

# REVUE

## ÜBER DEN INHALT DES „ÉRTESITŐ“

### SITZUNGSBERICHTE

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

XXIX. Band.

1907.

III. Heft.

## Ueber die schädigende Wirkung der zu Momentaufnahmen mittels Röntgenstrahlen benützten Verstärkungsschirme.\*

(Mit einer Abbildung im Originaltexte.)

Vom Univ. Professor dr. BLASIUS KENYERES.

In einem im vergangenen Jahre gehaltenen Vortrage erörterte Verfasser das Verfahren, mit welchem auch von dickeren Teilen des menschlichen Körpers Momentaufnahmen mittels RÖNTGEN-strahlen gemacht werden können. — Die bei diesen Momentaufnahmen nötige Abkürzung der Expositionsdauer wird bei der RÖNTGEN-aufnahme bekannterweise durch die Anwendung von Verstärkungsschirmen erreicht. Das mit der lichtempfindenden Emulsion bestrichene Filmbblatt kommt zwischen zwei Verstärkungsschirme, auf welchen gelegentlich der Einwirkung von RÖNTGEN-strahlen fluorescierende Bilder zustande kommen. Hiedurch wird die von den RÖNTGEN-strahlen auch direct getroffene lichtempfindliche Schichte überdies noch durch diese fluorescierenden Bilder der Verstärkungsschirme von zwei Seiten aus getroffen, was also eine verstärkende Wirkung zur Folge haben muss. Nun bleiben aber diese fluorescierenden Bilder der Verstärkungsschirme auch nach dem Erlöschen der RÖNTGEN-röhre, also nach abgeschlossener Aufnahme eine Zeit hindurch bestehen, wodurch dann die späteren Aufnahmen bei

\* Nach einem Vortrage in der ärztlichen Fachsitzung des Siebenbürgischen Museum Vereines am 26. Jänner 1907.

Benützung der nämlichen Verstärkungsschirme mitunter ganz bedeutend geschädigt werden und zwar entweder in der Art und Weise, dass sich eine allgemeine Verschleierung und Undeutlichkeit des Bildes bemerkbar macht, oder in der Weise, dass sich bei einer zweiten Aufnahme auch noch das Bild der ersten Aufnahme mit abbildet.

Verfasser hat bei seinen diesbezüglichen Versuchen gefunden, dass diese Nachwirkung noch eine relativ sehr lange Zeit hindurch bestehen bleibt. Bei diesen Versuchen wurden die Verstärkungsschirme allein, bei Auflegen eines Schlüssels durchleuchtet und hierauf in der Dunkelkammer je halbstündig frische Filmblätter zwischen die Verstärkungsschirme gelegt. Beim 8-ten Versuche, also vier Stunden nach vorausgegangener Exposition zeigte sich noch ein ganz deutliches Bild des Schlüssels, ja selbst am nächsten Tage, 17 Stunden nach vorhergegangener Belichtung erschien das Bild des Schlüssels immer noch mit genügender Deutlichkeit nach einem zweistündigen Lagern der Filmblätter zwischen den Verstärkungsschirmen. (Siehe Abbildung im Originaltexte. Das Bild No. 1. wurde in der ersten halben Stunde, das Bild No. 2. in der siebzehnten halben Stunde, also 8 Stunden nach vorausgegangener Belichtung der Schirme hergestellt.)

---

## Referat über die 78-te Wanderversammlung deutscher Ärzte und Naturforscher in Stuttgart.\*

Vom Univ. Professor Dr. BLASIUS KENYERES.

Verfasser berichtet auszugsweise über die gelegentlich dieser Wanderversammlung, hauptsächlich in deren forensischer Sektion gehaltenen Vorträge, so über die Verhandlungen um die Frage des Todes durch Ertrinken, Referenten: WACHHOLZ und REUTER. Ueber den Geisteszustand bei Waarenhaus-Diebstählen, GUDDEN; Ueber die Zeugungsfähigkeit Schwachsinniger, KREUZER; Klinische Untersuchungen über die Ursachen und Motive des Selbstmordes, GAUPP; Die antisozialen Wirkungen des chronischen Alkoholismus im Vergleiche zu denen nicht alkoholischer chronischer Geistesstörungen, CIMBAL; Die Versuche NEISSER's an Affen in Batavia, behufs Studium der Lues; Zur Pathologie und Therapie gewisser Vergiftungen, STUMPF; Erfahrungen mit der Blutdifferenzierungsmethode nach v. *Italie*, PFEIFFER; Ueber Magenzerreissungen, besonders innere und unvollständige, STRASSMANN.

Nach Schluss der wissenschaftlichen Sitzungen besichtigte Verfasser die gerichtlich-medizinischen Institute der Universitäten in Zürich, Innsbruck und Graz. Beide letzteren Institute sind den Plänen und Anordnungen des Prof. KRATTER entsprechend erbaut und eingerichtet und hebt Verfasser die Zweckmässigkeit in Unterbringung und Einrichtung der beiden Institute besonders lobend hervor. Nicht nur was Räumlichkeiten und Einrichtung anbelangt, sondern auch bezüglich gericht-ärztlichen Lehrmaterials sind die Universitäten Innsbruck und Graz weit besser daran, als wir.

\* Nach einem Vortrage in der ärztlichen Fachzitung des Siebenbürgischen Museum-Vereines am 16. Februar 1907.

# Die Anwendung der Röntgenstrahlen in der gerichtsärztlichen Praxis.

## Veränderungen, welche Knochenbrüchen ähnliche Bilder geben.\*

(Mit Tafel I—IV. und 18 Abbildungen im Originaltext.)

Vom Univ. Professor Dr. BLASIUS KENYERES.

Bei der Deutung von RÖNTGENbefunden können verschiedene Umstände und Ursachen zu Fehlerquellen werden. Verfasser bespricht unter diesen eingehender diejenigen Fälle, in welchen der RÖNTGEN-befund geeignet ist eine tatsächlich nicht vorhandene Knochenverletzung vorzutäuschen. Um sich gegen ähnliche Täuschungen, soweit es überhaupt möglich ist zu schützen, muss man darauf bedacht sein in jedem einzelnen Falle das tunlichst beste und reinste Bild zu erhalten, auf welches unter den obwaltenden Umständen und bei dem gegenwärtigen Stande der RÖNTGEN-technik gerechnet werden kann.

Bei Aufnahmen von den Extremitäten soll die Structur der entsprechenden Knochen am Bilde mit genügender Deutlichkeit sichtbar sein; bei Beckenaufnahmen muss man dieser Forderung natürlicherweise entsagen, hier genügt es, man muss sich beziehungsweise damit zufrieden geben, wenn die Contouren der Knochen von dem Schattenbilde der Weichteile genügend scharf abgesondert erscheinen.

Von ganz bedeutender und entscheidender Wichtigkeit ist die Richtung des Hauptstrahles. Es wird bei den meisten

\* Nach einem Vortrage in der ärztlichen Fachsitzung des Siebenbürgischen Museum-Vereines am 6. März 1907.

Aufnahmen angezeigt sein, dass der Hauptstrahl den Mittelpunkt des zu durchleuchtenden Gegenstandes in möglichst senkrechter Richtung treffe. Bei schräger Bestrahlung entstehen leicht Zerrbilder. Da die Richtung der Strahlen einerseits, die Entfernung der Röhre von dem aufzunehmenden Körperteile andererseits, die Form des Schattenbildes im hohen Grade zu beeinflussen imstande ist, so ist es wichtig, dass derjenige, der die Aufnahmen benützt, beziehungsweise zu deuten berufen ist, diese auch selber herstellt. Zu falschen Deutungen können ferners auch Fehler, die bei der Ausarbeitung der Negative und der Positive, beim Entwickeln und Copieren vorkommen, Veranlassung geben, eben deshalb ist es auch äusserst wünschenswert, dass der Untersucher selbst, mit den photographischen Verfahren und Handhabungen vertraut sei. Von ganz besonders grosser Wichtigkeit ist selbstredend die ganz genaue Kenntniss der Entwicklungsvorgänge in den Knochen und die gelegentlich dieser Entwicklungsphasen vorkommenden Abnormitäten.

Verfasser berichtet über mehrere derartige Fälle, in welchen eben diese Entwicklungsvorgänge irrtümlicherweise für Knochenbrüche gehalten und als solche gedeutet wurden.

Derartige zur Täuschung geeignete Bilder können bei jedem in der Entwicklung begriffenen Knochen vorkommen. Als Abnormitäten werden vom Verfasser erwähnt die Patella cubiti, der Processus anguli olecrani, das Os trigonum tarsi, das Os peroneum und das Os intermetatarseum, das Os Vasali im Gastrocnemiuskopfe. Besonders hebt aber der Verfasser das ganz verschiedene Verhalten des Griffelfortsatzes der Ulna hervor. Er hält es für ganz gut möglich, dass solche Fälle vorkommen können, in welchen sich der Griffelfortsatz aus einem eigenen Knochenkerne entwickelt und auch späterhin isoliert bleibt und eben deshalb gleichfalls als Bruch angesprochen und als solcher gedeutet wird.

Schliesslich kann noch der Umstand zur Täuschung Veranlassung geben, dass der Schatten mehrerer Knochen aufeinander fällt. Der eine Knochen kann an jener Stelle als gebrochen erscheinen, wo er durch den Schatten des Randes

vom anderen Knochen herrührend geschnitten wird. Diese Täuschung kann natürlich nur bei solchen Untersuchern vorkommen, die in der Deutung der RÖNTGEN-bilder noch nicht genügende Fertigkeit besitzen.

Ueber die gerade entgegengesetzten Fälle der Täuschung, in welchen nämlich die wirklich vorhandenen Knochenbrüche im RÖNTGEN-bilde nicht gesehen werden, soll bei nächster Gelegenheit berichtet werden.

---

MITTEILUNG AUS DEM INST. FÜR GEWEBS- UND ENTWICKELUNGS-  
LEHRE DER KÖNIGL. UNG. FRANZ-JOSEF UNIV. IN KOLOZSVÁR.

(Director: Universitäts Professor Dr. STEFAN APÁTHY.

