

# REVUE

## ÜBER DEN INHALT DES „ÉRTESITŐ“

### SITZUNGSBERICHTE

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

XXXI. Band.

1909.

III. Heft.

## Einige Beobachtungen am Herzen von Scyllium und Thalassoehelys.

VON PRIVATDOZENT DR. E. VERESS.<sup>1</sup>

Das Resultat der in deutscher Sprache in den Verhandlungen des XVI-ten internationalen medizinischen Kongresses (II. Abteilung) vollinhaltlich erschienenen Arbeit, lässt sich in aller Kürze folgendes zusammenfassen.

1. Der Extrasystole des Vorhofes am absterbenden Herzen des Scyllium catulus folgt keine Kontraktion der Kammer; die Reihenfolge der Kontraktionen des Vorhofes und der Kammer lässt sich am ruhenden Herzen auf die Dauer einer Revolution, durch eine künstliche Reizung umkehren. Die Reizbarkeit des Vorhofes und die der Kammer ändern sich mit verschiedener Raschheit und in verschiedenem Grade. Der Vorhof reagiert z. B. auf eine Reizung mit faradischem Strom durch Wühlen und Wogen, während die Kammer zu derselben Zeit keine solche Empfindlichkeit demselben Reize gegenüber zeigt.

Mit diesen Beobachtungen stimmen die folgenden Erscheinungen überein: Der Rhythmus der Pulsation des Vorhofes bleibt bedeutend länger erhalten, als der der Kammer. Der von der Kammer isolierte Vorhof reagiert auf faradischem Strom, sowie auch auf mechanische und thermische Reize möglichst mit rhyth-

<sup>1</sup> Nach einem Vortrage, gehalten in der medizinischen Sektion des Erdélyer Museum-Vereins am 2 Okt. 1909.

mischen Bewegungen, welche sogar am Anfange der Wärmestarre zur Geltung kommen können. Die vom Vorhof isolierte Kammer reagiert auf dieselben Reize mit je einer Zusammenziehung, oder mit einfacher Wärmestarre.

II. Die Amplitudo, Energie und der Rhythmus der Pulsation einer der Vorhöfe des absterbenden Herzens der *Thalassochelys corticata*, lässt sich durch Reizung mit faradischem Strom oder Wärme ganz unabhängig vom anderen Vorhofe ändern. Es ist z. B. möglich die Pulsation eines Vorhofes durch entsprechende Reizung völlig einzustellen, ohne die Tätigkeit des anderen Vorhofes zu stören.

Der Tonus ändert sich leichter und schneller, als die Pulsationsverhältnisse.

Ein, aus einer, inkoordinierte Zuckungen ausführenden Herzkammer der *Thalassochelys* ausgeschnittener Muskelstreifen besitzt die Fähigkeit, selbständig rhythmische, koordinierte Kontraktionen auszuführen.

MITTEILUNG AUS DER PSYCHIATRISCHEN UND NERVEN-KLINIK  
DER KÖN. UNG. FRANZ JOSEF UNIVERSITÄT IN KOLOZSVÁR.

Director: Hofrat Prof. Dr. KARL LECHNER.

## Über die Verwendbarkeit der Wassermann'schen Reaktion und der Nonne-Apelt'schen Ammonsul- fatreaktion in der Psychiatrie.<sup>1</sup>

VON DR. JOSEF SZABÓ I. Assistent an der Klinik.

Der ätiologisch so wichtige Nachweis der erworbenen oder hereditären Syphilis, ist in der psychiatrischen Praxis meistens mit besonderen Schwierigkeiten verbunden, da die anamnestischen Angaben der Patienten und ihrer Angehörigen höchst unzuverlässig sind. Die Mitteilung von WASSERMANN, NEISSER und BRUCK, welche die Möglichkeit einer objektiven Feststellung der Syphilis, auf Grund der später als WASSERMANN'sche Reaktion bekannt gewordenen Erscheinung in Aussicht stellte, erregte demgemäss die Aufmerksamkeit der Psychologen im höchsten Grade. Dieses Interesse wurde später durch den Befund von WASSERMANN und PLAUT, dass die genannte Reaktion auch der Cerebrospinalflüssigkeit von Paralytikern eigen sei, rege gehalten.

Die WASSERMANN'sche Reaktion galt anfangs für streng spezifisch. Im Laufe der späteren Versuche wurde es jedoch klar, dass nicht nur syphilitische Organe, sondern auch normale, sogar auch alkoholische Extrakte normaler Organe, z. B. des Meerschweinchenherzens, als „Antigene“ dienen können.

