, die Atmung setzt aus. Die rasch vorgenommene Punction entleert bei 6 L. Flüssigkeit, doch kommt der Kranke trotz künstlicher Atmung und faradischer Reizung der Herzgegend nicht mehr zu sich und es tritt bei-läufig  $\frac{1}{2}$  Stunde nach Beginn des Aussetzens der Atmung der Tod ein. *Klinische Diagnose*: Hepatitis chronica? Ascites. Anasarka.

Section am nächsten Vormittag. Herz scheint etwas kleiner, Klappen gesund. Lungen blutreich entleeren beim Einschneiden ziemlich viel feinblasigen Schaum. Die Nieren sind

dunkel-bläulich, von normaler Grösse; ihre Oberfläche glatt. Leber wiegt 450 gm. ist etwas grösser als normalerweise; Oberfläche uneben, jedoch nicht körnig. Schon beim Ansehen fällt die bläuliche Färbung und die muskatnussartige Zeichnung auf. Die eingezogenen Stellen sind besonders dunkel. Beim Einschneiden zeigt sich ebenfalls die durch die hochgradige Stauung bedingte muskatnussartige Zeichnung. Die stärker geschrumpften eingezogenen Stellen sind dunkel blau-roth, während ein relativ grösserer Teil der Lebersubstanz lichter, blass, gelb-grau ist und hier sind die etwas vergrösserten Leberläppchen gut erkennbar. Um letztere ist nirgend eine Vermehrung des Bindegewebes zu bemerken.

Der grösste Teil der in den Mittelpunkten der eingezogenen Stellen befindlichen Sammelvenen ist verstopft u. zw. durch blassrote, bei stärkerer Pigmentierung braunrote, eventuell gelblich braune, zum Teile organisierte, ja selbst vaskularisierte Thromben, so dass ein Teil der Venen vollkommen undurchgänglich ist; andere sind nur dadurch verengt, dass sich ihrer Wand halbmondförmig oder ringsum eine blassrote, bindegewebige Schichte anlegt. Die Vena cava ist unverändert, dagegen zeigen die Öffnungen der in sie mündenden Sammelvenen augenfällige Veränderung. So ragen an der Einmündungsstelle der unteren kleineren Sammelvenen mohnkorn- bis hirsekorn-grosse, warzenförmige Gewächse in die Vena cava hinein. Die Einmündungsstelle der linken oberen grösseren Sammelvene ist nur durch eine blind endende trichterförmige Einziehung angedeutet, während die rechte grosse Sammelvene an ihrer Mündung ausserordentlich eng ist, kaum für eine Borste durchgängig. Das Ligamentum teres der Leber ist kleinfingerdick, oedematös und von Blutgefässen reich durchsetzt.

*Mikroskopischer Befund.* Die Leberzellen sind zum grössten Teile zugrunde gegangen; an den scheinbar gesünderen Teilen der Leber sind normale Leberzellentrabeceln sichtbar. Die in dem Mittelpunkte der Leberlappen verlaufenden kleinen Sammelvenen sind im Allgemeinen etwas erweitert und besitzen eine etwas verdickte Wand. Das Bindegewebe zwischen den Leberlappen ist nicht vermehrt. Die Zweige der Vena portae sind frei.

Die mittelgrossen und grossen Sammelvenen verschliesst ein faseriges Bindegewebe vollkommen, das in seinem äusseren Teile aus ziemlich lockeren und verhältnissmässig zellarmen feinen Fasern und spindelförmigen Bindegewebszellen besteht. Der innere mittlere Teil ist homogener, hier sind zahlreiche Pigmentschollen, weisse Blutzellen und zerfallende rote Blutkörperchen sichtbar. Bei bedeutenderer Vergrösserung sieht man feine elastische Fasern von der Gefässwand nach innen hinziehen.

In den Schnitten aus den Einmündungsstellen der Stämme der Sammelvenen, zeigt sich das Bindegewebe auffallend homogen und besitzt gedrungene bündelförmige Structur, auf die Art, das die verjüngten spindelförmigen Zellen nahezu alle nach einer Richtung streben. Pigmentschollen sind hier nur wenige. Bei Färbung auf elastische Fasern zeigt sich im verschliessenden Gewebe ein äusserst reichliches elastisches Fasergerüst, dessen dickere und dünnere Fäden mit derartiger Regelmässigkeit untereinander versponnen sind, dass das Gesamtbild eher der Wandpartie eines normalen Blutgefässes ähnlich ist.

Die Section und histologische Untersuchung machte es klar, dass die hochgradige Bauchwassersucht durch den verhinderten Rückfluss des Blutes der Leber bedingt war und das Hinderniss lag einzig und ausschliesslich in der Verstopfung und im narbigen Verschluss der Sammelvenen. Auch das lässt sich nachweisen, dass der Verschluss in den peripheren Venen geringgradiger und jüngeren Ursprunges ist, als in den Stämmen in der unmittelbaren Nähe der Vena cava. Für den längeren Bestand des Leidens spricht die hochgradige Schrumpfung der Leber und der wohl entwickelte Collateralkreislauf. Ueber den eigentlichen Grund der Verstopfung ist es schwierig eine bestimmte Ansicht zu äussern. Viele Umstände sprechen wohl dafür, dass die Verstopfung der peripheren Sammelvenen durch Thromben bedingt war, diese Deutung kann jedoch auf das verschliessende Bindegewebe der Stämme der Sammelvenen keine Geltung haben.

Für syphilitischen Ursprung lassen sich auch keine bestimmten Beweise erbringen; die mit der Fläche der Intima con-

centrischen Auflagerungen, die gleichmässige Ausbreitung der elastischen Fasern und die entzündliche zellige Infiltration fehlt vollständig.

KRETZ<sup>1</sup> sucht die Ursache in Verletzungen der Gefässwand, wobei es schwer verständlich ist, weshalb sich beinahe sämtliche Venenstämme gleichzeitig verschliessen, wo die Verletzungen der Gefässwandungen doch umschriebener entstehen.

In unserem Falle konnten wir an einen ähnlichen Verschluss denken, wie wir ihn an den Ductus Botalli und den Nabelgefässen nach der Geburt entstehen sehen. Der histologische Befund scheint auch für einen solchen Verschluss zu sprechen. Es könnte angenommen werden, dass die Sammelvenen der Leber unter gewissen Verhältnissen einem gleichen Schicksale verfallen, wie die Sammelvene des Nabels; begünstigt könnte dies werden, durch eine zeitweilige Schwäche der Blutcirculation in der Leber, oder durch eine besondere anomale Structur der Lebervenen. Diese Annahme, die den Grund in einer Entwicklungsanomalie sucht bietet sich in unserem Falle mit Rücksicht auf das jugendliche Alter ganz von selbst. PENKERT<sup>2</sup> beobachtete den Verschluss der Lebervenen und einen ähnlichen Befund wie den unserigen bei einem 2 Jahre alten Kind und beruft sich auf die Mitteilung GEE's, der solche Veränderungen bei einem 17 Monate alten Kind sah.

Aus den bisherigen Beobachtungen ist es ersichtlich, dass der primäre Verschluss das gleiche klinische Bild veranlassen kann, wie der secundäre, die Möglichkeit der Auseinanderhaltung bietet die Obduction. Ob die primären Form alle auf gleicher Grundlage entstehen, lässt sich heute noch nicht entscheiden; zur endgiltigen Beurteilung ist die Frage bis jetzt noch nicht reif.

<sup>1</sup> Pathologie der Leber Lubarsch-Ostertag. Ergebnisse der allg. Path. und path. Anatomie VIII. 2. Abt. S. 499.

<sup>2</sup> Ueber idiopathische Stauungsleber (Verschluss der Vena hepatica) VIRCHOW Archiv 169.



## Mitteilung der in der Praxis des gerichtsarztlichen Institutes vorgekommenen und photographisch fixierten Fälle\*.

Vom Professor DR. BLASIUS KENYERES.

Es sollen der Reihe nach sämtliche bemerkenswertere photographische Aufnahmen des gerichtsarztlichen Institutes demonstriert- und mit den Röntgenaufnahmen begonnen werden.

In der gerichtsarztlichen Praxis wurde das Röntgenverfahren bei nachstehenden Fällen benützt und empfohlen:

1. Zur Unterscheidung des lebend- oder tot Geborensseins.
2. Zur Feststellung des eingetretenen Todes.
3. Zur Beurteilung von Körperverletzungen und ihrer Folgen, besonders in Fällen von Verletzungen von Knochen und Gelenken.
4. Zur Bestimmung des Alters.
5. Zur Aufsuchung von Fremdkörpern.
6. Zur Constatierung von Erkrankung und zur Entlarvung von Simulationen.
7. Zu Untersuchungen bezüglich der Schwangerschaft.
8. Zur Feststellung der Identität von Personen.

### 1. Unterschiede bei Aufnahme von lebend- und totgeborener Früchte.

Mit dem Durchleuchten der aus dem Brustkorbe entfernten Lungen befasste sich neben anderen Forschern, besonders *Otolenghi*.

Er fand, dass die Lungen Totgeborener ein ganz gleich-

\* Nach einem Vortrage gehalten in der medizinischen Section des Erdélyer Museum-Vereines am 5. Mai 1906.

mässiges, in der Mitte dunkles, structurloses Schattenbild geben, hingegen Aufnahmen der Lungen, die durch Atmung mit Luft gefüllt sind, nebeneinander hellere und dunklere Flächen aufweisen und gleichsam die Structur der Lungen erkennen lassen.

Auch bei der Durchleuchtung des unversehrten Brustkorbes zeigen sich Unterschiede. Bei Totgeborenen sind die Eingeweide der Brust- und Bauchhöhle in einem gleichmässigen Schatten, einzeln unerkennbar verschwommen, bei Lebendgeborenen dagegen sind die Schatten der Lungen, des Herzes, des Zwerchfelles, dann des mit Luft gefüllten Magen-Darmkanals von einander gesondert, gut sichtbar.

Da nun aber zum Ausführen dieser Durchleuchtung schwer transportable und kostspielige Einrichtungen nötig sind, da ferner das Verfahren dort, wo das Atmen nur schwach, oder nur teilweise erfolgte, wo also die Lungen blutreich, aber luftarm sind, oder wo kleine lufthältige Teile von grossen luftleeren Teilen überlagert sind, zumeist ganz im Stiche lässt, hat es für die gerichtsarztliche Praxis, wenig, oder gar keine Bedeutung.

Die dies bezüglich gemachten Aufnahmen sind auf Tafel I. und II. veranschaulicht.

I. Tafel 1. A. Brust und Bauchhöhle eines im 7-ten Monate der Gravidität Totgeborenen. Im Brustkorbe und der Bauchhöhle erkennt man keinerlei Umrisse der Eingeweide.