## Ueber die Riesenzellen.\*

Vom Assistenten Dr. TIBOR PÉTERFI.

Gelegentlich des Studiums von Mäuseembryonen fand *Verfasser* an der Berührungsgrenze der Schleimhaut des graviden Uterus und des Fruchtsackes, derartige Elemente die er einer weiteren und eingehenderen Untersuchung für wert erachtete. Es sind dies Zellen von auffallender Dimension, mit unregelmässigem Körper, ohne Zellhaut, ausserordentlich gross, mit blasenartigem Kern, die hauptsächlich bei den jungen Entwicklungsformen, besonders vom 9-ten, bis zum 15-ten Tage, entlang der Decidua und des Chorion überall gefunden werden können, indem sie an der Grenze dieser beiden Gewebe das Chorion gleichsam einsäumen. In der grössten Anzahl fand sie *Verfasser* an jenen Teilen der Gebärmutterwand, die *Minot* als Oblacentia und Epiplacentia benennt, also an den der Decidua capsularis und der Placenta allantoidea entsprechenden Stellen; zerstreut konnten sie jedoch in der ganzen Ausdehnung des Fruchtsackes nachgewiesen werden. Bezüglich ihrer Verteilung kann es als charakteristisch gelten, dass sie hauptsächlich Blutextravasaten entlang oder in Blutextravasaten gefunden wurden. Typische Formen fanden sich nur in Blutaustritten.

Untersucht man derartige, an den placentaren Teilen

\* Nach einem Vortrage in der ärztl. Fachsitzung des Siebenbürg. Museum-Vereines am 11. Mai 1907.

befindliche Riesenzellen, so fällt in erster Linie ihre Grösse auf. Die Zellengrenze lässt sich zwar äusserst selten genau verfolgen, da die Zellen keine Zellhaut besitzen, und andererseits enge miteinander verbunden sind; doch ist der Zellkern selbst von so auffälliger Grösse, dass wir uns durch diesen einen ziemlich genauen Begriff über die Maasse des Zellkörpers machen können. Im allgemeinen schwankt hier die Grösse der Zellen zwischen 60 und 100  $\mu$ . Ihre Gestalt ist unregelmässig amoebenartig. Die kürzeren, oder längeren Fortsätze dringen entweder in die Blutextravasate ein, oder sie verschmelzen *syncytiumartig* miteinander. Die äusseren Schichten des Zellkörpers sind häufig blasenartig, wie dies bei zerfallenden Zellen der Fall zu sein pflegt. Der Zellkern ist gross, blasenförmig, oval. In einer Zelle findet man regelmässigerweise nur einen Kern, doch sind zwei, oder mehrere Kerne neben einander auch nicht gerade selten. Das Zellkernehen bildet sich aus mehreren, leicht trennlichen achromatischen Kügelchen. In typischen Zellen färbt sich mit der APÁTHY'schen Färbung von Haematein I. A und Pikrorubin das Gerüst des Kernes dunkelblau, die den Nucleolus bildenden Kügelchen färben sich gelblichgrün, oder gelblichviolett. Diese Erscheinung ist eine so ständige, das Verfasser sie als Kriterium der Riesenzellen hinzustellen geneigt ist. Als charakteristische und wichtige Bestandteile dieser Zellen müssen die verschiedenen Körnchen und die innerhalb der Zellen und zwischen den Zellen befindlichen Kanälchen erwähnt werden. Es können Körnchen von ausserordentlich wechselnder Grösse und Färbbarkeit innerhalb des Zellkörpers und an der Oberfläche der Zellen gefunden werden. Die Kanälehen fanden sich hauptsächlich in den im Gebiete der Placenta allantoidea vorhandenen Riesenzellen und zwar dort, wo die Fortsätze zweier benachbarter Zellen ineinander griffen. Die Kanälchen können also ebenso gut in die Kategorie der intra, als in die der intercellularen Kanälchen einrangiert werden.

Die oben beschriebenen Zellformen fanden sich wie erwähnt hauptsächlich in den beiden Placentargebieten, weshalb sie Verfasser mit dem Namen der *placentaren Riesenzellen* belegt. Mit

diesen stimmen ihrer Structur nach im wesentlichen auch jene Riesenzellen überein, die ausserhalb der obenerwähnten Gegenden gefunden wurden, doch unterscheiden sie sich der Grösse und Form nach von ersteren.

Die an erster Stelle beschriebenen Riesenzellen wurden von dreierlei Gesichtspunkten aus der Forschung unterzogen: 1. vom Gesichtspunkte ihrer Abstammung 2. vom Gesichtspunkte ihrer Stellung innerhalb der Zellenlehre und 3. darauf hin, welche Rolle ihnen bei der Entwicklung der Frucht zukommen dürfte.

Die erste Frage hält Verfasser für so ziemlich entschieden, da er derartige Praeparate untersuchen konnte, in welchen die *Umgestaltung der Riesenzellen aus den mesodermalen Zellen des Chorion* auf das genaueste verfolgt werden konnte.

Was die Stellung dieser Riesenzellen betrifft, so hält sie Verfasser für solche die gleichsam einen Uebergang zwischen normalen und pathologischen Zellenformen bilden.

Er spricht sie ferners *als erstes Stadium der Syncytiumbildung an und weist hiemit gleichzeitig auf die Rolle hin, die ihnen in der Weiterentwicklung seiner Meinung nach zukommt.*

Er sieht in diesen Riesenzellen bei den Nagetieren *ein ebenso spezifisches Element der Ernährung der Frucht, wie es beispielsweise die Muskelzellen für die Muskelarbeit, die Stübchenzellen für die Secretion sind.*

(Auf die Abbildung der mikroskopischen Praeparate im Originaltext (S. 140 und 141) wird hingewiesen; hier finden sich auch die einschlägigen Literaturangaben).

## Mitteilung über die Methoden der Farbenphotographie.\*

Vom Univers. Professor Dr. BLASIUS KENYERES.

Nahezu gleichzeitig mit dem Photographieren, stellte sich die Sucht ein, die Gegenstände der Natur nicht nur ihrer Form nach, sondern auch in ihren ursprünglichen, natürlichen Farben, verewigen zu können. Mit dieser Frage beschäftigten sich vom Anfange an viele Forscher, unter diesen bereits in den 60-iger Jahren des vorigen Jahrhunderts FRANZ VERESS, der seine Versuche hier in Kolozsvár unter grossen materiellen Opfern vornahm, dieselben aber leider unterlassen musste, bevor er noch vollkommene Erfolge hätte erzielen können. Die Forscher schlugen der Hauptsache nach zweierlei Wege ein; ein Teil derselben wollte unmittelbar zum Ziele gelangen und suchte nach einem derartigen Verfahren, bei welchem gleich die erste, mit dem photographischen Apparate gewonnene Aufnahme färbig sei. Der andere Teil der Forscher ging auf mittelbarem Wege, mit welchem schon nennenswertere Erfolge erzielt werden konnten.

Verfasser erörtert und erläutert eingehend die verschiedenen Methoden der directen und indirecten Farbenphotographie, so das *Ausbleichverfahren*, das LIPPMANN'sche Vorgehen, die *additiven* und *subtractiven Methoden der Dreifarbenphotographie*. Besonders eingehend jedoch bespricht er das *Autochromverfahren* nach LUMIÈRE und begleitet die Besprechung mit Demonstration schön gelungener farbiger Aufnahmen.

\* Nach einem Vortrage in der ärztlichen Fachsitzung des Siebenbürg. Museum-Vereines am 12. Oktober 1907.

---

MITTEILUNG AUS DER CHIRURGISCHEN KLINIK DER KÖNIGLICH  
UNG. FRANZ JOSEF UNIVERSITÄT IN KOLOZSVÁR.

Director: Univ. Professor Dr. LUDWIG MAKARA.

Teilweiser Riesenwuchs mit Geschwulstbildung  
gepaart.\*

(Mit drei Abbildungen im Originaltexte.)

Vom Operationszögling Dr. ERNST FÉLEGYHÁZY.

Der 21 Jahre alte B. E. suchte mit der Klage die chirurgische Klinik auf, dass die seit 3—4 Jahren aus dem rechten Nasenloche herauswachsende Geschwulst ihm in letzterer Zeit Atembeschwerden verursache, weshalb er von derselben befreit zu werden wünsche. Vor 10 Jahren wurde sein rechtes Auge nach einer eiterigen Entzündung enucleirt. Sein rechtes Bein war immer dicker, als das linke; seine Unterschenkel begannen vor 5 Jahren anzuschwellen, der rechte stärker, als der linke; vor 3 Jahren überfuhr ein Wagen sein linkes Bein; im selben Jahre trat ihm ein Pferd auf den Rücken, seit dieser Zeit verkrümmt sich derselbe. Vor 4 oder 5 Jahren stiess ihn ein Knabe in den Unterleib, seither wachsen beide Seiten seines Hodens an.

Patient ist 163 cm. hoch, genügend entwickelt. Besonders auffallend ist die hochgradige Verkrümmung der Wirbelsäule und das überstarke Wachstum der Extremitäten. Die rechte Schulter und die rechte Hüfte steht höher, das rechte Schulter-

\* Nach einem Vortrage in der ärztlichen Fachzitzung des Siebenbürg, Museum-Vereines am 26. Oktober 1907.

blatt steht vom Brustkorbe ab und fällt auch von der Mittellinie entfernter. Der ganze Rumpf ist ober dem Becken nach rechts hin verschoben.

Die Reihe der Dornfortsätze der Wirbelsäule bildet eine dreifach gekrümmte Linie. Rechts hinten und links vorne Rippenhöcker. Das Dreieck ober der rechten Hüfte verschwommen, das linksseitige ist dagegen viel tiefer und ist hier die Haut in Querfalten gelegt, die linke Seite des Brustkorbes erscheint tief eingezogen. Der rechte *Musculus erector trunci* ist über den Dornfortsätzen nach links luxiert, als strammer Strang fühlbar. Die Skoliose ist fixiert. Das rechte obere Gliedmass ist um 2 cm. länger, als das linke; zwischen den Oberschenkeln besteht eine Längendifferenz von 5 cm., zwischen den Unterschenkeln eine solche von 7 cm. Beide untere Extremitäten, besonders aber die rechte, sind bedeutend verdickt. Der rechte Unterschenkel plump, in eine mit glatter Oberfläche bedeckte Walze umgewandelt — *Elephantiasis glabra*; — ober der rechten grossen Zehe ist die Haut von papillärem Aussehen — *Elephantiasis papillaris*; — an der äusseren-oberen Fläche des Fussrückens *Eleph. tuberosa*. Von der Kniekehle aufwärts, scheinen durch die Haut des Oberschenkels erweiterte, venöse Knoten durch, die Haut fühlt sich hier normal an. Der linke Fussrücken und das untere Drittel des Unterschenkels ist ebenfalls verdickt.