Der positive Ausfall der WASSERMANN'schen Reaktion wurde

<sup>1</sup> Nach einem Vortrage, gehalten in der medizinischen Sektion des Erdélyer Museum-Vereins am 30. Oktober, 1909.

später bei einem ziemlich hohem Prozent der Scharlachfälle, ferner bei Trypanosomiasie, Frambösie und Lepra beobachtet. Die Theorie vom spezifischen Antigen und Antikörper muss also durch einer andere Erklärung der Reaktion ersetzt werden.

PLAUT gibt drei Möglichkeiten zu:

1. Die WASSERMANN'sche Reaktion ist für Syphilis spezifisch, die Antikörper besitzen jedoch die Eigenschaft auch mit dem Extrakte normaler Körperteile zu reagieren.

2. Die reagierenden Substanzen sind keine Antikörper, ihre Bildung aber (eventuell nur ihre Vermehrung), wird durch die Syphilis bedingt und sie besitzen eine grosse chemische Affinität zu den Lipoiden.

3. Spezifische und nicht spezifische Vorgänge verlaufen bei der Reaktion neben einander.

Die vom Verfasser über die Verwertbarkeit der WASSERMANN'schen Reaktion in der Neurologie und Psychiatrie angestellten Versuche wurden durch 10 Monate fortgesetzt.

Als Antigen diente ein völlig klares alkoholisches Extrakt aus dem Herzen eines an Paralyse verstorbenen Syphilitikers, dessen 0·5 cc für sich, oder 0·2 cc mit dem Serum von nicht Syphilitikern die Hämolyse nicht hinderten, aber 0·2, sogar 0·1 cc hinreichten um mit dem Serum von Syphilitikern die Hämolyse völlig zu hindern. Zum hämolytischen System wurden Rinderblutkörperchen verwandt, das Ambozeptor wurde von Kaninchen geliefert, welche mit einer Suspension der gewaschenen Rinderblutkörperchen behandelt wurden. Als Komplement diente das titrierte Blutserum von Meerschweinchen. Bei jedem Versuch wurde das Antigen, das hämolytische System, die Salzlösung und die geprüften Flüssigkeiten auf ihre Inaktivität, resp. auf eine eventuelle autotrope Komplementablenkung geprüft. Die Resultate der Versuche sollen in den Folgenden, je nach der klinischen Diagnose gruppiert, mitgeteilt werden:

#### 1. Paralysis progressiva.

In 6 Fällen wurde nur das Serum, in 61 aber dieses und die Cerebrospinalflüssigkeit geprüft. Die lumbale Punktion konnte bei den Paralytikern meistens leicht und ohne schlimmen Folgen

ausgeführt werden. In den 6 ersten Fällen, in welchen nur das Serum untersucht wurde, fiel die Reaktion stets positiv aus. In den 61 übrigen Fällen zeigte sich das folgende Resultat:

	Fälle	%
Serum und Liquor positiv . . . . .	50	81·96
Serum positiv, Liquor unsicher . . . . .	2	2·28
Serum positiv, Liquor negativ . . . . .	7	11·47
Serum und Liquor unsicher . . . . .	1	1·64
Serum unsicher Liquor positiv . . . . .	0	0·00
Serum unsicher, Liquor negativ . . . . .	1	1·64
—		
Serum negativ . . . . .	0	0·00
Serum positiv (aus sämtlichen Fällen) .	65	97·00
Serum unsicher . . . . .	2	2·98
—		
Liquor positiv . . . . .	50	81·96
Liquor unsicher . . . . .	3	5·00
Liquor negativ . . . . .	8	13·01

Die Resultate stimmen mit denen der meisten Autoren überein. Es ist besonders hervorzuheben, dass die Reaktion mit dem Serum bei Paralytikern in keinem einzigen Falle negativ ausfiel.

Der positive Ausfall der Reaktion muss demnach bei der Paralyse für typisch gelten. Der Grad der Komplementablenkung kann sowohl bei den Reaktionen mit Serum, wie auch bei diesen mit der Cerebrospinalflüssigkeit sehr verschieden sein. Die Reaktionen beider Flüssigkeiten stehen auch gegenseitig in wechselndem Verhältniss. Der Gehalt an Antikörpern war in beiden Flüssigkeiten in einigen Fällen gleich, in manchen war der des Serums, in anderen wieder der der Cerebrospinalflüssigkeit höher.