2. A. Röntgenaufnahme der Brust und des Bauches eines reifen Lebendgeborenen am 4-ten Tage nach der Geburt. Im Brustkorbe geben die Lungen einen weniger dunklen Schatten weshalb das dunklere Schattenbild des zwischen diesen liegenden Herzes gut sichtbar wird. Gut sichtbar ist ferner das gleichmässige Schattenbild von grösserer Ausdehnung der Leber rechts (am Röntgenbilde tauscht die rechte, mit der linken Seite), ober dieser die Convexität des Zwerchfells; links fällt der Magen, unter diesem das Bild der Eingeweide auf.

3. A. Röntgenbild einer reifen, grösseren, durch Anbohrung des Schädels aus dem Uterus entfernten Frucht. Die Umrisse der Eingeweide sind nicht sichtbar.

4. A. Röntgenbild obiger Frucht, nach Einblasen von etwas Luft in die rechte Lunge. Vor dem Schattenbilde der Wir-

belsäule sieht man deutlich den Schatten des zum Einblasen benützten Gummischlauches. Bruch des rechten Oberarmes.

II. Tafel 5. A. Bild der obigen Frucht, bei der gelegentlich des Lufteinblasens, infolge Bronchial- oder Lungenruptur, Luft in die rechte Brusthöhle gelangte. Die rechte Lunge ist an die Wirbelsäule gedrückt, an den unteren Rändern ihres unteren Lappens ist der Luftgehalt in Form von lichterem Flecken sichtbar.

6. A. a) Lunge eines während der Geburt Decapitierten, mit einigen kleinen luftgefüllten Herden. Die lufthältigen Herde bilden lichte Flecken, stellenweise sind die zu ihnen führenden Bronchien sichtbar.

b) Lunge eines einige Wochen alten Neugeborenen, mit vollkommener Atmung. Die mittleren Parthien, wo das Lungengewebe dichter ist geben ein dunkleres, die Ränder wo dieses dünn ist ein ganz liches Schattenbild.

7. A. Die lufthältige Lunge eines Erwachsenen; in der Mitte die Verzweigung der Bronchien.

8. Bild. 1. A. Luftleere Lunge eines Totgeborenen; die dünneren Ränder sind lichter, der Schatten jedoch gleichmässig.

2. A. Lungenentzündung bei einem Säugling. Ein grosser Teil der Lunge ist luftleer. Im oberen Lappen lufthältige Herde; die zu diesen führenden Bronchien sind als weisse Linien sichtbar.

3. A. Lunge desselben Säuglinges in der die Lungenentzündung nur im Entstehen war.

## 2. Das Zeichen des Todes im Röntgenbilde.<sup>1</sup>

Nach de BOURGADE'S Angaben zeigen die Thoraxaufnahmen Lebender und Toter auffallende Unterschiede. Bei Toten erscheint das Herz und das Zwerchfell scharf begrenzt, bei Lebenden sind die Grenzen beider verschwommen. Diese Unterschiede bestehen tatsächlich und finden ihre Begründung darin, dass

<sup>1</sup> Nach einem Vortrage gehalten in der ärztlichen Fachsitzung des Erdélyer Museumvereines am 12. Mai 1906.

durch Atmung und Herzschlag die Grenzen genannter Organe ihre Stellung verändern, also während einer länger dauernden Exposition ein verschwommenes Bild geben müssen. Da die Durchleuchtung nur den Stillstand der Atmung und des Blutkreislaufes zu beweisen imstande ist, dies aber durch andere Untersuchungsverfahren ebenfalls ganz zweifellos festgestellt werden kann, kommt der Durchleuchtung als Beweis des eingetretenen Todes ebenfalls keine Bedeutung zu.

*Verzeichniss der Abbildungen* (III. Tafel):

1. Geatmete 2 und 3 nicht geatmete Lungen am 16. Tage der Fäulniss. Bei allen Lungen fallen die Ränder ziemlich scharf auf (Vergl. II. Taf. 6. A. wo gerade die Ränder verschwommen sind.)

4-te Fig. Lungen eines 18. Tage lang faulenden Neugeborenen (5.); in die rechte Lunge der frischen Leiche wurde etwas Luft eingblasen; Luft ist nur dort sichtbar, wo sie eingblasen wurde.

5-te Fig. Der Leichnam selbst am 18-ten Tage der Fäulniss. Ausgebreitete Luftbildung überall; trotzdem zeigt sich in den Lungen nur rechts (am Bilde links) dort Luft, wo sie eingblasen wurde; das Schattenbild der linken Lunge ist dunkel.

6-te Fig. Scharf gewölbter Zwerchfellrand, an der Aufnahme des Brustkorbes einer Leiche.

7-te Fig. Verschwommener Zwerchfellrand, an der Brustkorbaufnahme bei einem Lebenden.

### 3. Momentaufnahmen mittelst Röntgenstrahlen.<sup>1</sup>

Mit der von ROSENTHAL angegebenen Vorrichtung konnten bei einer äusserst kurzen Expositionsdauer tadellose Thorax-Schädel- und Beckenaufnahmen erzielt werden. Bei den Versuchen wurde eine Platin-Eisenröhre (ROSENTHAL) verwendet und die einseitig empfindlich gemachten Filme zwischen zwei Baryum-Platin-Cyanür Verstärkungsschirme gelegt. Die Expositions-

<sup>1</sup> Nach einem Vortrage gehalten in der ärztlichen Fachsitzung des Erdélyer Museum-Vereines am 6. Oktober 1906.

dauer betrug  $\frac{1}{5}$ —2 Secunden; 6 Secunden erwiesen sich bei einer Beckenaufnahme schon als zu viel. (Inducteur 55 cm., Röhrenabstand 60 cm. WENELT's Unterbrecher.)

*Verzeichniss der Abbildungen (IV. Tafel):*

1. Schädelaufnahme bei einer Expositionsdauer von  $1\frac{1}{2}$  Secunden.
2. Brustkorbaufnahme bei einer Expositionsdauer von  $\frac{1}{3}$  Secunde.

#### 4. Bedeutung der Röntgenstrahlen zur Bestimmung des Lebensalters.<sup>1</sup>

Die verlässlichsten Zeichen bei Lebensalterbestimmungen giebt der Zustand der Knochen. Die Untersuchungen des knöchernen Skelets und der Zähne kann am bequemsten mittelst Durchleuchtung vorgenommen werden; bei Lebenden kann überhaupt nur dieses Verfahren den Zustand der Knochen feststellen.

*Verzeichniss der Abbildungen:*

V. Tafel 1. Die Hand eines entwickelten Neugeborenen. In der Handwurzel keine Knochenkerne.

2. 5 Monate alter Säugling. In der Handwurzel zwei Knochenkerne.

3. Kind nach vollendetem zweiten Lebensjahre. Die beiden Knochenkerne der Handwurzel sind grösser geworden; auch der Knochenkern am Ende des Radius ist aufgetreten.

4. Die Hand eines beiläufig 3 Jahre alten Kindes. Ausser den an obiger Abbildung sichtbaren Knochenkernen, zeigen sich solche an den distalen Enden der Mittelhandknochen und den proximalen Enden der Fingergliederknochen. Einzelne Gliederknochen besitzen noch keinerlei Knochenkerne.

5. Die Hand eines  $4\frac{1}{2}$  Jahre alten Kindes. Die Knochenkerne sämtlicher Mittelhandknochen und Fingergliederknochen sind vorhanden.

<sup>1</sup> Nach einem Vortrage gehalten in der ärztlichen Fachsitzung des Erdélyer Museum-Vereines am 10. November 1906.

6. Die Hand eines 9 Jahre alten Kindes; die Mittelhandknochen sind gut ausgebildet, ebenso die Knochenkerne des Handwurzelendes der Ulna und des Radius. Die Knochenkerne der Mittelhand- und Fingergliederknochen sind gross gewachsen.

7. Das Brustbein mit 3 kleinen Knochenkernen einer unreifen, im 6-ten Monate der Gravidität geborenen Frucht.

8. Das Brustbein mit 8 Knochenkernen eines 1 Jahre alten Kindes.

9. Das Brustbein eines 2 Jahre alten Kindes; Auftreten neuer Knochenkerne; Verwachsung der älteren.

VI-te Tafel 1. Ellenbogen eines 3 Monate alten Säuglings; kein Knochenkern.

2. Ellenbogen eines 14 Monate alten Kindes; ein Knochenkern.

3. Ellenbogen eines  $4\frac{1}{2}$  Jahre alten Kindes; Vergrösserung des Knochenkernes.

4. Weiterwachsen des Knochenkernes und Anpassung desselben an das Ende des Oberarmes. Knochenkernbildung im Ellenbogenende des Radius. 9 Jahre altes Kind.

5. Verwachsung des Knochenkernes mit dem Oberarm; Knochenkernbildung im Hacken des Ellenbogenknochens. 12 Jahre altes Kind.

6. Verwachsung des Kernes im Hacken des Ellenbogenknochens mit diesem selbst. Die Grenze der Verwachsung ist noch durch einem Einsprung angedeutet. 17 Jahre alter Knabe.

7. Vollkommen ausgebildetes Ellenbogengelenk.

8. Knie einer im 7 ten Monate der Gravidität geborenen Frucht. Keinerlei Knochenkern.

9. Knie eines reifen, gut entwickelten Neugeborenen, mit Verknöcherungskern am unteren Gelenksende des Schenkelknochens.

10. Knie mit 2 Knochenkernen eines 4 Monate alten Säuglings.

11. Knie mit 2 grossen Knochenkernen eines  $1\frac{1}{2}$  Jahre alten Kindes.

12. Fuss mit 2 Knochenkernen eines gut entwickelten Neugeborenen.

13. Fuss mit 3 Knochenkernen eines 4 Monate alten Säuglinges.

14. Fuss mit 4 Knochenkernen eines 5 Monate alten Säuglinges.

VII-te Tafel. Vollständig ausgebildeter Fuss und vollkommen ausgebildete Hand.

VIII-te Tafel. Unterkiefer von Kindern. Milchzähne und ständige Zähne in Reihe obereinander. — Unterkiefer eines beiläufig 50 Jahre alten Mannes. Der eine Weissheitszahn ist in der Alveole verblieben.

### 5. Die Bedeutung der Röntgenstrahlen bei Verletzungen der Knochen und Gelenke, mit Rücksicht auf die Entwicklungsanomalien und auf besondere Folgezustände der Verletzungen.<sup>1</sup>

Die Röntgenstrahlen werden auch jetzt noch besonders zur Untersuchung der chirurgischen Leiden der Knochen und zum Auffinden von Fremdkörpern verwendet. Der Gerichtsarzt nimmt sie ebenfalls hauptsächlich mit dieser Absicht in Anspruch. Nachdem diese Untersuchungen für die Gerichte gemacht werden, muss dahin gestrebt werden, die bei der Untersuchung gefundenen Verhältnisse tunlichst zu fixieren und jene Daten auf welche wir unsere Meinung aufbauen nach Möglichkeit anschaulich zu machen.