Die mikroskopische Untersuchung des elephantiasischen Gewebes weist das Bild der *gewöhnlichen Elephantiasis* nach.

Der zweite und dritte Finger der rechten Hand ist bedeutend, der vierte nur in geringerem Grade vergrössert *Makrodaktylie*. Am längsten ist der Mittelfinger, der 14 cm. misst und etwas nach aufwärts gebogen erscheint; die Länge des Zeigefingers beträgt 12 cm. An der linken Hand ist der dritte und vierte Finger länger, als normal; der Zeigefinger besitzt eine Länge von 9 cm., der mittlere von 10 cm. und der vierte eine solche von 11 cm.

*Röntgenaufnahme.* Die Knochen der rechten Hand sind im Allgemeinen grösser, als normal; die Vergrösserungen beziehen sich hauptsächlich auf die Phallangen des zweiten und dritten

Fingers. An den Knochen der linken Hand ist besonders augenfällig, dass die Knochen des vierten Fingers die dicksten und gleichzeitig auch die längsten sind, so dass der vierte Finger um einige Millimeter länger ist, als der dritte und diese Verlängerung des Fingers wird hauptsächlich durch die Vergrößerung der Phallangen bedingt. Die vom rechten Fuss gemachte RÖNTGEN-aufnahme zeigt im Grossen und Ganzen ziemlich normale Verhältnisse.

Die *Knochen* beider, *besonders aber jene des rechten Knies* erscheinen bedeutend vergrössert, die Entfernung der Epicondylen des Femur beträgt auf der rechten Seite  $10\frac{1}{2}$  cm. auf der linken  $9\frac{1}{2}$  cm.

Das *Becken* ist sehr schief und nach vorne geneigt: hiedurch erhält der Beckeneingang die Form eines nach rechts und oben verzogenen Kartenherzes. Am *Schädel* bestehen keinerlei nennenswertere Veränderungen. Bei *Durchleuchtung des Brustkorbes* erhält man linkerseits einen etwas grösseren Herzschatten, als er der normalen Herzdämpfung entsprechen würde; ein dem *Thymus* entsprechender Schatten konnte nicht nachgewiesen werden.

Beide Hälften des Scrotums, besonders aber die linke, sind bedeutend vergrössert, gegen die Bauchhöhle scharf abgegrenzt, von glatter Oberfläche, transparent und fühlen sich prall und elastisch an: *Hydrokele*.

Aus der rechten Nasenhöhle schiebt sich ein hühnerei grosses, lebhaft rot gefärbtes, granulationsgewebe-ähnliches Gebilde vor. Nasenwurzel verbreitert, das Septum stark nach links gebogen. Auf Grund der mikroskopischen Untersuchung stellt sich das Gebilde als ein *Myxofibroma polyposum nasi* heraus. Die oberhalb der linken Augenhöhle sichtbare Prominenz von der Grösse eines kleinen Apfels, entspricht wahrscheinlich einem vom Sinus frontalis ausgehenden *Osteom*. *Tast- und Schmerzempfindung* der verdickten Unterschenkel normal; *Kälte- und Hitzeempfindung* weder vermehrt, noch vermindert. Die *elektrische Reizbarkeit* der Muskeln normal. Oberflächliche Reflexe und Patellarreflex auslösbar. Pupille des linken Auges reagiert prompt S.  $\frac{6}{60}$ , mit 4 D. concav  $\frac{6}{24}$ . Augenhin-

tergrund normal. Myopia ex speculo 4 D. *Anophthalmus dexter*. Blutbefund vollkommen normal.

Kurz zusammengefasst handelte es sich also in unserem Falle um *angeborenen halbseitigen Riesenwuchs (Makrosomia partialis congenita)*, den *äusserliche Traumen* bedeutend verschlimmerten. Auffallend ist das *übermässige Wachstum der rechten Extremitäten*, an der rechten Hand mit *typischer Makrodaktylie* und an den unteren Extremitäten mit *Elephantiasis*, bei sonst genügend entsprechender *Entwicklung des betroffenen Individuums*. Weitere *Veränderungen* waren: *Skoliose*, *Osteom an der Stirne*, *Myxofibroma polyposum nasi*, *beiderseitige Hydrokele*, *Kurzsichtigkeit des linken Auges* und *Anophthalmus artefact. rechts*.

## Ueber die Bedeutung der frühen Diagnose und über den specifischen Wert der Calmette'schen Ophthamoreaction.\*

Vom Professor Dr. SIGMUND PURJESZ.

Die Wichtigkeit der richtigen Bestimmung der Diagnose, war zu jeder Zeit und überall anerkannt, wo man sich mit der ärztlichen Behandlung ernstlich beschäftigte. Ihre Bedeutung trat besonders damals in den Vordergrund, als unsere Wissenschaft auf naturwissenschaftliche Grundlage gelegt wurde.

Der Aera der Wiener Schule wird der ärztliche Nihilismus und das zum Vorwurfe gemacht, dass sie die Behandlung als etwas ganz nebensächliches ansah und in der Diagnostik sozusagen schwelgte. Dieser Vorwurf ist ungerecht, da diese Schule die Behandlung durchaus nicht gering anschlug, jedoch in erster Linie dem Sitz der Erkrankungen nachforschte, indem sie die im Laufe der Erkrankung auftretenden organischen Veränderungen bestimmte und zur Einsicht gelangte, dass sie mit den damals zur Verfügung gestandenen therapeutischen Mitteln, auf diese schweren Veränderungen sehr wenig Einfluss auszuüben imstande sei.

Diese diagnostischen Studien waren jedoch auch für die Therapie von nicht zu unterschätzendem Nutzen, obgleich diese stets nur gegen die Symptome gerichtet sein konnte und nicht gegen die Ursache der Erkrankung, welche damals noch zum grossen Teile unbekannt waren. Eine specifische Therapie konnte sich demnach selbstverständlich nicht entwickeln und neben der symptomatischen Therapie konnte die Frühdiagnose

\* Nach einem Vortrage in der ärztlichen Fachsitzung des Siebenbürg. Museum-Vereines am 23. November 1907.

und zwar die so früh als möglich gestellte Diagnose hauptsächlich nur wissenschaftlichen Wert besitzen.

Während also bei unseren Vorfahren die frühe Diagnose in gewisser Beziehung gleichsam nur Selbstzweck sein konnte, so wird die grosse Bedeutung der frühen Diagnose dann besonders in's Auge springend, wenn es möglich sein wird, die spezifische Therapie in grösserer Ausdehnung fortzusetzen.

Es giebt eine grosse Zahl von Erkrankungen, bei denen unsere Kenntnisse bezüglich ihres frühen Erkennens, durch die besseren technischen Mitteln, durch das leichtere Erkennen der gesetzten Veränderungen und durch die Möglichkeit des Nachweises des Krankheitserregers, mit dem Wissen unserer Vorfahren nach dieser Richtung hin, gar nicht verglichen werden dürfen. Von allen diesen Erkrankungen wollen wir uns heute jedoch nur mit einer befassen, u. zw. mit einer Erscheinung des frühzeitigen Erkennens der Tuberkulose, beziehungsweise mit einem Untersuchungsverfahren welches nach CALMETTE, der es als erster empfahl, die CALMETTE'SCHE *Ophthalmoreaction* genannt wird.

Das Wesen der CALMETTE'SCHEN *Ophthalmoreaction* besteht darin, dass nach Einträufeln eines Tropfens einer 1%-igen Tuberculinlösung in das eine Auge, wenn das betreffende Individuum an Tuberkulose gleichviel, ob in manifester, oder latenter Form leidet, an der Bindehaut dieses Auges reactive Entzündungserscheinungen sich einstellen, während in dem Falle, als das Individuum nicht tuberkulös ist, am Auge keinerlei Veränderungen wahrgenommen werden können.

*Vortragender* hält diese Frage für ungemein bedeutungsvoll, in erster Linie wegen der ausserordentlichen Verbreitung der Tuberkulose, in zweiter Linie wegen der Stellungnahme, die sich in Bezug auf die Aetiologie, die Heilbarkeit, speciell aber auf die Prophylaxe des Leidens, sowohl unter den Ärzten, als auch unter dem grossen Publicum entwickelt hat und schliesslich wegen der leichten und einfachen Durchführbarkeit dieses Untersuchungsverfahrens. Er fürchtet jedoch, dass bei der gegenwärtigen phthisophoben Strömung und bei der Sucht um jeden Preis heilen, besonders aber Prophylaxe üben zu wollen,

die Ophthalmoreaction auf den Platz geworfen wird, bevor noch darüber die Entscheidung hätte getroffen werden können, *ob die CALMETTE'sche Reaction tatsächlich eine specifische Reaction der Tuberkulose sei, ob sich die eigentümlichen Veränderungen am Auge wirklich nur bei vorhandener Tuberkulose einstellen und ob bei vorhandener Tuberkulose immer?*

Die Nachprüfung des Verfahrens wurde mit der CALMETTE'schen Originallösung vorgenommen; die Daten beziehen sich daher auf die mit dieser Lösung gewonnenen Resultate, falls nicht das Gegenteil besonders hervorgehoben wird. Dort wo sich eine Reaction einstellte, geschah dies im Grossen und Ganzen auf die Art, wie dies CALMETTE beschreibt. 3—6 Stunden nach der Einträufelung konnte bereits ein Unterschied im Aussehen der beiden Augen wahrgenommen werden, doch gab es auch Fälle, in denen sich die ersten Symptome erst nach 48 Stunden zeigten, ja selbst solche, wo die Erscheinungen erst nach 8—9 Tagen auftraten, beziehungsweise sich abermals entwickelten. Dauer und Grad der Reaction war sehr verschieden, mitunter eine länger andauernde und ziemlich bedeutende und lebhaft, so dass Vortragender die Reaction für nicht ganz so indifferent hinstellen kann, wie dies CALMETTE tut. *Wäre aber der specifische Wert der Reaction über jeden Zweifel bewiesen und fielen nicht noch ein weiterer Umstand schwerer gegen die Reaction ins Gewicht*, so würde sie Verfasser trotzdem ohne Bedenken in allen jenen Fällen für anwendbar erklären, in denen die Frage eines verborgenen tuberculösen Herdes, durch andere, mildere Untersuchungsverfahren nicht klargestellt werden könnte.