Es würde nicht ohne Interesse sein den Übergang von gelösten Stoffen vom Blut in die Cerebrospinalflüssigkeit und umgekehrt bei Paralytikern experimentell zu verfolgen. Wenn die Bildung der Antikörper, resp. ihre Vermehrung in

der Cerebrospinalflüssigkeit, mit der Erkrankung des centralen Nervensystems zusammenhängt — was wahrscheinlich erscheint — so muss angenommen werden, dass diese Körper von hier aus in die Blutbahn gelangen können. Man kann annehmen, dass die Antikörper in denjenigen Fällen von Paralyse, bei welchen die Cerebrospinalflüssigkeit negativ reagierte, in geringerem Masse sich bildeten und aus der Cerebrospinalflüssigkeit leicht und rasch verschwanden. Es ist zwar nicht ausgeschlossen, jedoch nicht wahrscheinlich, dass das centrale Nervensystem sich in diesen Fällen an der Bildung dieser Körper gar nicht beteiligt hätte.

Da die Paralyse schon vor der Entdeckung der WASSERMANN'schen Reaktion mit der Syphilis vielfach in Beziehung gebracht wurde, wird ein Vergleich der Resultate der WASSERMANN'schen Reaktion, in den verschiedenen Stadien der Syphilis einerseits und bei der Paralyse andererseits nicht ohne Interesse sein.

Die Untersuchungen von EICHELBERG und LESSER zeigen, dass die fragliche Reaktion nicht einmal im Frühstadium der Syphilis so häufig (93%) positiv ausfällt, wie bei der Paralyse (100%).

Dass die einheitliche Ursache der Paralyse die Syphilis sei, wurde durch die WASSERMANN'sche Reaktion wahrscheinlich gemacht, jedoch noch nicht bewiesen.

Es soll noch bemerkt werden, dass von den zahlreichen untersuchten Fällen, die WASSERMANN'sche Reaktion der Cerebrospinalflüssigkeit nur dreimal negativ ausfiel, und zwar in Fällen, wo die Diagnose der Paralyse entweder fehlerhaft oder unsicher war.

## 2. Tabes dorsalis.

Aus den beobachteten 17 Fällen wurde das Serum in sämtlichen, neben diesem auch die Cerebrospinalflüssigkeit in 6 Fällen untersucht und zwar mit folgendem Resultate:

	Fälle	%
Serum und Liquor positiv . . . . .	4	66'66
Serum positiv, Liquor unsicher . . . . .	1	16'66
Serum und Liquor unsicher . . . . .	1	16'66

	Fälle	%
Serum positiv . . . . .	13	76·50
Serum unsicher . . . . .	1	5·8
Serum negativ . . . . .	3	17·6
—		
Liquor cerebrospinalis positiv . . . . .	4	66·66
Liquor cerebrospinalis unsicher . . . . .	1	16·66
Liquor cerebrospinalis negativ . . . . .	1	16·66

Dieses Resultat stimmt mit dem der meisten Autoren überein.

Die Fälle von Taboparalyse wurden zur Paralyse gerechnet. Ob die Erkrankung frisch oder alt ist, ob Kriesen oft oder selten vorkommen, blieb auf das Resultat der WASSERMANN'schen Reaktion ohne Einfluss. Die Reaktion fällt den angegebenen Zahlen nach beim Tabes öfters, als bei der tertiären und seltener, als bei der primären Syphilis, positiv aus.

Es soll hier Erwähnung finden, dass die WASSERMANN'sche Reaktion auch in einem Falle von Paralysis spinalis spastica positiv ausfiel. Diesem Befunde ist darum ein gewisses Interesse zuzuschreiben, weil die Syphilis selten als ätiologisches Moment dieser Erkrankung angeführt wird.

### 3. Syphilis des centralen Nervensystems.

Aus den untersuchten 6 sicheren Fällen von Syphilis des centralen Nervensystems, fiel die WASSERMANN'sche Reaktion des Serums in 7 Fällen positiv, in 1 Falle negativ aus. Die Cerebrospinalflüssigkeit konnte nur in 3 Fällen untersucht werden und zwar in zwei Fällen mit positivem, in einem Falle mit negativem Resultat.

Der bedeutende Unterschied der Resultate bei Paralyse und Tabes einerseits und bei der Syphilis des centralen Nervensystems andererseits, wurde auch von anderen Autoren festgestellt. Es ist anzunehmen, dass im letzteren Falle vom dem centralen Nervengewebe keine Antikörper geliefert werden.