Es genügt also nicht die Untersuchung mit einfacher Durchleuchtung, sondern es werden von jedem einzelnen Falle photographische Aufnahmen gemacht und diese dem Vortrage beigelegt.

#### *Verzeichniss der Abbildungen.*

IX-te Tafel. 1. A. Verdoppelung des letzten Daumengliedes bei einem 26 Jahre alten Mädchen.

2., 3. A. Verdoppelung des letzten Daumengliedes mit gabelförmiger Teilung der Grundphallange.

4. A. Ueberzähliger Daumen bei einem 45 Jahre alten Mann.

5. A. Ueberzähliger Daumen bei einem 40 Jahre alten Mann.

<sup>1</sup> Nach einem Vortrage gehalten in der ärztlichen Fachsitzung des Erdélyer Museum-Vereines am 24. November 1906.

6. Ueberzählige kleine Zehe bei einem 2 Jahre alten Mädchen.

10., 11. Gabelförmig gespaltene Hand einer 37 Jahre alten Tagelöhnerin.

12. Intrauterine Verstümmelung der Hand bei einem 36 Jahre alten Mann.

13. Auffallend schwache Entwicklung des Ellenbogenbeines bei einem 24 Jahre alten Mann.

16. und 16. b. Verkrüppelung des Fusses bei einem 8 Jahre alten Kind.

21., 22., 23., 24. Atrophie der Oberarmknochen nach Ellbogenerkrankung und Operation. N. N. 21 Jahre alt wurde im Alter von 12 Jahren wegen Gelenkseiterung (traumatischen Ursprunges?) operiert.

25. Heilung nach Rippenresection. Selbstmordversuch durch Schuss in die Brust. Empyem. Resection der 6 ten Rippe. Heilung. Wurde 10 Monate später erstochen. Knochenbildung an der Resectionstelle.

26., 27. Processus supracondyloideus am Oberarmknochen.

X-te Tafel. 5. b. Ueberzähliger Daumen bei einem 40 Jahre alten Mann.

7., 8., 9. Verwachsung von 3 Fingern der rechten Hand mit mangelhafter Entwicklung der Knochen bei einem 21 Monate alten Kind (Mädchen).

14., 15. Mangelhafte Entwicklung der Mittelhandknochen beider Ringfinger, mit Verkürzung der Finger.

17., 18., 19. Exostosen bei einem 26 Jahre alten Mann.

20. Verdoppelung beider Fingerglieder des Daumens bei einem 9 Jahre alten Knaben.

28. Processus supracondyloideus am Oberarme. Unter No. 26 und 27 abgebildet. Oberarm etwas verdickt.



## Sitzungsberichte

der ärztlichen Fachsitzungen des „Siebenbürger Museum-Vereines“.

Vorsitzender: Professor DR. SIGMUND PURJESZ.

Schriftführer: DR. DANIEL KONRÁDI.

### I. Fachsitzung am 27-ten Jänner 1906.

1. Vorstellung des Muskelmenschens FRANZ BÖHNER.

An der Discussion nehmen teil die Professoren UDRÁNSZKY, HOOR, LECHNER und MAKARA. Letzterer bemerkt, dass das Verhalten der Pupillen in der Narkose die Auseinandersetzungen LECHNER's unterstützen. Im Verhältnisse zur Tiefe der Narkose hören die Reflexe in immer grösseren Parthien auf und ebenso der Tonus der willkürlichen Muskeln, im gleichen Verhältnisse werden auch die Pupillen immer enger und schliesslich starr.

2. Prof. MAKARA stellt einen Fall von *Echinococcus strumae* vor. Echinokokken in der Schilddrüse sind äusserst selten.

Der Fall bezieht sich auf eine 48 Jahre alte Frau, die angibt sie hätte seit 24 Jahren einen mässigen Kropf. Hunde waren immer im Hause und sie befasste sich mit diesen gerne. Seit einem Jahre wächst die rechte Seite ihres Kropfes; seit 8 Monaten ist sie heiser, hustet viel; im Liegen bekommt sie häufig Erstickungsanfälle. Am 21. December 1905 wurde die Operation in WITZEL'scher Narkose vorgenommen. Nach KOCHER'schem Lappenschnitt erfolgte die Ausschälung der Geschwulst; die Art. thyroidea sup. et infer. wurden unterbunden. Der mediale Rand der Geschwulst dringt zwischen Trachea und Oesophagus; in der Geschwulst liegt eine uniloculare Echinokokkusblase. Die Operationswunde war am 27-ten Decemb. verheilt.

3. DR. GABRIEL MÁTHÉ: „*Die Scarlatina chirurgica*“. (Erschienen in der „Gyógyászat“, 1906. No. 6.)

## II-te Fachsitzung am 3. Februar 1906.

1. DR. IRENE MARKBREITER demonstriert einen Fall:

- a) von Facialisparalyse mit Sistierung der Tränensekretion und  
b) von Strabismus fixus.

An der Discussion nimmt Prof. UDRÁNSZKY und Prof. HOOR teil.

2. DR. RUDOLF FABNYI demonstriert Hypnose an einer hysterischen Patientin. Diese ein 18 Jahre altes Mädchen schläft seit einem halben Jahre häufig zu den verschiedensten Stunden des Tages ein, plötzlich, selbst im Stehen. Der Schlaf hält bei 1½ Stunden an; es ist nicht möglich sie aus diesem zu wecken; erwacht sie von selbst, so klagt sie über heftige Kopfschmerzen.

3. DR. HUGO LUKÁCS stellt einen Fall von Hemianopsie vor.

4. DR. FRANZ VERESS hält einen Vortrag „*Ueber die Behandlung der Acne juvenilis*“ (Erschienen im „Budapesti Orvosi Újság“ 1906. Beilage 9).

## III. Fachsitzung am 10. Februar 1906.

1. DR. SAMUEL BORBÉLY (aus Torda) referiert über Cholecystotomie und stellt den geheilten Kranken vor.

2. Prof. MAKARA stellt den Kranken vor, den DR. ALEXANDER KOLOZSVÁRI im November des v. J. dem Vereine als mit Carcinom des Mastdarmes behaftet demonstrierte.

Bei dem 24 Jahre alten Zimmermaler ist Erblichkeit nicht nachweisbar. Seit 4 Monaten leidet er an Stuhlverstopfung, seit dieser Zeit ist der Stuhl blutig, in letzterer Zeit mit schleimig-eitrig-blutigem Secrete vermengt.

Am 20. November 1905 wird der ganze Mastdarmtract in einer Länge von 20 cm. im sacralen Wege ausgeschnitten und ein Anus sacralis gebildet. Als störender Umstand tritt die Unmöglichkeit der spontanen Harnentleerung auf, die Harnröhre ist bei Gebrauch des Katheters auf 12 Ch. verengt.

Nach der mikroskopischen Untersuchung ist die Geschwulst ein Adenocarcinom.

3. DR. FRANZ VERESS stellt:

a) einen Fall von *Gonorrhoea externa* vor. Der 21 Jahre alte Friseur bekam vor 1½ Jahren eine Gonorrhoe; im Verlaufe derselben bildete sich etwa in der Mitte der Pars pendula des Penis ein periurethrales Abscess, welches in der Provinz eröffnet wurde. Die beiden Ende des Schnittes heilten jedoch nicht zu, sondern eitern seither fort.

b) Einen Fall von selten schöner *Trichophytie* (Herpes tonsurans).

4. DR. DESIDERIUS VESZPRÉMI zeigt Praeparate von einem Falle ADDISON'scher *Krankheit*. Die beiden in ein starkes, narbiges Bindegewebe eingebetteten Nebennieren sind vollkommen verkäst, die Mitte der rechten Nebenniere ist eitrig erweicht. Bei der histologischen Untersuchung stellte sich der Fall als Tuberculose heraus, es gelang auch Tuberkelbacillen nachzuweisen. Im ganzen Organismus konnte nirgend sonst ein tuberculöser Herd gefunden werden.

An der Discussion nehmen teil HEVESI, PURJESZ, ELFER und UDRÁNSZKY.

5. DR. GABRIEL MÁTHÉ zeigt lamellöse Schuppungspraeparate von Skarlatkranken.

6. Prof. PURJESZ referiert über einen Fall von Tuberculose.

#### IV-te Fachsitzung am 17. Februar 1906.

1. DR. MOSES HEGYI stellt einen geheilten Fall von *Dementia praecox stuporosa* vor.

2. DR. LEOPOLD STEIN drei *Neoplasmen*.

a) Ein *Endothelioma sarcomatosum* bei einem 65 Jahre alten Mann die rechte Gesichtshälfte einnehmend.

b) Der zweite Fall ist ein 33 Jahre alter Mann bei dem sich seit zwei Jahren aus einem kleinen Knoten, die gegenwärtig faustgrosse, vom Kinne herabhängende, mit normaler Haut bedeckte, aus drei Knoten bestehende, muskelartig anzufühlende Geschwulst entwickelte. Diese ist klinisch als *Fibroma molluscum pendulum* aufzufassen und histologisch besteht sie aus, dem Bindegewebe der feinsten Hautnerven entstammender Wucherung. Mitunter kommen sie vielfältig vor als multiple Hautfibrome.

c) Die dritte Geschwulst sitzt an der Brust eines 12 Jahre alten Mädchens; besteht seit der Geburt des Mädchens und wuchs langsam; gegenwärtig ist die Geschwulst hühnereigross, weich anzufühlen, leicht beweglich, nicht gelappt. Es ist ein im subcutanen Bindegewebe sitzendes *Dermoid*.

3) Prof. MAKARA: *Das Strauss'sche „Recto-romanoskop, mit Bemerkungen über dessen praktischen Wert.“*

Vortragender weist auf die Versäumnisse hin, die in der Praxis noch immer durch Unterlassung der Mastdarmuntersuchung vorkommen. Wo die einfachen Untersuchungsverfahren keine genügende Aufklärung geben, wie dies bei den hoch sitzenden, relativ selteneren Mastdarmkrebs der Fall ist, erscheint die bimanuelle Betastung und die Recto-romanoskopie unerlässlich.

Das STRAUSS'sche Instrument gibt auch klare Bilder über die physiologischen Verhältnisse des Mastdarmes.

Hauptsächlich sind es die Erkrankungen des Colon pelvinum, zu deren Erkennen das Recto-romanoskop unentbehrlich ist.