*Kommt aber diesem Untersuchungsverfahren, beziehungsweise der durch dieses Verfahren hervorgerufenen Reaction, tatsächlich der Wert einer specifischen Reaction im obigen Sinne zu?*

Zur Lösung dieser keineswegs leichten Frage glaubte Verfasser am richtigsten durch folgenden Gang der Untersuchung beitragen zu können. Unter den zur Verfügung stehenden 145 Kranken, wurden zuerst jene ausgewählt, die entschieden tuberculös waren, es waren dies 34. In die zweite Gruppe kamen jene, bei denen derartige Symptome bestanden, die eventuell auch durch Tuberkulose veranlasst sein konnten; solche Fälle

waren 30; schliesslich in die dritte Gruppe jene, bei denen kein für Tuberkulose sprechendes Symptom gefunden werden konnte.

Bei den 34 Individuen, bei denen kein Zweifel der Tuberkulose bestand, kam eine entschiedene Reaction bei allen 34, also in 100% zustande. Bei zwei dieser Fälle stellte sich jedoch eine Reaction nur gelegentlich einer abermals vorgenommenen Einträufelung ein, die erste Instillation war reactionslos geblieben.

Bei den 81 Individuen, bei denen nicht die geringsten Anhaltspunkte für Tuberkulose vorhanden waren, war die Reaction 21-mal, also in 25·9%, positiv, bei 47 Fällen, also 58% blieb sie vollkommen aus, 13-mal waren die conjunctivalen Erscheinungen so minimal, dass sie der Reaction, wie sie CALMETTE beschreibt, nicht entsprachen, da aber ein, wenn auch geringer Unterschied zwischen den beiden Augen bestand muss die Reaction zumindestens als zweifelhaft bezeichnet werden. Damit jedoch diese Daten bei Beurteilung der Reaction weder für noch gegen verwertet werden können, werden sie des weiteren ganz ausser Rechnung gelassen.

Bei den auf Tuberkulose eventuell verdächtigen 30 Fällen gaben 21, also 70% eine positive Reaction. Mit diesen will sich *Verfasser* deshalb nicht weiter befassen, da sie auf die Klärung der Frage durchaus ohne Einfluss sind.

Was lässt sich also aus den Zahlen der ersten und dritten Gruppe herauslesen? „die natürlich wegen ihrer relativen Geringigkeit zu allgemein giltigen Schlussfolgerungen ungeeignet erscheinen, obwohl andere Autoren solche auf noch geringere Zahlen basierten.

Ziehen wir bloss die Zahlen der ersten Gruppe in Betracht, so bietet sich gleichsam von selbst die Folgerung; *was tuberkulos ist, gibt die Ophthalmoreaction im Sinne CALMETTE'S*; dies ist freilich weniger, als was andere aus den gleichen Zahlen folgern wolten, dass nämlich alles, was die CALMETTE'sche Reaction giebt, tuberkulös sei.

Leider erwiesen sich auch die Zahlen der ersten Gruppe als äusserst schwankender Boden, denn von den 34 entschieden tuberculösen Kranken gaben zwei die Reaction nicht, eine

solche stellte sich erst nach der zweiten Einträufelung ein; würde diese nicht gemacht worden sein, und zu dieser war *Verfasser* nicht nur nicht verhalten, sondern da es sich um genaue Nachprüfung des CALMETTE'SCHEN Verfahrens handelte nicht einmal berechtigt, so wäre aus den Zahlen der Gruppe gerade der entgegengesetzte Schluss zu ziehen gewesen, dass nämlich *nicht jeder tuberculöse Kranke die in Frage stehende Reaction ergibt*. Und wer kann dafür einstehen, dass falls die Untersuchung bei den 81 entschieden nicht Tuberkulosen ein zweites, drittes, oder viertemal vorgenommen worden wäre, alle 81, oder zumindestens ein beiweitem höherer Percentsatz als 25·9% die Reaction positiv gegeben hätte. *Es hängt also ganz von der Einrichtung der Untersuchung ab, ob wir das Ergebniss bekommen, jeder an Tuberkulose leidender Kranke gäbe die CALMETTE'SCHE Reaction, oder aber nicht jeder an Tuberkulose leidender Kranke gäbe dieselbe*. *Verfasser* hält sich auf Grund des oben gesagten durchaus nicht für berechtigt zu behaupten die CALMETTE'SCHE Reaction wäre keine verlässliche Probe auf Tuberkulose, dagegen hält er sich zur Behauptung für berechtigt, dass mit einem derart unsicheren, nach Belieben eingerichteten Untersuchungs gange, man weder zu einhelligen Ergebnissen gelangen, noch darüber urteilen kann, ob die CALMETTE'SCHE Reaction tatsächlich eine spezifische Reaction der Tuberkulose sei.

Auf Grund einzelner Beobachtungen gelangt *Verfasser* weiters zu der Ueberzeugung, dass selbst dieser eine Tropfen der 1%-igen Tuberculinlösung nicht derartig indifferent ist, dass er ohne durchdachten Plan und ohne genügenden Grund eingeträufelt werden dürfte, da alle Anzeichen dafür zu sprechen scheinen, dass auch nach dem Abklingen der localen Reaction, weder die locale, noch die allgemeine Wirkung endgiltig beendet sei.

Es wurden bereits Fälle beobachtet, wo alle Symptome der Tuberkulose fehlten, die aber dennoch die Reaction gaben und bei denen die spätere Obduction wirklich Tuberculose nachwies. Zwei ähnliche Fälle wurden auch vom *Verfasser* beobachtet, diesen gegenüber aber auch ein solcher, bei dem die Spondylitis für tuberculös gehalten wurde, die CALMETTE'SCHE Reaction aber dreimal negatives Resultat ergab und die Obduction trotzdem sowohl in dem Wirbel, als auch in der Lunge Tuberkulose nachwies.

Verfasser ist der Ansicht, dass erst dann wenn auf entsprechend aufgestellte Fragen, mit gleicher Planmässigkeit, mit den selben Lösungen, bei hundertern vorgenommene Einträufelungen, mit ebenso vielen Obductionsbefunden werden verglichen werden können, diese wichtige Frage entschieden werden könne, ob der CALMETTE'schen Ophthalmoreaction tatsächlich der Wert einer specifischen Reaction zukommt, oder nicht? Besitzt die Tuberkulose eine specifische Reaction, so muss dieselbe, ausser es stören fremde von den Reagentien unabhängige Factoren das Zustandekommen der Reaction, stets erscheinen und wenn dies einmal nicht geschieht, oder wenn sie sich auch bei einem anderen Leiden einstellt, so war sie eben nie specifisch. Und stellte es sich heraus, dass die Ophthalmoreaction keinen specifischen Wert hat und Verfasser glaubt dass sich dies herausstellen wird — so dürfte es am besten sein von ihren Anwendung ganz abzusehen.

Schliesslich hebt Verfasser noch hervor, dass wir bei Beurteilung der specifischen Natur der Ophthalmoreaction auch der Hilfe der Tierexperimente entsagen müssen, da bei notorisch tuberculösen Versuchstieren die Reaction niemals zustande kam.

---

MITTEILUNG AUS DER GEBURTSHILFLICHEN UND GYNAEKOLOGISCHEN KLINIK DER KÖN. UNG. FRANZ JOSEF UNIVERSITÄT IN KOLOZSVÁR.

Director: Hofrat, Professor DR. DIONYSIUS SZABÓ.

Ein durch Bauchschnitt geheilter Fall eines mit Verblutung drohenden Ovariumperithelioms.\*

vom I. Assistenten DR. LUDWIG GÓTH.

Mit Rücksicht auf die ziemlich geringe Anzahl von Peritheliomen, ist jeder neuere Fall des Aufzeichnens wert, der zu beschreibende Fall bietet mit seinen klinischen Eigenheiten überdies noch manches von Interesse.

Die 24 Jahre alte J. A. bekam ihre erste Menstruation vor 10 Jahren, dieselbe wiederholte sich je 28 Tage und hielt 5 Tage an. II. P. Erste Geburt vor 7, zweite vor 5 Jahren; Verlauf normal. Seit beiläufig 3 Monaten bemerkt sie im Unterleib eine Geschwulst. Patientin liegt seit 4 Tagen an der internen Klinik, wo neben beträchtlichen Ascites, eine balottierende Geschwulst in der Höhe des Nabels nachgewiesen wurde. Ein genaues Durchpalpieren war wegen der grossen Flüssigkeitsansammlung unmöglich. Nachdem sich der Lufthunger bei der Kranken in beängstigender Weise steigerte, wurde der Unterleib an der gewohnten Stelle angezapft. Dieser Eingriff war von einer ziemlich rasch vorübergehenden Erleichterung gefolgt. Nach einer Stunde verschlimmerte sich der Zustand abermals in erschreckender Weise. Patientin ist unruhig, Puls

\* Nach einem Vortrage in der ärztlichen Fachsitzung des Siebenbürgischen Museum-Vereines am 23. November 1907.

126—132, klein, leicht unterdrückbar, Gesicht auffallend blass. Bauch bedeutend vergrößert, Bauchwand oedematös. Im unteren Teil des Unterleibes die Erscheinungen von freier Flüssigkeit. Links sickert aus der mit Sparadrap bedeckten Punctionswunde ununterbrochen eine stark blutige Flüssigkeit hervor. Die äusseren Geschlechtsteile oedematös. Portio vaginalis 1 cm., Muttermund eine geschlossene Querspalte. Uteruskörper scheinbar anteflect. und vert. Der untere Teil des Bauches bis zum Nabel hinauf, wird durch ein höckeriges, auffallend bewegliches Gebilde ausgefüllt. Der Uterus folgt der Bewegung der Geschwulst nach auf und abwärts ganz ausgesprochen.

Die Diagnose musste auf ein bösartiges Neugebilde gestellt werden. Ebenso erschien es als ziemlich zweifellos, dass die immer drohender werdende Verschlimmerung des Zustandes, durch eine innere Blutung verursacht werde, die aller Wahrscheinlichkeit nach *aus einer, gelegentlich des Anzapfens entstandenen Verletzung herrührt.*

Die rasch zunehmende Schwäche der Kranken, machte sofortige Hilfe dringend nötig, weshalb eine sogleich vorzunehmende Laparatomie vorgeschlagen wurde, auf die Patientin einging. Chloroformnarkose. Bauchschnitt in der Mittellinie, der Fettpolster der Bauchwand auffallend oedematös. Nach Eröffnung der Bauchhöhle entleeren sich ca. 12 Liter einer stark blutig gefärbten Flüssigkeit. Das Bauchfell ist tiefrot, die Oberfläche jedoch überall glatt, glänzend, nirgends ein Belag. Die in die Bauchhöhle vordringende Hand überzeugt sich, dass das Neugebilde mit dem linken Rand des Uterus, durch einen breiten Stiel verbunden ist. Der obere Pol der Geschwulst ist mit dem Omentum innig verwachsen, im übrigen jedoch frei beweglich. Das Oment wird von seinem kranken Ende entfernt mit Catgut unterbunden, sein unterer Teil sammt der Geschwulst entfernt. Der beiläufig 3 fingerbreite Stiel der Geschwulst wird in 2 Parthien mit Seide unterbunden und durchschnitten; das rechte, ca. nussgrosse, cystisch entartete Ovarium, nach entsprechender Versorgung entfernt; die Punctionsöffnung des Bauchfelles von der Bauchhöhle aus, mit 2 Catgutknopfnähten geschlossen. Bauchnaht in drei Schichten;

Schliessung der Punctionsöffnung von der Haut aus, mit einer Knopfnah. Druckverband. Weiterer Verlauf sehr günstig. Patientin verlässt am 20. Tag das Bett und einige Tage später geheilt die Anstalt.

Die entfernte Geschwulst wiegt 1640 Gramm. Die histologische Untersuchung derselben, lässt keinen Zweifel darüber zu, dass die Geschwulst ihren Ausgang aus den Gefässen des Ovariums nahm. Die Geschwulst wird von solchen Zellgruppen aufgebaut, wo in der Mitte jeder Gruppe ein Blutgefäss erkennbar ist. Es handelt sich also um ein *Perithelium*, beziehungsweise um ein *lymphatisches Endothelium* (ECKHART).

Was die klinischen Eigenheiten des Falles anbelangt, so muss besonders auf das jugendliche Alter der Patientin hingewiesen werden. Eben dieser Umstand erschwerte auch den Entschluss der Entfernung des scheinbar gesunden rechten Ovariums; doch erschien diese Vorsicht gerechtfertigt, da die Geschwulst gelegentlich der Operation für einen Ovarienkrebs gehalten werden musste, und selbst, wenn die Natur der Geschwulst gekannt gewesen wäre, würde das Verfahren am Platze gewesen sein, denn es sind Fälle bekannt, wo das dem freien Auge vollkommen gesund erscheinende Ovarium, unter dem Mikroskope die Zeichen der beginnenden Geschwulstbildung aufwies.

Weiters gehört es zu den grössten Seltenheiten, dass die unmittelbare Indication der Laparatomie durch die Gefahr der inneren Verblutung gegeben wurde. Schliesslich wendet sich Verfasser gegen die Anwendung des Troiquart bei Ascites infolge Geschwulstbildung und hält er wie dies Prof. SZABÓ seit Jahren lehrt, die Anwendung desselben selbst dann nicht für zulässig, wenn die Geschwulst klinisch für eine Radicaloperation ungeeignet erscheint. Eine Probelaparatomie ist heute ein kaum gefährlicherer Eingriff als das Anzapfen und sie besitzt dabei den Vorteil gleich über die Operationsmöglichkeit zu orientieren.

---

## Sitzungsberichte

aus der medizinischen Sektion des Erdélyer Museumvereines.

### XIV. Fachsitzung am 5. Oktober 1907.

Vorsitzender: Prof. SIGMUND PURJESZ.

Schriftführer: DR. DANIEL KONÁDI.

I. Professor DR. BLASIUS KENYERES hält seinen Vortrag über die verschiedenen Verfahren der Farbenphotographie (S. Revue S. 42.)

An der Discussion nimmt Dr. ELEMÉR VERESS teil, der das Verfahren seines Vaters FRANZ VERESS kurz erörtert. Das Wesen des Verfahrens besteht darin, dass aus der Lösung verschiedener Metallnitate und Chloride mit Hilfe von Collodium eine Emulsion hergestellt wird, die auf Glas, oder Papier eingetrocknet, gegen die Farben empfindlich ist. Wenn verschiedene Metallechloride und neben diesen Metallnitate im Collodium mit Silbernitrat zusammengebracht werden, erhält man eine, allen Farben des Spectrums gegenüber empfindliche Lösung. Die Exposition geschieht unter farbiger Beleuchtung. Ein Nachteil des FRANZ VERESS' sehen Verfahrens ist der, dass eine relativ langdauernde Exposition und farbige Beleuchtung nötig ist, bis die Farben in entsprechender Intensität sichtbar werden, ferner dass der Ton und die Lebhaftigkeit der Farben mit den auf den Diapositiv sichtbaren Verhältnissen nicht vollkommen übereinstimmen, schliesslich dass die Zusammenstellung der Emulsion eine äusserst verwickelte ist. Die Vervollkommenung ist aber durchaus möglich. Das Verfahren steht den anderen gegenüber einzig da, da es das alleinige ist, welches auf rein chemischem Wege und auf die unmittelbarste Weise zum Ziele zu gelangen sucht.

2. Dr. LUDWIG GÓTH stellt einen Fall von *vaginalem Kaiserschnitt* vor, den er vor zwei Tagen wegen *Eklampsie* vornahm, die in der 32. Woche der Schwangerschaft bei einer V. Gr. auftrat. Chloroformnarkose, Herabziehen mittels beiderseits in die Ränder

des Muttermundes eingehackter Muzeux; vorderer Scheidenschnitt, der Länge nach vom Muttermund bis zur Hälfte der Scheide; Hinaufschieben der Blase, Eröffnung der vorderen Cervixwand, Sprengen des Fruchtsackes, Wenden auf die Füsse, Extraction. Die Frucht in stärkerer livider Asphyxie, kommt bei *Schultze'schen* Schwingungen, Aufwärmen und Hautreizen zu sich. Der Neugeborene misst 46 cm. wiegt 2100 gm. atmet und nährt sich in der Couveuse ziemlich gut. 2 Stunden nach der Operation beginnen bei der Wöchnerin eklamptische Anfälle, die in ständigem Coma die ganze Nacht bis 8 Uhr morgens andauern (24 Paroxysmen); Vormittags noch ein Anfall, Nachmittag und am Tage der Vorstellung kein neuerer Anfall.

### XV. Fachsitzung am 12. Oktober 1907.

Vorsitzender: Prof. SIGMUND PURJESZ.

Schriftführer: Dr. DÁNIEL KONRÁDI.

1. Dr. STEFAN SÁNDOR demonstriert einen Fremdkörper, der in einem Tumor der Bauchwand eingeschlossen war. Bei der 51 Jahre alten, stark abgemagerten Patientin war im linken Hypogastrium ein faustgrosser, harter, mit den tieferen Schichten der Bauchwand verwachsener Tumor vorhanden, der weder mit dem Colon sigmoideum, noch mit den Genitalien zusammenhing. Die Operation bestand in der Entfernung der mit dem Omentum, dem Ligamentum latum und Ligam. teres uteri verwachsenen Geschwulst. Die Geschwulst in der Grösse eines Gänseeies, war aus narbigem Bindegewebe gebildet, in der Mitte derselben fand sich ein 5 cm. langes, 2 mm. breites, 1 mm. dickes, an beiden Enden zugespitztes Knochenstück, in etwas Granulationsgewebe gehüllt.

2. Dr. STEFAN SÁNDOR demonstriert den *Ricard'sche Narkotisierungs Apparat*, der eine Variante des *Regnier Dupont'schen* Apparates ist. Die Vorteile des Apparates sind, dass die Controlle der Atmung des Narkotisierten eine leichte ist, dass sich eine genau dosierte Luft- und Chloroformmischung verabreichen lässt und dass der Apparat eben deshalb auch dort von ausserordentlichen Nutzen sein wird, wo das Narkotisieren einem minder geübten Narcotiseur, eventuell einem Laien anvertraut werden muss.

3. Dr. ÁRPÁD GYERGYAI demonstriert einen minder ausgesprochenen Fall eines *Skleroms*. Unter dem rechten Stimmbande fand sich ein kleiner Auswuchs und am Choanenseptum ein erbsengrosses Granulom, im übrigen normale Verhältnisse. Das endolaryngeal entfernte Gewebe zeigte das typische histologische Bild des Skleroms.

4. Dr. HEINRICH KANITZ stellt zwei Fälle von *Rhinosklerom* vor. Diese beiden Fälle miteingerechnet wurden an der hiesigen

dermatologischen Klinik in den letzten 10 Jahren 9 Fälle von *Rhinosklerom* beobachtet. Diese Krankheit scheint demnach in dem siebenbürgischen Theile Ungarns ziemlich häufig vorzukommen.

#### XVI. Fachsitzung am 19. Oktober 1907.

Vorsitzender: Prof. Dr. SIGMUND PURJESZ.

Schriftführer: Dr. DANIEL KONRÁDI.

1. Dr. HEINRICH KANITZ demonstriert mikroskopische *Praeparate* von dem einem in der letzten Fachsitzung vorgestellten *Rhinosklerom*.