Ein vom Vortragenden beobachteter Fall gehörte in die Kategorie der hochsitzenden Mastdarmkrebs; in diesem Falle konnte ohne das angewandte Recto-romanoskop die Ursache der Blutung nicht festgestellt werden. Der 80 Jahre alte Mann blutete seit Monaten, das Resultat der digitalen und bimanuellen Untersuchung war immer ein negatives, während mit dem Recto-romanoskop das in der Plica rectoromana sitzende blutende carcinomatöse Geschwür sichtbar wurde.

Ebenso wies es nur die hohe Spiegeluntersuchung bei einem an Arteriosklerose leidenden 50 Jahre alten Manne nach, dass die Darmblutungen weder von Haemorrhoidalknoten, noch von einer krebsigen Erkrankung herrühren, sondern aus der blutreichen und leicht blutenden Schleimhaut des Colon pelvinum, ohne jede Geschwürsbildung.

ROSENHEIM betont mit Recht, dass wenn die Chirurgen eine Besserung der Heilresultate von der Frühdiagnose des Krebses erwarten, es wünschenswert ist, dass sie sich mit jenem Untersuchungsverfahren vertraut machen, welche diese frühe Diagnose ermöglichen.

#### V-te Fachsitzung am 24. Februar 1906.

1. DR. MOSES HEGYI stellt eine Kranke vor, die im 18 ten Lebensjahre Lues acquirierte und an der dermatologischen Klinik behandelt wurde; vor eingetretener Heilung unterbrach sie jedoch die Behandlung. Mit 21 Jahren begann sie zu verblöden, vernachlässigte die Arbeit, strich ziellos herum. Bei ihrer Aufnahme an die psychiatrische Klinik zeigte sie bereits alle Zeichen einer vorgeschrittenen *Dementia paralytica progressiva*.

2. DR. DESIDERIUS VESZPRÉMI demonstriert Praeparate eines Falles von *Staphylokokkus-Pyaemie*. Die Infection lässt sich von der rechten Niere herleiten, die neben ihrer ausserordentlichen Vergrößerung das Bild einer schweren Pyelonephritis suppurativa zeigt. Ursache dieser dürfte höchst wahrscheinlich der in der Harnblase gefundene Stein, beziehungsweise die durch diesen bedingte und aufrechterhaltene Cystitis sein. Die linke Niere fehlte vollkommen, die Vergrößerung der rechten ist als compensatorische Hypertrophie aufzufassen. Bei dem nämlichen Falle konnte als weitere Entwicklungsanomalie eine angeborene Bronchuserweiterung nachgewiesen werden.

Prof. PURJESZ: bei dem Patienten wurde neben hohem Fieber die Zeichen einer ausgebreiteten Bronchitis an der Klinik beobachtet; an der Haut waren einige Furunceln und Blutextravasate sichtbar. Dies liess den Verdacht auf Pyaemie aufkommen. Zu diesen Erscheinungen gesellten sich weiters epileptiforme Krämpfe. Unter solchen

Umständen konnte auch an Miliartuberculose gedacht werden, bei der sowohl feine Rasselgeräusche als Gehirnerscheinungen vorhanden sein können. Es gelang aber sowohl in den Furunceln, als auch in dem durch Venenpunction gewonnenen Blute Staphylococcen nachzuweisen; ebenso waren im Harn viele Eiter- und Staphylococcen sichtbar, letztere auch im Auswurfe.

### VI-te Fachsitzung am 3. März 1906.

#### 1. DR. FRANZ VERESS.

##### a) *Atypisches secundäresluetisches Exanthem.*

Der 47 Jahre alte Mann weiss von einer Infection nichts anzugeben; er bemerkte vor 4 Wochen Ausschläge am Körper und Wunden im Munde.

An der Brust und den Extremitäten sieht man einzelne rothbraune folliculäre Pappeln, die theils einzeln stehen, theils confluieren. In der Ellenbogen- und Kniebeuge sind von dem beschriebenen Typus ganz abweichende grosse papulöse Efflorescenzen sichtbar, am Scrotum und der Glans penis gewöhnliche, in der Mundhöhle exulcerierte Pappeln. An der medialen Seite der Conjunctiva bulbi eine linsengrosse Pappel.

b) *Endemische Syphilis*, mit *Hyperplasie der Tibia* (Eburneatio) und *Caries* derselben. Ähnliche schwere Veränderungen gehören in die Gruppe der s. g. endemischen Syphilis, die sich bei Individuen mit geringer Intelligenz, theils infolge Nichterkennen des Leidens, theils infolge Mangel einer ärztlichen Behandlung im Laufe der Jahre entwickeln.

Prof. MARSCHALKÓ: Seitdem das neue Gesetz über die Krankenpflege bei uns in Kraft getreten ist, sind ähnliche Fälle an unserer Klinik häufig, da es nicht mehr nötig wird, dass die Gemeindevorstände solche Kranke aus Furcht vor den Krankenpflegekosten zuhause verbergen. Die endemische Syphilis ist in Bosnien und den übrigen Ländern des Balkans ziemlich verbreitet; dass sie auch bei uns vorkommt, ist nicht besonders erhebend. Tatsächlich kommen derartig schwere Formen bei den civilisierten Völkern des Westens äusserst selten zur Beobachtung. Besonders bei der rumänischen Bevölkerung im Gebirge grassiert diese endemische Syphilis. Dass der vorgestellte Fall nicht mehr heilbar ist, ist natürlich; das Quecksilber ist zwar in ähnlichen Fällen nicht contraindicirt, doch muss mit demselben zugewartet werden, bis die Kachexie geringer wird.

2. Vortrag des DR. HUGO LUKÁCS und DR. IRENE MARKBREITER: „Die Bedeutung des Augenspiegelbefundes bei Geisteskranken“. (Erschienen in der „Szemészet“.)

Prof. HOOR: Der Befund der Hyperaemie der Papille, der

Begrenzung und der Gestalt derselben ist mit grosser Vorsicht zu beurteilen, da hier die physiologischen Grenzen ziemlich weite sind.

3. DR. ALADÁR ELFER referiert über neuere Verfahren der Blutfärbung und demonstriert einige auf diese Weise angefertigte Praeparate.

#### VII-te Fachsitzung am 10. März 1906.

1. Prof. MARSCHALKÓ stellt einem Fall von *Dermatitis psoriasisiformis nodularis* (*Parapsoriasis*) vor. Obgleich dieses äusserst seltene Leiden bisher nur in beiläufig 30 Fällen beobachtet wurde, sind dennoch nicht weniger als 9 oder 10 Benennungen desselben im Umlaufe. Zuerst wurde es im Jahre 1890 von UNNA—SANTI—POLLITZER unter dem Namen *Parakeratosis variegata* beschrieben; JADASSON und NEISSER teilten Fälle mit der Benennung psoriasiformes und lichenoides Exanthem, und *Dermatitis psoriasisiformis nodularis* mit, JULIUSBEG nannte es *Pytíriasis lichenoides chronica* u. s. w. TÖRÖK betonte, das Leiden sei ein einheitliches, nur bestehen klinische Varietäten, denn es gäbe eine gross- und eine kleinmaculäre Form, beziehungsweise, da letztere Efflorescenzen eher Knötchen ähnlich sind, eine maculöse und eine papulöse Form.

Die anamnestischen Daten des 23. Jahre alten Patienten sind ohne Bedeutung. Er bemerkte vor 1½ Jahren an seinem Vorderarme kleine Ausschläge, die sich immer vermehrten, allmählig den ganzen Körper, mit Ausnahme der Gesichts- und Kopfhaut einnahmen. Vor einem halben Jahre suchte er wegen Papillome am Penis einen Arzt auf, der das Hautleiden für Syphilis hielt und Quecksilber verordnete. Er bekam XVII. Injectionen von Hg. salicylicum à 0.1, ohne dass das Hautleiden sich im geringsten gebessert hätte. Vortragender kennt die von JADASSON, NEISSER und JULIUSBERG beschriebenen Fälle und so besteht für ihn gar kein Zweifel darüber, dass auch der demonstrierte Fall ein typischer dieses seltenen Leidens ist.

2. DR. FRANZ VERESS stellt einen Fall von *Vagina duplex* vor. Die 17. Jahre alte Prostituierte kam am 16. Februar mit frischer Lues, Roseola, Leukoderma und Pappeln im Halse an die Klinik. Beim Auseinanderziehen der grossen Schamlippen zeigt sich unmittelbar unter der Harnröhrenmündung eine rundliche fingerkuppe-grosse Öffnung. Es handelt sich um eine doppelte Scheide. In der Tiefe der oberen rudimentären Vagina befindet sich eine kleine für eine Sonde auf 3 cm. durchgängige enge Öffnung. Die untere weite Scheide communiciert mit der oberen nicht.

Prof. SZABÓ constatierte gelegentlich der combinirten Untersuchung, dass die in die normale Scheide reichende Portio ½ cm. Länge besitzt; der Muttermund ist eine kleine Queröffnung, der

Gebärmutterkörper ist anteflectiert und retroponiert, beiläufig von normaler Grösse. Das Gewölbe der oberen rudimentären Scheide ist kaum von der Weite eines Fingers und setzt sich oben gegen den Gebärmutterkörper hin scheinbar in einen dünnen Strang fort. Ein Zusammenhang desselben mit dem Gebärmutterkörper konnte nicht nachgewiesen werden.

Es lässt sich demnach nicht entscheiden ob die doppelte Scheide mit einem Uterus duplex oder mit einem Uterus bicornis zusammenhängt, oder aber ob neben einer normalen Gebärmutter nur die Scheide eine doppelte ist.

3. DR. HEINRICH KANITZ: stellt einen Fall von *Prurigo gravis* bei einem 28 Jahre alten Mann vor, der vor 16 Jahren erkrankte. Die Diagnose wurde auf Grund des chronischen Charakters, der typischen Prurigoknötchen und der gewöhnlichen secundären Veränderungen, als Ekzematisation, Lichenification, Narben, Pigmentflecke gestellt.

An der Discussion nimmt Prof. MARSCHALKÓ teil.

DR. HEINRICH KANITZ hält seinen Vortrag: „*Dosimetrische Verfahren in der Roentgentherapie*“. Früher konnten wir das Quantum der in den Organismus gebrachten Röntgenstrahlen nicht unmittelbar bestimmen. Wir schätzten nur annähernd jene Factors ab, von deren Grösse das Quantum des Röntgenlichtes abhängt, so Intensität des Lichtes, die Zahl der Unterbrechungen, den Abstand der Röhre, und die Dauer der Exposition. Diese s. g. *indirecte Dosimetrie* gab aber keine, nach jeder Richtung hin verlässliche Daten. Diesem Uebelstande helfen die *directen Dosimeter* ab, mit denen wir das Quantum der Röntgenstrahlen auf Grund des Grades der Veränderungen abmessen, welche diese bei einem anderen lichtabsorbierenden Medium hervorrufen.