2. Prof. KOLOMANN BUDAY demonstriert ein Präparat von *vollkommener Nierennekrose* durch Embolie verursacht; der Fall gewinnt dadurch an Interesse, dass bereits während seiner Beobachtung an der internen Klinik, aus den Nierenblutungen die Diagnose auf Niereninfarkt gestellt wurde. Die von Prof. KENYERES verfertigten farbigen, photographischen Aufnahmen von der Niere geben den ursprünglichen Farbenunterschied von den einzelnen Theilen derselben noch genauer zurück, als das bereits etwas verblasste Praeparat. An der Discussion nimmt Dr. ALADÁR ELFER teil.

3. Dr. JOHANN GÉBER stellt

a) ein 12 Jahre altes Mädchen mit einer *Sklerosis tonsillae* und  
b) einen Fall von schweren und ausgedehnten Veränderungen von tertiärer Syphilis vor und weist an der Hand dieses Falles auf die endemische Verbreitung der Syphilis in den siebenbürgischen Theilen Ungarns hin.

4. Dr. LUDWIG GÓTH hält einen Vortrag: „*Ein neuer Handgriff zur Behandlung der nach der Geburt auftretenden (atonischen) Blutungen*“

#### XVII. Fachsitzung am 26. Oktober 1907.

Vorsitzender: Prof. Dr. LADISLAUS UDRÁNSZKY.

Schriftführer: Dr. DANIEL KONRÁDI.

1. Dr. FRANZ VERESS stellt zwei Fälle von *Sklerodermie* vor, nachdem er vorerst über das Wesen dieses selteneren Leidens eingehend berichtet.

Der erste Fall betrifft den 41 Jahre alten Tagelöhner G. M. In der Anamnese findet sich nur eine wichtigere Angabe, nämlich die, dass Patient einige Wochen, bevor die ersten Erscheinungen der Erkrankung auftraten, an einem kalten Wintertage, nach anstrengender Arbeit, verschwitzt, eine Nacht in einem ungeheizten Stalle

schief und als er des Morgens erwachte, derart erstarrt war, dass er seine Tiere nicht abfüttern konnte. Er lag dann eine Woche hindurch krank zu Bette und einige Wochen darauf begann sich seine Haut stellenweise zu verhärten.

An den beiden Schulter spitzen, den Oberarmen, den Unterarmen bis zur Handwurzel, beide Ellenbogenbeugen ausgenommen, mit Ausnahme der Inguinalgegenden an den Oberschenkeln, den Unterschenkeln, an den grössten Teilen des Rückens, des Brustkorbes und des Bauches ist die Haut innerhalb scharfer Grenzen eigentümlich verändert; ihre Oberfläche ist glatt, prall, sie fühlt sich stellenweise nur schwach infiltriert an, doch an den ergriffenen Stellen ist sie zum grössten Teil knorpelhart und lässt sich nicht in Falten heben. Dies zeigt sich am augenfälligsten oberhalb der Gelenke und dort wo die Haut direct auf Knochen und Sehnen liegt. Die erkrankten Hautparthien sind zumeist rötlich gefärbt, stellenweise sind sie violett oder blassgelb, wachsfarbig und glänzend, oder aber braun pigmentiert. Die Oberfläche der ergriffenen Hautstellen erhebt sich an den Schulter spitzen, am Bauche und in der Gegend des rechten Schulterblattes etwas über das Niveau der sie umgebenden Haut, ist also hier verdickt, an anderen Stellen erscheint sie gerade etwas eingesunken. Spontane Schmerzhaftigkeit besteht nur oberhalb der beiden Handwurzelgelenke und an beiden Sohlen; die Bewegung der Extremitäten verursacht ihm in der Haut ober den Gelenken Schmerzen. Die erkrankten Hautstellen fühlen sich etwas kühler an, als die sie umgebende gesunde Haut. Die Tastempfindlichkeit ist im Grossen und Ganzen unverändert, nur an der Haut ober den Knöcheln und den Handwurzeln, sowie an der Sohle ist die Empfindlichkeit vermindert, hier ist die Haut am stärksten gespannt. Ob die Verhärtung der Haut des Praeputium und der Eichel auf Sklerodermie beruhen, lässt sich gegenwärtig noch nicht sicher sagen.

Der zweite Fall bezieht sich auf den 45 Jahre alten Landmann *M. K.*, der nie an Syphilis gelitten und Alcohol stets nur mässig genossen haben will. Rund um die Knöcheln und auf die Füsse übergreifend ist die Haut glatt, gespannt, glänzend und fühlt sich sehr hart an. Auch das untere Drittel beider Unterschenkeln wird von glatter, praller, dünner, doch weniger harter Haut bedeckt. Die Grenze des Leidens reicht nach oben auf 3—4 Querfinger unter das Kniegelenk, ist aber derart verschwommen, dass die verhärtete Haut nahezu unsichtbar in die gesunde übergeht. In der Mitte der vorderen Fläche des rechten Oberschenkels ist die Haut in Gestalt einer dreiästigen fingerbreiten Linie, an der linken Seite des Bauches in der Form eines runden, etwa Kronengrossen Fleckes ebenfalls verhärtet. Hier erscheint sie braunrot pigmentiert

und ist ihre Empfindlichkeit, hier ebenso, wie im äusseren unteren Teile der Knöcheln, vermindert.

Beide Fälle werden von Prof. MARSCHALKÓ histologisch aufgearbeitet.

2. Dr. PAUL STEINER stellt einen *operierten und geheilten Fall eines Stiches der Niere* vor. Der 28 Jahre alte Mann erhielt vor einem Monate einen Messerstich in die linke Lumbalgegend und wurde Nachts 3 Uhr an die Klinik gebracht. Der etwas collabierte Patient ist bei Bewusstsein; Puls kleinwellig, 104; Temperat. 36·8, Zahl der Atmung 34. In der linken Lumbalgegend eine 3 cm. breite, auf  $\frac{1}{2}$  cm. klaffende, scharfrandige Stichwunde. Morgens stellt sich starke Haematurie ein, der Collaps hat zugenommen. Die Operation bestand in einem hinteren Lumbalschnitt mit Freilegung der Niere (Prof. MAKARA), bei welcher Gelegenheit eine die Nierenkapsel durchdringende, die hintere Oberfläche der Niere, ca. 3 cm. ober ihrem unteren Pole treffende, 1 cm. lange Stichwunde gefunden wurde. Selbe wurde mit einer Catgutnaht vereinigt, die Niere reponiert, um dieselbe zwei Gazestreifen gelegt, die Muskel-Hautwunde verengt und offene Wundbehandlung eingeleitet.

3. Dr. PAUL STEINER stellt weiters *zwei schwere Fälle medicinaler Quecksilbervergiftung* vor. In dem einen Falle stellte sich nach 9 antiluetischen Injectionen unter Mundsperrre ein übelriechendes, belegtes Geschwür an der rechten Mandel, Gaumenbogen, rechten Zungenhälfte u. s. w.-ein, während in dem anderen Falle die acute Quecksilbervergiftung nach Anwendung von Verbänden mit gelber Quecksilbersalbe gegen Phlegmone des Unterschenkels und Fusses auftrat.

An der Discussion nehmen Prof. MARSCHALKÓ, FRANZ VERESS und ERNST PAPP teil.

4. Vortrag des Dr. ERNST FÉLEGYHÁZI: *Ein Fall von teilweisen Riesenwuchs mit Geschwulstbildung gepaart.* (Siehe Revue Seite 43.)

An der Discussion nimmt Dr. ALADÁR ELFER teil.

5. Dr. HEINRICH KÁNITZ stellt einen Fall von *Psoriasis vulgaris* vor, der deshalb von Interesse ist, als die psoriasischen Veränderungen sich in der vom Bauche auf den Ellenbogen transplantierten Haut entwickelten. Dieser Fall liefert für die Pathogenese der Psoriasis verwertbare Daten.

6. Dr. TIBOR PÉTERFI hält einen Vortrag: „*Ueber ein neues Verfahren zur massenhaften Aufbewahrung histologischer Praeparate.*“

## XVIII. Fachsitzung am 9. November 1907.

Vorsitzender: Prof. LADISLAUS UDRÁNSZKY,

Schriftführer: Dr. KONRÁDI DÁNIEL,

1. Prof. SIGMUND PURJESZ stellt einen Kranken vor mit *Neugebilde in der Brusthöhle*, mit ausgedehnten Thrombosen, jedoch ohne Oedem.

2. Dr. PAUL STEINER: „*Geheilte Fall einer nach Freyer vollzogenen transvesicalen Prostatektomie*“ Die chirurgische Behandlung der Prostatahypertrophie hat seitdem bedeutende Fortschritte gemacht, seitdem die Annahme, jeder an Hypertrophie der Prostata leidende Kranke wäre arteriosklerotisch, abgelehnt erscheint. Die Hypertrophie der Prostata wird heute als eine locale, primäre Erkrankung angesehen und seitdem sich diese Lehre verbreitet hat, tritt eine ganze Reihe von Operationen auf. Diese lassen sich am zweckmässigsten in zwei Gruppen teilen in die *mittelbaren operativen Verfahren* und in die *unmittelbaren operativen Verfahren*. Zu ersteren rechnen wir a) die beiderseitige *Unterbindung der Arteria iliaca interna*, ein Verfahren, welches Bier vorschlug, nach weiteren 4 Jahren riet er jedoch selbst zum Verlassen dieser Operation. b) *Die sexuellen Operationen* u. zw. die *Castration* (RAMM) und die *Resection des Ductus deferens* nach ISNARDI. Die unmittelbaren Verfahren sind: a) die BORTINI'sche *galvanokautische Methode* und b) die *Prostatektomie*. Der Zweck dieser Operation besteht in der teilweisen oder vollkommenen Entfernung der Prostata. Diese wurde auf verschiedenem Wege versucht, durch die Harnröhre hindurch, auf infrapubischem und sacralen, ja sogar auf transanorectalem Wege, immer mit ungenügendem Erfolge. Einer eigentlichen Verbreitung erfreut sich die Prostatektomie jedoch erst seit dem Momente an, seitdem die Operateure eine Enucleation derselben innerhalb der Kapsel vornehmen. Heute dreht sich die Frage nicht mehr um die Berechtigung der Prostatektomie, und nur über den Zeitpunkt des Eingriffes und dem Wege derselben sind die Anschauungen noch verschieden. Die Franzosen mit ALBARRAN an der Spitze sind Anhänger der *perinealen Methode*, die Engländer sind für die FREYER'sche *transvesicale Methode*. Das transvesicale Verfahren hat sehr viele Vorteile aufzuweisen, ein Nachteil desselben besteht darin, dass bei fetten Individuen die Entfernung der Prostata auf diese Weise, mit Schwierigkeiten verbunden ist. Was den Zeitpunkt des Eingriffes anbelangt, so wird die Operation in jenen Fällen, wo wir mit aseptischen Catheterisieren gut auskommen, überhaupt nicht vorzuschlagen sein, dagegen werden wir sie zu empfehlen haben, wenn das Katheterisieren

immer schwieriger wird und mit profusen Blutungen einhergeht, wenn eine schwere Infektion der Harnblase vorhanden ist und wenn eventuell Steinbildung in derselben constatiert wird. Contraindicirt ist die Operation in erster Linie bei Niereninsuffizienz, bei hochgradiger Schwäche, schwerer Arteriosklerose und bei diffuser Bronchitis. Schliesslich soll noch hervorgehoben werden, dass bei der Prostatektomie die BIER'sche Lumbalanalgesie vorzüglich geeignet erscheint.