Das erste ähnliche Instrument ist der HOLZKNECHT'sche *Chromoradiometer*, der darauf beruht, dass die Röntgenstrahlen in gewissen Salzemulsionen ähnliche Farbenveränderungen hervorbringen, wie die Kathodestrahlen. Der Grad der Farbenveränderung entspricht dem Quantum der in die Emulsion eingedrungenen Röntgenstrahlen.

Dem HOLZKNECHT'schen Apparate haften gewisse Mängel an; nichtsdestoweniger entspricht derselbe im Grossen und Ganzen den Forderungen der Praxis und ist entschieden verlässlicher, als das Messinstrument SABOURAUD's und NOIRÉS, das *Radiometer*, bei welchem die Farbenveränderungen an Barium-Platin-Cyanür-Papieren das Quantum des absorbierten Lichtes anzeigen.

Das FREUND'sche Verfahren, bei welchem auf Grund der Farbenveränderung einer Lösung von Jodoform in 2%-igem Chloroform, also ebenfalls auf colorimetrischen Wege die Messung erfolgt, konnte sich nicht einbürgern, ist aber auch nicht verlässlich, da

die Lösung schon beim Stehen infolge Abspaltung von Jod die Farbe ändert.

Bei dem jüngst mitgeteilten KIENBÖCK'schen Verfahren dient als Maasstab die Farbenveränderung eines aus einer Chlorbromsilberemulsion bestehenden empfindlichen Papieres. Die Farbe dieses s. g. *Quantimeter-Papiers* wird nach erfolgter Entwicklung, mit der Farbe an der Normalskala verglichen. Die Entwicklung erfolgt mit einer von KIENBÖCK angegebenen Entwicklungsflüssigkeit, bei stets gleichmässiger Temperatur (18° C.) und stets gleicher Zeitdauer von 1 Minute.

Das KIENBÖCK'sche Verfahren hat den älteren gegenüber den Vorteil, dass die Empfindlichkeit des Reagenspapieres von Fall zu Fall kontrolliert werden kann, dass das Reagens pünktlicher und den Strahlen gegenüber weit empfindlicher ist, als die HOLZKNECHT'sche Salzemulsion, oder das Baryum-Platin-Cyanür-Papier u. s. w.

Vortragender möchte noch auf folgenden Umstand hinweisen. Bei sämtlichen Messinstrumenten giebt die Veränderung eines toten Stoffes das in den Organismus geführte Quantum der Strahlen an. Nun darf aber nicht ausseracht gelassen werden, dass dieser tote Stoff immer gleichmässig, mit obligater Gesetzmässigkeit auf den einwirkenden Reiz reagiert. Demgegenüber ist es lebendes Gewebe, welches den Gegenstand der Behandlung bildet, dessen Sensibilität eine wechselnde ist und bei welchem stets schwankende Factoren die Verhältnisse der Absorption und Verteilung der Strahlen bedeutend zu verändern imstande sind.

DR. ELFER meint dass die Bestimmung der Tiefendosen auf die von KIENBÖCK angegebenen Weise mittels der HOLZKNECHT'schen Reagenskörper möglich wäre, nur müssten an letzteren die entsprechenden Veränderungen vorgenommen werden.

#### VIII-te Fachsitzung am 17. März 1906.

DR. BÉLA GÁMÁN demonstriert einen Kranken, der ein ziemlich grosses Glasstück 6 Wochen hindurch in der Nase herumtrug; dasselbe sass zwischen dem Nasenbein und der Cartilago triangularis, konnte leicht entfernt werden und hatte keinerlei Folgen.

DR. GABRIEL MÁTHÉ demonstriert das von ihm construierte Inhalationszelt sammt Inhalator.

Docent DR. NIKOLAUS JANCsó hält einen Vortrag mit dem Titel: „Die Verbreitung des Wechselfiebers und der Anophelen in Kolozsvár und seiner Umgebung“.

#### IX-te Fachsitzung am 24. März 1906.

1. DR. GEORG SZILÁGYI stellt einen Kranken mit *Wandermilz* vor.



2. DR. GEORG DEMETER demonstriert Schädel und Gehirn eines an *Hydrocephalus internus* gelittenen Mannes der sich mit einem 7 mm.-igen Revolver in die Stirne schoss. Bemerkenswert ist der Umstand, dass trotz Eröffnung des Seitenventricels der Betreffende noch 8 Tage nach der Verletzung am Leben blieb.

Prof. DR. MAKARA: Der Verletzte wurde in bewusstlosem Zustande an die Klinik gebracht. Bei Abnahme des Verbandes stellte sich in Begleitung tonico-clonischer Krämpfe starke Blutung ein. Der weitere Eingriff bezog sich nach Erweiterung der Wunde auf die Untersuchung der Knochenverletzung und deren Erweiterung. Die Sonde drang leicht in die Tiefe als würde sie in eine Höhle gelangen.

Die Verletzung verlief ohne Eiterung, die consecutive rote Gehirnerweichung verursachte den Tod. Er findet gerade das wunderbar, dass der Verletzte, trotz relativ hochgradiger Zerstörung des Gehirnes noch eine Woche hindurch am Leben blieb.

3. DR. MICHAEL CSIKY will seine Untersuchungen über die *Spirochaeta pallida* bei einer anderen Gelegenheit erörtern. Gegenwärtig demonstriert er bloss 3 Fälle, welche die ersten sind, in denen er die *Spirochaeta pallida* in Gewebsschnitten nachweisen konnte. In luetischen Producten gelingt der Nachweis leichter, im Gewebe viel schwieriger u. zw. deshalb, da die hiezu angewandten Färbungsmethoden keine vollkommenen sind. Eigentlich entspricht nur das durch *Levaditi* modifizierte *Bartarelli'sche* Verfahren, das ursprünglich von *Van Ermengem* zur Flimmerfärbung empfohlen wurde.

In unseren Fällen rührt der eine der Gewebsschnitte aus einer nässenden, hypertrophierten Pappel an der Schenkelhaut her, der zweite ebenfalls von einer solchen, der grossen Schamlippe einer syphilitischen Kranken entnommenen Papula, während der dritte von einer geschlossenen Pappel stammt.

4. DR. ERNST FÉLEGYHÁZY und dr. DESIDERIUS POTOCZKY halten ihren Vortrag: „*Daten zur Entstehung der Vaguspneumonie.*“ (Siehe Revue Seite 9—12.)

### X-te Fachsitzung am 31. März 1906.

Vorsitzender: Prof. DR. LADISLAUS UDRÁNSZKY.

Schriftführer: DR. DANIEL KONRÁDI.

Diese Sitzung ist der Feier des 25 jährigen Professoren-Jubiläums des Prof. DR. SIGMUND PURJESZ gewidmet.

Prof. DR. DIONYSIUS SZABÓ begrüsst den Jubilar und überreicht ihm die Festschrift, welche die Arbeiten der Collegen und engeren Schüler des Gefeierten enthält.

Prof. PURJESZ dankt gerührt für die herzliche und nicht geahnte Ovation, worauf der Dekan der mediz. Facultät

Dr. KOLOMAN BUDAY im Namen der Facultät Glückwünsche darbringt.

Nachdem Prof. PURJESZ wiederholt gedankt, begrüsst schliesslich der Vorsitzende der Sitzung

Dr. LADISLAUS UDRÁNSZKY den Jubilar und schliesst die Sitzung.

### XI-te Fachsitzung am 28. April 1906.

1. Krankenvorstellung des Prof. Dr. LUDWIG MAKARA.

a) *Ein Fall von traumatischer Blasenruptur.*

Die traumatischen Rupturen der Blase sind ziemlich selten und verdienen deshalb besondere Beachtung vom praktischen Gesichtspunkte weil das Nichterkennen der Verletzung und so das Verabsäumen des chirurgischen Eingriffes nahezu sicher den Tod des Kranken zur Folge hat. Bei den intraperitonealen Rupturen fliesst der Harn in die Bauchhöhle und verursacht bald Bauchfellentzündung, bei den extraperitonealen Rupturen führt der in das lockere Zellgewebe dringende Harn zu einer Phlegmone.

Der vorzustellende Fall gehört in die seltene Categorie der extraperitonealen, complicationslosen Blasenrupturen.

Dem 35 Jahre alten Tagelöhner G. B. fuhr am 1. März. 1. J. ein Lastwagen über den Vorderarm. Trotz seiner Schmerzen ging er noch bei 5 Kilometer zu Fusse nach Hause und legte sich zu Bette. Er konnte trotz häufigen Harndranges nicht urinieren und kam am 3. März Früh 3 Uhr an die Klinik. Der Unterleib ist bis zur Höhe des Nabels vorgewölbt, die Bauchwand ist hier prall, druckempfindlich, der Percussionsschall gedämpft. Mit Metallkatheter entleert sich wenig dunkelroter, mit Blut gemengter Harn.

*Operation.* 15 cm. langer Schnitt von der Symphyse nach aufwärts. Nach Durchschneidung der Bauchwand entleeren sich etwa  $1\frac{1}{2}$  Liter einer blutigen, trüben nach Harn riechenden Flüssigkeit aus der an Stelle des lockeren praeperitonealen Gewebes entstandenen Höhle. Hinter der Symphyse liegt die zusammengezogene Blase, an der eine Kinderhandgrosse klaffende Öffnung sichtbar ist. Die Ränder der Blasenwunde sind ausgefranst, schmutzig. Trotzdem vereinigen wir die Blase der Richtung der Ruptur entsprechend mit zwei Reihen Nähten. Die Wundhöhle wird mit Jodoformgaze und Gummidrain versehen. Die Höhle reinigt sich innerhalb 3 Wochen. Trotz der Nähte fliesst der Harn am folgenden Tag durch die Bauchwunde. Die entstandene Fistel wird allmählig eine engere.

b) *Steinbildung um die Fäden einer Blasenmaht.* An dem 14 Jahre alten Knaben wurde am 5 Jänner eine Epicystotomie vorgenommen und zwei taubeneigrosse Steine aus der Blase entfernt.

Heilung erfolgte per primam. Am December stellten sich wieder Harnstörungen ein. Pat. wurde am 21-ten März abermals operiert und da die Harnröhre eng ist, abermals mittelst Epicystotomie. Der Stein konnte nur stückweise entfernt werden. Die Heilung erfolgte ungestört, am 12. April verlässt Patient die Klinik geheilt.

Der entfernte Stein wiegt 40 gramm, der Kern desselben wird durch einen Knäuel geballter Catgutnähte gebildet. In diesem Falle dürfte die Blasenwunde trotz scheinbarer per primam Heilung auseinander gegangen und Nähte so in die Blase gelangt sein.