Der operierte Fall betraff einen 75 Jahre alten Mann; bei dem das Leiden vor ca. 5 Jahren mit häufigem Urinieren begann, vor 5 Tagen trat plötzlich Harnretention auf, worauf er katheterisiert wurde; seit dieser Zeit entleert sich der Harn nur tropfenweise und verursacht im das Urinieren fürchterliche Schmerzen. Die Untersuchung per Rectum zeigt, dass die Prostata diffuse vergrössert und auf Druck etwas empfindlich ist; der linke Lappen etwas grösser, als der rechte. Die cystoskopische Untersuchung lässt die Blase im hohen Grade trabeculär, injiciert erscheinen, die Uretheröffnungen schlitzförmig. Der mittlere Lappen der Prostata ist von der Grösse einer kleinen Haselnuss und wölbt sich in die Blase vor. Am 12. Oktober wurde die transvesicale Prostatektomie nach FREYER vorgenommen. Die Blase wird durch einen Nelatonkatheter hindurch mit 200 cm.<sup>3</sup> Borlösung angefüllt und der Katheter dort gelassen. Hoher Blasenschnitt. Die Schleimhaut ober der Prostata wird mit Skalpell durchschnitten und dann stumpf mit den Fingern und unter Schonung der Harnblase zuerst der rechte und der mittlere, dann der linke Lappen ausgeschält. Blutung minimal. Die Blasenwunde wird mit zweischichtiger Naht vollkommen geschlossen, die Wunde an der Bauchwand verengt, in das Cavum praevesicale ein Jodoformgazestreifen eingeführt. Ständiger Nelatonkatheter No. 16.

Die entfernte Prostata wiegt 20 gm. ist gelappt und hat eine Breite von 5 $\frac{1}{2}$  cm., ihr Diameter antero-post. beträgt 3 cm. Verlauf vollkommen ohne Störung; Heilung.

3. DR. ALEXANDER BLUMENFELD referiert über einen Fall von Lungenblutung mit tölichem Ausgange und demonstriert das pathologisch-anatomische Präparat des Falles.

4. DR. OSKAR VÉRTES: *Ueber die Heissluftbehandlung in der Gynaekologie.* VERFASSEN gelangt auf Grund der an der geburts-hilflichen und gynaekologischen Klinik durchgeführten Behandlungsversuchen zu folgenden Schlüssen: 1. Die Heissluftbehandlung ist eines der mächtigsten Behandlungsverfahren in der conservativen Gynaekologie, so dass es an keiner gynaekologischen Klinik oder gynaekologischen Abteilung entbehrt werden kann. 2. Besonders auffällig ist seine Wirkung auf Beckenexsudate bindegewebiger oder

seromembranöser Natur, geringer auf die entzündlichen Leiden der Adnexe. 3. Zumindestens symptomatisch, schmerzlindernd ist es zu versuchen, selbst wenn der Befund an den Genitalien normal ist hauptsächlich wenn nach abgelaufener Entzündung derartige Klagen fortbestehen. 4. Indiciert erscheint es zur Beschleunigung von Stumpfsudaten. 5. Wegen Aufsaugung von Exsudaten um Adnextumoren, ist es behufs Stellung einer genaueren Diagnose vorzüglich geeignet und weiters zur Vorbereitung von Adnextumoren zur Operation. 6. Es entwickelt nur bei frischen Processen seine energische aufsaugende Wirkung, je älter der Process ist, als desto weniger einflussreich stellt sich die Behandlung heraus. 7. Bedingung der Behandlung ist die normale Körpertemperatur und die Unempfindlichkeit gelegentlich der Untersuchung: Fieber und Empfindlichkeit contraindicieren das Verfahren in absoluter Weise; die geringste Temperaturerhöhung gebietet sofortige Einstellung der Behandlung.

An der Discussion nehmen Dr. KARL ÁKONTZ, Dr. ALADÁR ELFER und Prof. Dr. DIONYS SZABÓ teil.

5. Prof. Dr. BLASIUS KENYERES berichtet über den Congress zu Dresden.

### XIX. Fachsitzung am 16. November 1907.

Vorsitzender: Dr. SIGMUND PURJESZ,  
Schriftführer: Dr. DANIEL KONRÁDI.

1. Dr. DESIDERIUS VESZPRÉMI demonstriert das von einem Neugeborenen herrührende pathol. anatom. Praeparat. Der obere Teil der Speiseröhre bildet einen blind endenden, vom unteren Teil getrennten Sack, während der untere Teil mit der Kehle durch eine Öffnung communiciert, die an der hinteren Wand derselben oberhalb der Bifurcation liegt.

Er demonstriert das Dickdarmpraeparat eines an acuter Bauchfellentzündung verstorbenen Geisteskranken; am Dickdarm sieht man ein chronisches Geschwür, das in der Mitte perforiert ist. An dieser Stelle des Darmes wurden mehrere Fremdkörper, so ein Kiesel, ein Stück Leder, ein Pfirsichkern u. s. w. gefunden. Die Perforation dürfte durch das spitze Ende des Kernes verursacht worden sein, da dieses stärker in den Grund des Geschwüres eingeklebt war.

2. Dr. HEINRICH KANITZ hält einen Vortrag *Ueber die Behandlung der Syphilis mit Atoxyl*. Seine Erfahrungen fasst er folgend zusammen: 1. Das Atoxyl wirkt entschieden auf die verschiedensten

Erscheinungen der Lues. Primäre, secundäre und tertiäre Veränderungen können durch atoxyle Behandlung zum Schwinden gebracht werden. 2. Der Einfluss des Atoxyls ist je nach den Stadien der Erkrankung ein verschiedener. Am sichersten und energischsten ist die Wirkung im tertiären Stadium, dessen Producte, zum mindestens was die Haut- und Schleimhautsyphilide anbelangt, fast immer rasch heilen. Weit weniger verlässlich ist die Wirkung des Praeparates im frühen, also im primären und im secundären Stadium, dessen Erscheinungen nicht immer zum Schwinden gebracht werden können. 3. Besonders auffällig ist die rasche und günstige Wirkung des Atoxyls in den Fällen der Lues maligna praecox. 4. Bei maligner Syphilis und bei den tertiären luetischen Veränderungen wetteifert das Atoxyl was seine Wirkung anbelangt mit jener des Quecksilbers, dagegen bleibt es in seiner Wirkung auf die Sklerosen und auf die secundären Veränderungen hinter dem Quecksilber zurück. 5. In Fällen von secundärer Lues, selbst wenn dieselben auf die Behandlung ausgesprochen reagiert hatten, ist die Wirkung des Atoxyl keine anhaltende. In vielen Fällen stellen sich schon in kurzer Zeit nach der Behandlung Recidiven ein. 6. Die locale atoxyle Behandlung in Form von Salben, Pflastern und Pinselungen ist nur bei den tertiären Erscheinungen und bei den Veränderungen der Mundschleimhaut von Nutzen. Bei Sklerosen beschleunigt die locale atoxyle Behandlung den Gang der Heilung nicht. 7. Die luetischen Veränderungen der Schleimhaut können geradeso zum Schwinden gebracht werden, wie die Syphilide der Haut. 8. Beim Gebrauch des Atoxyls können sich milderere, oder schwerere Vergiftungserscheinungen einstellen, die bei Verwendung des Mittels zu grosser Vorsicht mahnen.

An der Discussion nehmen Prof. MARSCHALKÓ, Dr. DESIDERIUS POTOCKY, Dr. ALADÁR ELFER und Prof. Dr. SIGMUND PURJESZ teil.

## XX. Fachsitzung am 23. November 1907.

Vorsitzender: Dr. JOHANN TURCSA,  
Schriftführer: Dr. DANIEL KONRÁDI.

Vortrag des Prof. Dr. SIGMUND PURJESZ: *Ueber die Bedeutung der frühen Diagnose und über die CALMETTE'sche Ophthalmoreaction.* (Siehe Revue S. 47.)

## XXI. Fachsitzung am 30. November 1907.

Vorsitzender: Prof. LADISLAUS UDRÁNSZKY.

Schriftführer: Dr. DANIEL KONRÁDI.

1. Dr. FRANZ VERESS referiert über einen tödlichen Fall von *Skleroma neonatorum*. Das vier Wochen alte Kind erkrankte an seinem 17-ten Lebenstage. Die unteren Extremitäten schwellen allmählig auf das 2—3 fache ihres ursprünglichen Umfanges an; in der 4-ten Lebenswoche als der Fall zur Beobachtung gelangte war der ganze Unterleib und die unteren Extremitäten bretthart, bedeutend verdickt, von blasser Farbe und an den erkrankten Teilen waren stellenweise umschriebene Hautblutungen sichtbar. Die Lebenskraft des Kindes nahm zusehends ab und der Tod erfolgte in der 4-ten Lebenswoche, am 11. Tage der Erkrankung.