2. Dr. ALADÁR ELFER's Krankendemonstration. Den 16 Jahre alten Knaben stach am 16-ten des l. M. eine Spinne in das untere Augenlid. Nach dem Stiche entstanden am Lide kleine Blasen. Am 17-ten schwell die linke Gesichts- und Kopfhälfte an, am 18-ten auch die rechte Seite. Wir bekamen den Kranken von der dermatologischen Klinik mit der Diagnose *Anthrax*. Der positive Bakterienbefund bestätigte die Diagnose: Auf Anraten des Prof. MAKARA kautherisierten wir das Geschwür und die infiltrierten Parthien. Trotzdem verschlimmerte sich der Zustand. Am 21-ten griff die Infiltration schon auf den Hals und den oberen Teil der interscapularen Gegend über. Am selben Abend erhielten wir das telegraphisch bestellte DETRE'sche Serum und injicierten von demselben 12 cm. <sup>3</sup> in die Vene und 8 cm. <sup>3</sup> subcutan.

Nach der Injection veränderte sich die Körpertemperatur folgenderweise: Nach einer Stunde 38·2° C., nach 2 Stunden 40·1°, um Mitternacht 38·5° und von 2 Uhr Morgens fiel sie fortwährend bis auf 37·2—36·7° C. Seitdem ist die Körpertemperatur ständig um 37° herum. Das Oedem verminderte sich nach der Einspritzung und war am 3-ten Tage so ziemlich ganz verschwunden.

Bei der so raschen Veränderung der Erscheinungen, bei dem so schnellen Abfallen der Körpertemperatur nach der Anwendung des Serums, können wir uns der Möglichkeit kaum verschliessen, dass diese raschen Veränderungen durch das Serum bedingt waren.

3. Prof. LÖTE: „*Modification des Blutkörperchen-Zählens.*“ (Siehe Revue Seite 13—14.)

An der Discussion nimmt teil:

Dr. ALADÁR ELFER, der die Meinung vertritt es würden sich mit dem von LÖTE empfohlenen Verfahren weit verlässlichere Resultate erzielen lassen, falls zum Zählen der Blutkörperchen die BÜRGER'sche Kammer angewendet würde.

Dr. NIKOLAUS JANCSÓ begrüsst die Modification mit Freude, da es wenig appetitlich ist das Ende des Hebers immer in den Mund zu nehmen. Ausserdem geschieht es häufig, dass der Apparat verdirbt, weil das Blut eintrocknet und man es nicht mehr gehörig auswaschen kann.

Prof. LÖTE hält seine Meinung, dass die Hauptschwierigkeit gerade in Ausmessen und im richtigen Vermengen der Flüssigkeiten bestehe, aufrecht.

#### XII-te Fachsitzung am 5. Mai 1906.

1. Prof. Dr. BLASIUS KENYERES will in einer Reihe von Vorträgen die im Laufe von 10 Jahren im gerichtsarztlichen Institute gesammelten photographischen Aufnahmen demonstrieren. Er beginnt mit der Abhandlung des Nutzens der Röntgenaufnahmen zum Erkennen des lebend- und totgeboreneins. (Siehe Revue Seite 23.)

2. Dr. IRENE MARKBREITER: „*Beiträge zur Kenntniss der Aetiologie der an der Papille vorkommenden bindegewebigen Meniscen.*“ Vortragende sah 10 solche Fälle an Insassen der Universitäts-Irrenheilanstalt. Sie hält den bindegewebigen Meniscus für eine Entwicklungsanomalie, umsomehr als sie bei den Kranken ausser dieser Veränderung stets noch andere Degenerationszeichen fand. Die Meniscen sind Ueberreste der Membrana hyaloidea.

#### XIII-te Fachsitzung am 12. Mai 1906.

1. Prof. Dr. BLASIUS KENYERES: „*Das Zeichen des Todes im Röntgenbilde*“ mit Demonstrationen (Siehe Revue Seite 25—26.).

2. Dr. IRENE MARKBREITER: „*Ueber die chronischen Entzündungen und über die Exstirpation des Tränensackes*“ (Erschien in den „*Szemészeti Lapok*“ No. 1.)

Prof. Dr. KARL HOOR: Bei Atonie des Tränensackes ist eine normale Abfuhr der Tränen trotz vollkommener Durchgängigkeit des Sackes und des Tränennasenkanals ausgeschlossen. Sobald die Aspirationsfähigkeit des Tränensackes verloren ist, ist es auch mit der unbehinderten Tränenabfuhr zu Ende.

#### XIV-te Fachsitzung am 19. Mai 1906.

1. Docent Dr. DESIDERIUS VESZPRÉMI hält einen Vortrag: „*Experimentelle Untersuchungen mit Bakterien eines Falles von Mischinfection.*“ (Streptothrix, Cladothrix, Bacillus fusiformis, Spirochaeta gracilis.) (Erschienen in „*Orvosi Hetilap*“ 1906. No. 48—52.)

#### XV-te Fachsitzung am 26. Mai 1906.

1. Demonstration des Dr. ALADÁR ELFER. Vortragender hatte vor 3 Jahren einen interessanten vom diagnostischen Gesichtspunkte aus selteneren Fall vorgestellt, wo neben einer Stenose des linken Ostium venosum Lähmung des linken N. recurrens bestand.

Bei dem gegenwärtigen Falle war gleichfalls neben Stenose des linken Ostium venosum und Insufficienz der Bicuspidalklappe, Paralyse des linken Recurrens vorhanden. Nachdem die Röntgenuntersuchung zeigte, dass weder ein Aneurysma, noch eine von der Aorta ausgehende, oder mit ihr zusammenhängende Geschwulst vorhanden war, welche die Lähmung des N. recurrens infolge Druckes veranlassen hätte können und weder Tabes, noch Bulbärparalyse nachweisbar war, hielt er sich für berechtigt, die Paralyse des Recurrens, mit den am Herz beobachteten Veränderungen in Zusammenhang zu bringen. Die vor 3 Tagen gemachte Obduction ergab kurz folgendes: Rechtes Herz stark erweitert und hypertrophisch, an der Pulmonalis und sämtlichen Ostien feine Auflagerungen, Eingang der Pulmonalis sehr weit und Communication der Art. pulmonalis durch eine runde Öffnung hindurch mit dem Aortabogen. Es handelte sich also um ein Offenbleiben des Ductus Botalli. Die Aorta und die ihr entstammenden Gefässe sind hypoplastisch. Aorta und Pulmonalis hängen innig zusammen. Der linkseitige N. recurrens ist an der Biegung der Aorta stark verdünnt; hier beginnt das Lähmungsterrain. Der linke Musculus cricothyreoideus internus ist atrophisch, gelb.

2. Dr. GEORG DEMETER spricht an der Hand eines Falles über „*Exostosis cartilaginea multiplex*.“ 22 Jahre alter Mann. Heredität nicht nachweisbar. Das gegenwärtige Leiden begann im Kindesalter. Die Auswüchse stellten sich zuerst an der rechten Schulter und am linken Ellenbogen ein, dann weiter an mehreren Stellen. Mit dem Wachsen der Knochen, wuchsen auch die Knoten und es traten in der Umgebung der grösseren Schmerzen auf.

Die linke obere Extremität des 136 cm. langen, mässig genährten Patienten von gut entwickelter Muskulatur ist etwas kürzer, als die rechte, die Schlüsselbeine sind auffallend vorgewölbt, die unteren Extremitäten kurz. Knoten, beziehungsweise knochenhart anzufühlende, nicht bewegliche Auswüchse, mit höckeriger Oberfläche von der grösse einer Haselnuss bis zu der eines Apfels finden sich a) an der rechten Schulter, b) an der Aussenfläche des linken Unterarmes, c) in der Gegend des Handgelenkes, d) an der linken Hüfte, e) im unteren Drittel des rechten Oberschenkels u. s. w.

#### XVI-te Fachsitzung am 6. Oktober 1906.

1. Der Vorsitzende der ärztlichen Section Professor Dr. SIGMUND PURJESZ eröffnet die beginnenden Herbstsitzungen mit einer Rede, die auf das rege Leben und Wirken der vergangenen Sitzungs-epoche zurückblickt und über die Fortschritte auf ärztlichem Gebiete insbesondere in therapeutischer Richtung handelt.

2. Dr. HEINRICH KANITZ stellt *a)* ein Kranken vor, der an *Lupus vulgaris*, *Tuberculosis verrucosa cutis*, *Scrophuloderma*, *Folliculis* und *Erythema induratum* (BAZIN) leidet. Bei der Aufnahme fand sich an der linken Wange ein handtellergrosser *Lupus vulgaris*, am rechten Handrücken und dem äusseren Knöchel des linken Fusses ein kinderhandgrosser charakteristischer Herd der *Tuberculosis verrucosa cutis*, an den oberen und unteren Extremitäten zahlreiche grössere und kleinere Knoten von *Scrophuloderma*, zumeist an den Knochen fixiert. Die Behandlung als *Excochleation*, Röntgenbestrahlung und BESNIER-sche Salbe besserten das Leiden. Die an der Beugefläche der unteren Extremitäten sichtbaren Veränderungen entsprechen einer *Folliculis*. Der rechte Unterschenkel ist viel dicker, als der linke, die Verdickung betrifft hauptsächlich das mittlere Drittel. Hier fühlt man in den tieferen Schichten der Haut und in der Subcutis, eine unregelmässig scheibenförmige, nach oben in einen Strang auslaufende, ziemlich dichte Infiltration, die nicht schmerzhaft, gut umgrenzbar und ober der Musculatur verschiebbar ist. Diese Veränderung entwickelte sich während des Aufenthaltes an der Klinik und schreitet seit drei Monaten ununterbrochen fort. Auf Grund des klinischen Bildes und mit Rücksicht auf die übrigen Hautveränderungen zweifellos tuberculöser Natur lautet die Diagnose auf *Erythema induratum scrophulosum*; die tuberculöse Provenienz dieses Leidens steht heute ausser Zweifel; es kommt ziemlich selten vor, klinisch ist es durch den chronischen Verlauf und dadurch gekennzeichnet, dass die Knoten selten erweichen, sondern nach langem Bestande spontan resorbiert werden.

*b)* Einen selteneren Fall von *Lues mikropapulosa* (*Lichen syphiliticus*) und

*c)* Einen an *Kerion Celsi* (*trichophytiasis profunda capilitii*) leidenden Kranken, bei dem die grosse Ausdehnung und Intensität des Leidens eine seltener ist.

3. Prof. Dr. BLASIUS KENYERES: „*Momentaufnahmen mit Röntgenstrahlen.*“ (Siehe Revue Seite 26—27.)

#### XVII-te Fachsitzung am 13. Oktober 1906.

1. Dr. LUDWIG GÓTH zeigt der Versammlung ein Handschreiben von SEMMELWEIS, das dem Hefte: „Zwei offene Briefe an Dr. J. SPAETH in Wien und an Dr. F. W. SCANZONI zu Würzburg“ beilieg. In dem Briefe, den Dr. GÓTH, beim Ordnen der Bibliothek des verstorbenen Prof. MAIZNER fand, fragt SEMMELWEIS an, ob es der Wahrheit entspräche, dass der Assistent der Kolozsvärer Gebärenanstalt gleichzeitig Chirurg am Karolinen-Spital ist und erbittet weiters Angaben über die Verhältnisse des Puerperalfiebers.

2. Prof. DR. KOLOMAN BUDAY hält einen referierenden Vortrag über die experimentellen Untersuchungen von Geschwulstbildung. Die experimentelle Richtung, welche das Entstehen und den Wachstum der Geschwülste durch Impfungen an Tieren studieren will, ist relativ jüngeren Ursprunges, kann sich jedoch bereits auf derartige Resultate berufen, die als bedeutende Fortschritte in der Kenntniss der Geschwülste bezeichnet werden müssen. Ein treues Bild des heutigen Stadiums der Resultate dieser Untersuchungen, wurde durch die im Monate September in Heidelberg und Frankfurt a. M. abgehaltene internationale Krebsconferenz geboten. Vortragender skizziert teils auf Grund der hier gesammelten Erfahrungen, teils den Literatursaufzeichnungen nach die Versuche JENSEN'S, BORELL'S und EHRLICH'S und erörtert die Theorie EHRLICH'S, die dieser aus den Versuchsdaten bezüglich der Entwicklung der Geschwulstkeime, oder auf ihr Latentbleiben aufgestellt. Die bisherigen Untersuchungen berechtigen zu dem Ausspruche, dass zur Untersuchung des Wachstumes einzelner Geschwulstformen bereits ein geeignetes Untersuchungsmaterial zur Verfügung steht, so dass die Pathohistologie auf diesem Wege in Besitz sehr wertvoller Daten gelangen kann. Ein weiterer, nicht minder wichtiger Fortschritt ist es, dass das gegenseitige Verhältniss zwischen dem Stoffwechsel der Geschwulstzellen und dem Organismus experimentell studiert werden kann und auch die Frage der Immunität einwandfreien experimentellen Untersuchungen zugänglich ist. Schliesslich ist ein nicht gering anzuschlagender Vorteil des experimentellen Vorgehens der, dass das Verhalten der Geschwulstkeime künstlichen äusseren Einflüssen gegenüber in den Kreis der Beobachtungen eingezogen werden kann.

#### XVIII-te Fachsitzung am 20. Oktober 1906.

1. DR. LUDWIG GÓTH demonstriert ein nahezu  $3\frac{1}{2}$  Kilogramm schweres *Fibromyom*, das er im Wege einer *abdominalen Panhysterectomie* entfernte.

Die 40 Jahre alte Patientin menstruiert seit ihrem 12-ten Lebensjahre; die vierwöchentlich wiederkehrende Menstruation dauert eine Woche und ist ausgiebig. III. P. Erste Geburt vor 11 Jahren, letzte vor 7 Jahren, rechtzeitig, normal. Kindbett 2 Wochen, normal verlaufend. Seit einem Jahre wächst der Bauch, seit zwei Wochen blutet sie. Bei der mässig genährten und ziemlich blassen Patientin zeigen Atmungs und Circulationsorgane keinerlei Abweichung. Die Untersuchung per Vaginam und per Rectum lässt uns die Diagnose auf *Fibromyoma uteri cum emollitione* stellen.

Die Anwesenheit des Fibromyoms bildet wie bekannt an und für sich noch keine Indication zum operativen Eingriffe. Dieser ist

nur dann gerechtfertigt, wenn die Blutung eine starke ist, oder aber der grosse Umfang der Geschwulst, eventuell ihre Tendenz zum raschen Wachstume, oder schliesslich die durch die Geschwulst verursachten Schmerzen die Gesundheit, vielleicht auch das Leben der Kranken gefährden. Ebenso gelten die nekrotischen Fibrome als unbedingt zu entfernende, da sie zu Resorptionserscheinungen, zu Durchbruch in die benachbarten Organe, eventuell selbst zu einer Allgemeininfektion führen können. Wenden wir das Gesagte bei unserem Falle an, so indicierte die Grösse der Geschwulst, die Blutung und die Necrose dreifach die so rasche als mögliche Vor-  
nahme der Operation. Die zur Entfernung der Fibromyome gebräuch-  
lichen Operationen können wir heute in 2 grosse Gruppen teilen, in die der *conservativen* und in die der *radicalen* Operationen. Nach-  
dem es sich in unserem Falle um eine Gebärmutter mit inficiertem  
Inhalte handelte, konnte nur eine *Totalexstirpation* im Wege *abdo-  
minaler Panhysterektomie* in Frage kommen.

Die entfernte Gebärmutter wiegt 3350 grm. und stellt ein gleich-  
förmig rundes Gebilde dar. Aufgeschnitten sieht man ausser den  
nekrotischen, gegen die Höhle gekehrten Herden, viele Fibromherde  
in der Wandung. Besonders fällt ein elastischer, nahezu fluctuieren-  
der, erweichter Herd gegen den Fundus auf, ferners ein grosser,  
scheinbar von der hinteren Wand ausgehender submucoser Ge-  
schwulstanteil. Was den *Verlauf* betrifft so war derselbe ein so ziem-  
lich ungestörter; die Nähte werden am IX. Tage entfernt. Ver-  
einigung per primam. Am XVI-ten Tage: Verbandwechsel Bauch-  
wunde reactionsfrei. Am XXI. Tage verlässt die Kranke das Bett,  
am XXVII. Tage geheilt die Klinik.

### XIX-te Fachsitzung am 3. November 1906.

1. Prof. DR. LUDWIG MAKARA: „*Ueber die Radicaloperation  
des Nabelbruches nach Mayo*“ (Siehe Revue Seite 15—17.).

2. Krankendemonstration des DR. EMERICH HEVESI.

a) Ein Fall von *Spontanamputation des Vorderarmes*. Der  
erwachsene Mann wurde mit verstümmelten Vorderarme geboren;  
es ist nur das obere Drittel desselben vorhanden. Ellenbogengelenk  
wird frei gebeugt und gestreckt. Die Röntgenaufnahme zeigt, dass  
von den hypoplastischen Knochen der Oberarmknochen und die Ulna  
ein ganz normales Gelenk bilden, während die mit dem Radius in  
Articulation stehende Eminentia capitata mangelhaft entwickelt, kaum  
angedeutet ist. Die Unterarmknochen verdünnen sich distal und  
endigen in einer knopfartigen Verdickung.

b) Ein Fall von *Osteosarcoma tarsi*. Das linke Fussende der  
Patientin ist in seinem gesammten Umfange mehr als doppelt ver-  
grössert, zumeist knorpelhart, stellenweise etwas weicher. Am Radio-



gramm fehlt das Schattenbild der Knöcheln, der Fusswurzelknochen und der proximalen Teile der Mittelfussknochen. Dieser Fall ist in erster Linie deshalb von Interesse, als Osteosarcoma mehr von den langen Röhrenknochen auszugehen pflegen, in zweiter Linie deshalb, da im Anfange, wo nur Schmerzhaftigkeit und geringe Umfangszunahme vorhanden ist, eher an irgend einen entzündlichen Process, an Arthritis fungosa u. s. w. gedacht wird.

Prof. MAKARA macht gelegentlich der Discussion darauf aufmerksam, wie schwierig es sei, die myelogenen Knochensarcome im Beginne ihrer Entwicklung zu erkennen und führt zum Beweise dessen zwei Fälle seiner Praxis an. Im Anfangsstadium verfügen wir über kein sicheres diagnostisches Zeichen. Den aufgetauchten Verdacht kann die Röntgenaufnahme und das negative Resultat der Tuberculinimpfungen unterstützen, Gewissheit verschafft nur die Beobachtung des Leidens und eine eventuelle Probeoperation.

3. DR. HUGO LUKÁCS und DR. RUDOLF FABINYI halten einen Vortrag über: „*Die pathologische Anatomie der Pellagra.*“

#### XX-te Fachsitzung am 10. November 1906.

1. DR. JOSEF SZEGEDY stellt einen Fall von *Actinomycoze der Bauchwand* vor. Bei der 38 Jahre alten Tagelöhnerin entwickelte sich vor 3—4 Monaten unter Erscheinungen allgemeinen Unwohlseins eine Geschwulst an der linken Seite des Bauches, die vor zwei Monaten aufbrach. Gegenwärtig besteht links vom Nabel zwischen Hüftbeinkamm und Symphyse eine bretharte Infiltration, an derselben thalergrosse lebhaft Granulationen und dünnen Eiter secernierende Hautgänge. Die Behandlung besteht in Eröffnung der eiternden Gänge und Abscesse und in innerlicher Darreichung von Jodkali.

An der Discussion nimmt Prof. MAKARA teil.

2. Krankendemonstrationen des DR. HEINRICH KANITZ.

a) Ein Fall von *Syphilis praecox*. Jene Fälle von Syphilis, bei denen das gummöse Stadium sich früh einstellt, eventuell ohne dass sich secundäre Erscheinungen gezeigt hätten, fassen wir unter den Namen der Syph. praecox oder Syph. tertiaria praecox zusammen. Dies ist bei dem 21 Jahre alten Mann der Fall. Er inficierte sich im August des l. J. Ende August hatte er eine Sklerose, Ende Oktober bekam er Hautausschläge in Form rupienartiger, mit Krusten bedeckter gummöser Geschwüre an den Extremitäten, einige an der Haut des Rückens. An der Stirne und den Augenlidern papulopustulöses Exanthem, an den Tonsillen Pappeln.

b) Ein Fall von *Syphilis maligna*. Hierunter verstehen wir Krankheitsformen die sich von der gewöhnlichen Syphilis qualitativ unterscheiden und die einerseits dadurch gekennzeichnet sind, dass sehr früh, kaum einige Wochen, oder Monate nach der Infec-

tion, eigentümliche, rasch exulcerierende Efflorescenzen an der Haut auftreten, eventuell auch an der Schleimhaut, andererseits dadurch, dass der ganze Organismus schwer leidet, indem sich zumeist in Begleitung von hektischem Fieber hochgradige Blutarmut und Abmagerung einstellt. Das Krankheitsbild dieses 27 Jahre alten Mannes entspricht jenem der malignen Syphilis.

c) Ein Fall von *Lichen ruber planus*. Bei der 32 Jahre alten Patientin zeigten sich die ersten Zeichen der Erkrankung vor 20 Jahren. Gegenwärtig sieht man ziemlich dicht gedrängt, doch stets isoliert stehende typische Lichenknötchen an den oberen Gliedmaßen, an der Haut der Brust und des Rückens, während an der linken unteren Extremität (die rechte ist amputiert) einzelne Exemplare des Lichen obtusus und Lichen corneus sichtbar sind.

d) Ein Fall von *diffuser Sklerodermie*. Patient bemerkt seit Weihnachten 1903, dass seine Haut prallgespannt wird, was ihn in der Bewegung hindert. Auffallend ist die grosse Ausdehnung und die symmetrische Verteilung der Hautveränderungen. Diese localisieren sich hauptsächlich auf den Stamm, während die Haut der Finger und Zehen, sowie die Gesichts- und Kopfhaut normal ist. Die Hautveränderungen sind an beiden Schultern und der Interescapulargegend teils in handtellergrossen und noch grösseren Flecken, teils in Form von Streifen angeordnet. Am Rücken reichen die sklerodermischen Veränderungen vom V-ten Rückenwirbel nahezu ohne Unterbrechung bis zur Glutealgegend herunter. An allen diesen Stellen ist die Haut geschwellt, gespannt, glänzend, nicht faltbar, sondern lebhaft rot, erythematös.