An der Discussion nimmt Prof. MARSCHALKÓ teil.

2. Prof. STEFAN APÁTHY hält einen Vortrag mit dem Titel: *Die Fixierbarkeit und Färbbarkeit als physiologische Kennzeichen* und demonstriert die entsprechenden mikroskopischen Praeparate.

## XXII. Fachsitzung am 7. Dezember 1907.

Vorsitzender: Dr. JOHANN TURCSA.

Schriftführer; Dr. DANIEL KONRÁDI.

1. Dr. LUDWIG GÓTH: *Ein durch Laparotomie geheilter Fall eines Eizstockperithelioms mit innerer Verblutung drohend.* (Siehe Revue S. 53.)

2. Dr. FRANZ VERESS: *Ein Fall einer mit Paraffinprothese verbesserten Sattelnase.* Bei dem an tertiärer Lues leidenden jungen Mann, sank die Mitte der Nase vor ca. 7 Monaten, infolge der bestandenen Gummien und der Perforation des Septums ein. Die Correctur gelang ganz gut, der Nasenrücken wölbt sich entsprechend hervor und dies verleiht dem Patienten ein ganz angenehmes Profil.

An der Discussion nimmt Dr. AURÉL ANKA teil.

3. Prof. Dr. LUDWIG MAKARA stellt *einen Fall eines inoperablen mit Radiotherapie behandelten Brustkrebses* vor. Bei der 65 Jahre alten Patientin zeigte sich gelegentlich der ersten Untersuchung im Jänner des 1. J. im oberen-äusseren Quadranten der linken Brust eine krebsige Geschwulst in der Grösse einer Männer

faust, die teils mit den Brustmuskeln, teils mit dem Brustkorbe innig verwachsen war und deren Oberfläche im Durchmesser von 10 cm. tief, kraterartig exulceriert war. In der Achselhöhle, oberhalb und unterhalb des Schlüsselbeines sind vergrösserte, krebsige Drüsenknoten sichtbar und fühlbar. Da das Leiden die Grenze der Möglichkeit der radicalen Entfernung überschritten hatte, wurde Roentgenbehandlung, innerlich arseniges Wasser von Pará und locale Sonnenbestrahlung verordnet. Die Röntgenbehandlung begann am 30. Januar und wurde bis Ende April jeden zehnten Tag, drei Monate hindurch jede zweite Woche und von da ab monatlich einmal vorgenommen, so dass bis jetzt 21-mal exponiert wurde. Die Radiotherapie von der Arsen und Sonnenlichtbehandlung unterstützt, veranlasste eine vollkommene Überhäutung des grossen Geschwüres. Die Ausdehnung des Geschwüres wird durch den schnurartig emporgehobenen krebsigen Saum gezeichnet. Die Geschwulst selbst ist während der 10 Monate kleiner geworden, dasselbe lässt sich auch von den Drüsenknoten sagen. Der allgemeine Kräftezustand der Patientin ist ein sehr zufriedenstellender. Schmerzen hat sie keine.

Dem die Plagen des exulcerierten Brustkrebses bekannt sind, der wird das mit dieser palliativen Heilmethode erzielte Resultat, vollauf zu würdigen wissen. Es ist hier nicht von Heilung die Rede, nur davon, dass es gelang die Ueberhäutung des Geschwüres zu veranlassen und der Weiterentwicklung der Geschwulst vorzubeugen, was zweifellos ein nennenswertes Resultat ist.

Gelegentlich der im vergangenen Jahre in Budapest abgehaltenen Landes-Krebs-Conferenz, wurde darüber beratschlagt, in welcher Art auch wir an dem Kampfe gegen den Krebs teilnehmen sollten. Hauptsächlich wurde die Frage erörtert, wie es zu erreichen möglich wäre, dass sich der Krebskranke bei Zeiten zur Operation vorstelle. *Vortragender* verspricht sich von den unter den Patienten zu verteilenden Mahnungsblättern nicht sehr viel, will übrigens gegenwärtig nur darauf aufmerksam machen, dass über die Verbesserung des Schicksales der s. g. inoperablen Krebskranken nicht ein Wort verlautete, während wir gerade hier in dem Kampfe gegen den Krebs, praktisch-nützlich zu leisten imstande sind. Auch der gegenwärtige Fall beweist es, dass die Behandlung des inoperablen Krebskranken durchaus kein ganz unfruchtbares Gebiet ist. Hieher gehört neben der Roentgenbehandlung, die Sonnenstrahlen- und Arsenbehandlung, mit der man sich gegenwärtig wieder in Form des Atoxyls versucht. Kurz der Standpunkt, dass die einzige Waffe gegen den Krebs das Messer wäre und wo dieses nicht mehr angewendet werden könne, dort mögen wir den Kranken ohne Hilfe hinstorben lassen, ist ein ganz ungerechtfertigter. Wir werden und wir müssen das Heilmittel des Krebses finden, wenn wir den Kampf

mit der Hoffnung des Erfolges und nicht mit Resignation aufnehmen. Doch ist zur Erreichung des Erfolges die Aufstellung von Krebsabteilungen im modernen Sinne nötig.

4. Dr. TIBOR PÉTERFI spricht über das „*Beschreiben von Glas mit Bleistift*“ und demonstriert die von ihm hergestellte Mischung, die auf das Glas, Objectiv etc. aufgestrichen wird, wo sie in einigen Minuten eintrocknet, worauf dann auf das betreffende Glas mit Bleistift, oder farbigen Crayons geschrieben werden kann. Die Schrift verblasst in Flüssigkeiten nur nach 2—3 Tagen. Wollen wir bleibende Bleistiftzeichen, so können wir die Schrift mit GÜNTHER-WAGNER'schem Fixativ bestreichen, dann löst sich die Schrift in keinerlei Flüssigkeit.

### XXIII. Fachsitzung am 14. Dezember 1907.

Vorsitzender: Prof. Dr. SIGMUND PURJESZ.

Schriftführer: Dr. DANIEL KONRÁDI.

1. Dr. PAUL STEINER. *Referiert über einen Fall einer operierten und geheilten subcutanen Darmruptur.* Die Prognose der subcutanen Darmverletzungen ist eine äusserst ungünstige. Die Ursache hievon ist nicht nur die, dass die Diagnose eine schwerere ist, als die der offenen Verletzungen, denn selbst eine innerhalb der ersten 12 Stunden vorgenommene Operation ist häufig nicht imstande das Leben des Kranken zu retten. An der chirurgischen Klinik beobachteten wir schon 6 Fälle von subcutaner Darmruptur, die Cardinalsymptome derselben, als Shok, Erbrechen, die reflektorische Zusammenziehung der Bauchmuskeln, waren in sämtlichen Fällen vorhanden. Zwei Fälle wurden auf operativem Wege geheilt, der gegenwärtig zur Vorstellung gelangende Fall ist deshalb von besonderem Interesse, da die Operation erst 63 Stunden nach erlittener Verletzung vorgenommen werden konnte.

Der 30 Jahre alte Mann stiess 63 Stunden vor seiner Aufnahme im Finsternen mit derartiger Heftigkeit an einem stehenden Lastwagen, dass dieser ins Rollen gelangte. Es stellten sich bei dem Manne sogleich heftige Schmerzen im Unterleibe ein, Patient fiel zur Erde und konnte sich kaum erheben. Als bald trat Schluchzen und Erbrechen ein, wiederholt Stuhlretention und Koterbrechen. Bei der Aufnahme ist die Bauchwand des schwer collabierten Patienten stramm gespannt, diffus empfindlich, hauptsächlich aber im linken Hypogastrium, Puls oberflächlich, 104; hochgradiger Meteorismus. Am bedeutendsten ist die reflektorische Muskelzusammenziehung im linken Hypogastrium. Durch Katheter 150 cm<sup>3</sup> Harn, der keine fremden Bestandteile enthält. Sofortige Laparatomie ober-

halb der auffälligsten Muskelcontraction im linken Hypogastrium (fec. Prof. MAKARA). Aus der Bauchhöhle ergiesst sich eine grössere Menge eines trüben, rötlichen Serums, die serösen Häute des Dünndarmes sind diffus injiziert, einzelne Dünndarmschlingen der Fläche nach verwachsen; im Douglas'schen Raume eine grosse Menge, rötlichen, eckelhaft riechenden Exsudates. Der Douglas'sche Raum wird vom Mastdarme aus drainiert, ebenso wird die Bauchhöhle drainiert; offene Wundbehandlung. Am Tage nach der Operation auf Eingiessung Stuhlentleerung, das Erbrechen hat aufgehört. Drainierung des Douglas'schen Raumes wird am 6. Tage sistiert. Heilung innerhalb 8. Wochen.

2. Dr. ÁRPÁD GYERGYAI stellt einen 40 Jahre alten Tagelöhner vor, den Prof. MAKARA wegen *Stenose des Pylorus* mit dem gebräuchlichen Verfahren der Gastroenterostomia retrocolica posterior operiert hat. Aus der kleinen Curvatur wurden behufs histologischer Untersuchung zwei kleine Stückchen herausgeschnitten, die sich als in Bindegewebe zwischen Fibroblasten und Riesenzellen eingekapselte Weizen- und Roggen Körnerhüllen erwiesen.

Vortragender erklärt sich das Zustandekommen des Falles so, dass wahrscheinlich infolge eines Ulcus pepticum Perforation auftrat, durch welche aus dem Verdauungstracte Inhalt desselben in die freie Bauchhöhle gelangte, die Perforation schloss sich jedoch alsbald, und der Darminhalt mit den Pflanzenteilen kapselte sich im Bauchfelle ab.

An der Discussion nehmen Dr. STEFAN SÁNDOR und Prof. MAKARA teil.

3. Dr. ELFER ALADÁR berichtet über einen Fall von *Menigitis cerebrospinalis epidemica*.

4. Dr. TIBOR PÉTERFI Vortrag: *Demonstration eines 2.5 mm. langen menschlichen Embriums* (mit projicierten Bildern).