3. DR. FRANZ VERESS stellt einen Fall von *Rhinosclerom* vor. Der 24 Jahre alte Patient bemerkte vor 9 Jahren das Wachsen einer Geschwulst in seiner Nase. Zwei Jahre später wurde die Geschwulst entfernt, wuchs jedoch wieder. Seit  $1\frac{1}{2}$  Jahren bestehen Atembeschwerden. Die rechte Nasenöffnung ist nahezu ganz von einer Geschwulst eingenommen, die durch eine glatte, blassblaue, nicht exulcerierte Schleimhaut bedeckt ist. Die Geschwulst in der linken Nasenhöhle ist bedeutend kleiner. Auffallend ist die Knorpelhärte des ganzen Gebildes.

4. Prof. DR. BLASIUS KENYERES spricht über die „*Bedeutung der Röntgenstrahlen zur Bestimmung des Lebensalters*“ (Siehe Revue Seite 27—29.)

#### XXI-te Fachsitzung am 24. November 1906.

1. DR. MOSES HEGYI stellt einen 59 Jahre alten Kranken vor, der im Jahre 1898 an die Klinik mit *Dementia paralytica progressiva* kam. Nach einem halbjährigen Aufenthalte daselbst änderte

sich der Zustand des Patienten, in dem die bestandenen überschwenglichen und unzusammenhängenden Wahnideen wegblieben und an ihre Stelle eine einzige aus Gesichts und Gehörhallucinationen entsprungene Wahnidee trat. Nebstbei bestehen Lähmungs- und arteriosclerotische Erscheinungen. Es fragt sich ob wir tatsächlich einer Dementia paralytica progressiva gegenüberstehen, bei der eine langandauernde Remission eintrat, oder ob sich zu einer auf arteriosklerotischer Basis stehenden Dementia und zu Lähmungserscheinungen eine Paranoia hallucinatoria hinzugesellte.

2. Prof. DR. BLASIUS KENYERES spricht über die Untersuchung von Knochen, Knochenerkrankungen, Entwicklungs Anomalien und Verletzungen der Knochen und projiziert hierauf bezughabende Roentgenaufnahmen (Siehe Revue Seite 29—30.).

### XXII-te Fachsitzung am 1. December 1906.

1. Prof. DR. LUDWIG MAKARA.

a) *Heilung einer nach Nabelbruchincarceration entstandenen Darmfistel mit Darmresection und gleichzeitig vorgenommener Bruchoperation nach Mayo.*

b) *Adenom der Flexura coli hepatica.*

c) *Nach incarceriertem Bruch entstandene Darmstrictur.*

2. DR. EMERICH HEVESI stellt zwei Kranke vor, bei denen ausgedehnte traumatische Substanzverluste, beziehungsweise die nach denselben zu erwartenden ausgebreiteten Narbenschwundungen an je einer Extremität, die Arbeitsunfähigkeit der Verletzten bedingt hätte, würden die an der chirurgischen Klinik vorgenommenen Hauttransplantationen die Brauchbarkeit der Extremitäten nicht hergestellt haben.

3. DR. ALADÁR ELFER stellt einen Fall von *Sclerodermie*, vor, bei welchem Arthritis chronica deformans, weiters mässiger Exophthalmus, das STELLWAG-sche und GRAEFE-sche Symptom nachgewiesen werden konnte, während die Schilddrüse kaum fühlbar ist.

4. DR. ISIDOR KAPPEL stellt eine 49 Jahre alte, an ADDISON-scher *Krankheit* leidende Frau vor, die sich seit 3 Jahren äusserst hinfällig fühlt und seit 2 Jahren die dunkelbraune Hautfarbe hat, nebstbei erbricht sie häufig und magert bedeutend ab.

5. Vortrag des Regimentsarztes Dr. AUREL ANKA: „*Die chirurgische Bedeutung der durch die modernen Infanterie-Schusswaffen hervorgerufenen Schusswunden, auf Grund von Versuchen mit dem 8 mm.-rigen Mannlicher-Gewehr*“.

Vortragender erörtert die Entwicklung der Schusswaffen der Infanterie vom Beginn des XIV-ten Jahrhunderts und die Gründe die eine Umwandlung der Geschosse notwendig machten, dann bespricht er die Dynamik der Geschosswirkung und kommt auf

seine Versuche mit dem 8 mm. Mannlicher-Gewehr zu sprechen. An anatomischen Präparaten demonstriert er die Wirkung der modernen Geschosse mit vollkommenen Mantel auf die Haut, Muskeln, Gefässe und Knochen. Diesen stellt er die ausgedehnten Weichteilverletzungen gegenüber, welche die alten Blei- und die mit halben Mantel versehenen Dum-Dumgeschosse setzen. Dann bespricht er die Verletzungen der in der Schädelhöhle, der Brust-Bauch- und Beckenhöhle eingeschlossenen Organe. Er demonstriert die Formveränderung der modernen Geschosse und hebt hervor, dass die Verunstaltung derselben seltener ist, als es bei den älteren der Fall war. Die modernen Vollmantelgeschosse veranlassen mit seltenen Ausnahmen kleine Ein- und Ausschussöffnungen, infolge dessen die äussere Blutung eine geringere, die Wundinfection eine seltenere ist; die Geschosse schlagen bei mittleren und grossen Entfernungen die Epi- und Metaphysen der Knochen lochförmig durch, deshalb ist die Heilungstendenz der Gelenkschüsse eine bessere geworden. Die Schädel-Herz- und Blasenschüsse haben auch gegenwärtig ihren ersten Charakter beibehalten, demgegenüber sind aber die Lungenschüsse ausserordentlich milde, ja selbst bei den penetrierenden Bauchwunden hatten sich die Zahl der glücklichen Schüsse vermehrt. Alles dies verdanken wir ausser der günstigeren Anatomie der Schussverletzungen, der durch BERGMANN inaugurierten entsprechenderen Behandlung am Kampfplatze. Er weist es aus den Statistiken der Verluste in den modernen Kriegen nach, dass trotz der gesteigerten ballistischen Leistungsfähigkeit der Waffen der Neuzeit, die jüngsten Kriege bei weitem nicht so blutig sind, wie es die älteren waren. Schliesslich betont der Vortragende, dass nicht ausschliesslich die kleinkalibriegen Schusswaffen, sondern grössten Theils unser chirurgisches Wissen die Schrecknisse der Kriege in humanere Bahnen geleitet habe.

### XXIII-te Fachsitzung am 15. December 1906.

1. Dr. FRANZ VERESS: *Strahlige strichförmige Furchen im Gesichte eines an hereditärer Syphilis leidenden 17 Jahre alten Patienten.* (Krankendemonstration.)

2. Dr. LUDWIG GÓTH demonstriert eine über faustgrosse *papillomatöse Wucherung*, die sich bei einer 18 Jahre alten, das erste mal graviden Frau angeblich während einiger Wochen entwickelte. Die Vulva ist von einer über faustgrossen, papillomatösen, nässenden, stellenweise eiternden Masse bedeckt, die aus grösseren und kleineren, in Gruppen sitzenden Auswüchsen gebildet wird. Die grösste Masse geht von den grossen Schamlippen aus. Bei ähnlichen Fällen geht Prof. SZABÓ nach dem zur Exstirpation der Vulva elephantiasis empfohlenen Verfahren vor; im gegenwärtigen Falle

erschien Vortragendem, nach dem die Geburt begonnen hat, wegen der eiternden Oberfläche des Gebildes diese langwierigere Manipulation gefährlich, weshalb er die der linken Schamlippe aufsitzende Masse mit einem Schlitze entfernte. Starke arterielle Blutung die jedoch bald gestillt wurde. Verlauf der Geburt 5 Stunden später normal; Frucht geht infolge Asphyxie zugrunde. Wochenbett normal.

3. DR. IGNÁCZ KOSSUTÁNY stellt einen Säugling mit zahlreichen *Entwickelungs-Anomalien* vor. Dieselben sind: a) kurzer Hals und eigentümliche Kopfhaltung. b) Hyperflexion des Vorderfusses c) Hochgradige Cyanose. Nicht nur das Kinn berührt das Brustbein, sondern auch das Hinterhaupt den Gibbus der Wirbelsäule. Der Kopf hat eine mehr-weniger dreieckige Form; eine Spitze des Dreieckes ist das Kinn, die zweite die Hinterhauptprotuberanz und die dritte die Stirnspitze. Die Ursache der Cyanose dürften Entwicklungsfehler des Herzens oder irgend ein intrauterin erworbener organischer Fehler sein, so Offenbleiben des Foramen ovale, unterbliebener Verschluss des Ductus Botalli, Stenose der Arteria pulmonalis. Als Grund der Entstehung der Entwicklungsanomalien erwähnt Vortragender den Druck durch Raumassymetrie zwischen Frucht und Uterus bedingt. Einen Anhaltspunkt für Oligohydramnion bietet nicht nur die Haltung des Neugeborenen, sondern die eigene klinische Beobachtung nach welcher tatsächlich viel weniger Fruchtwasser war, als es gewöhnlich der Fall zu sein pflegt.

In der Discussion meint Dr. LUDWIG GÓTH, dass unter den geburtshilflichen Diagnosen eine der schwierigsten jene des Oligohydramnion ist.

4. DR. ERNST FÉLEGYHÁZI stellt einen Fall von: „*Fibrosarkom des Unterschenkels auf luetischer Basis*“ vor.

5. Regimentsarzt DR. AURÉL ANKA beendet seinen Anfangs December begonnenen Vortrag über die Schusswunden der 8 mm. Mannlichergewehre. (Der Vortrag erscheint in der Beilage „Honvédorvos“ der „Gyógyászat“.)

An der dem Vortrage folgenden Discussion nimmt Oberstabsarzt D. JOHANN TURCSA teil.