#### 4. Angeborene Geistesschwäche.

In 13 Fällen wurde das Serum und die Cerebrospinalflüssigkeit, in 4 Fällen nur das Serum und in einem Falle nur die Cerebrospinalflüssigkeit untersucht, mit dem folgenden Resultate:

	Fälle	%
Serum positiv . . . . .	7	44·5
Serum negativ . . . . .	10	55·5

Die Reaktion der Cerebrospinalflüssigkeit war in allen Fällen negativ.

Die positiv reagierenden Fälle waren überwiegend schwere; objektive Zeichen der Syphilis waren nur bei 3 der positiv reagierenden Fälle vorhanden.

Die Resultate dieser Versuchsreihe zeigen eine gewisse Ähnlichkeit mit dem Resultate der bei der Syphilis des centralen Nervensystems ausgeführten Reaktionen.

#### 5. Andere Krankheiten.

In 4 Fällen von *Pellagra* reagierten sowohl das Serum, wie auch die Cerebrospinalflüssigkeit negativ.

In 13 sicheren Fällen von Alkoholparalyse fiel die WASSERMANN'sche Reaktion mit der Cerebrospinalflüssigkeit negativ aus. Das Serum reagierte in 12 Fällen negativ, in einem Falle positiv. Die Resultate stimmen mit denen anderer Autoren überein. Die Reaktion kann demnach zur Unterscheidung der Paralysis progressiva von der Alkoholparalyse beitragen.

In 7 Fällen von Neurasthenie fiel die Reaktion sowohl mit dem Serum, wie auch mit der Cerebrospinalflüssigkeit negativ aus.

Ausserdem wurden noch 5 Fälle von Mania depressiva, 5 Fälle von Hysterie, 2 Fälle von Paranoia, 3 Fälle von Dementia, 5 Fälle von Dementia præcox und 5 Fälle von Dementia epileptica untersucht.

Die Cerebrospinalflüssigkeit reagierte in allen Fällen negativ, das Serum mit der Ausnahme eines einzigen Falles, in welchem wahrscheinlich eine syphilitische Infektion vorlag, ebenfalls negativ.

### Schlussfolgerungen.

1. Der negative Ausfall der mit dem Serum angestellten WASSERMANN'schen Reaktion spricht gegen die Annahme von Paralysis progressiva. Bei der Verwertung der positiven Reaktion ist Vorsicht nothwendig.

2. Der positive Ausfall der mit der Cerebrospinalflüssigkeit angestellten WASSERMANN'schen Reaktion spricht, wenn man Tabes ausschliessen kann, mit grosser Wahrscheinlichkeit für Paralysis progressiva.

3. Der positive oder negative Ausfall der Reaktion mit dem Serum spricht weder für, noch gegen die Annahme von Tabes.

4. Lässt sich die progressive Paralyse ausschliessen, so spricht der positive Ausfall der mit der Cerebrospinalflüssigkeit angestellten WASSERMANN'schen Reaktion für die Annahme von Tabes. Der negative Ausfall der Reaktion ist in keiner Richtung zu verwerthen.

5. Bei der Syphilis des centralen Nervensystems reagiert das Serum meistens positiv, die Cerebrospinalflüssigkeit dagegen negativ. Manchmal fällt die Reaktion auch mit dem Serum negativ, selten auch mit der Cerebrospinalflüssigkeit positiv aus.

6. Bei der angeborenen Geistesschwäche liegen ähnliche Verhältnisse vor.

7. Wenn die Reaktion des Serums negativ ausfällt so kann man die Prüfung der Cerebrospinalflüssigkeit meistens unterlassen, da es nie vorkommt, dass in solchen Fällen diese positiv reagiere.

8. Die WASSERMANN'sche Reaktion fällt bei Paralysis progressiva stets, bei Tabes dorsalis oft, bei der Syphilis des centralen Nervensystems ausnahmsweise positiv, bei allen anderen Nervenleiden und Psychosen stets negativ aus.

9. Da die WASSERMANN'sche Reaktion für Syphilis nicht spezifisch ist, so machen derartige Untersuchungen den syphilitischen Ursprung der Paralysis progressiva und der Tabes dorsalis wahrscheinlich, jedoch nicht sicher.

10. Die Pathogenese dieser Krankheiten wurde bisher durch

die mit der WASSERMANN'schen Reaktion angestellten Untersuchungen nicht aufgeklärt. Die Reaktion ist trotzdem bei der Aufstellung der differentiellen Diagnose ein sehr wichtiges, oft unentbehrliches Hilfsmittel.

### Versuche mit der Nonne-Apelt'schen Reaktion.

Die zur WASSERMANN'schen Reaktion entnommene Proben der Cerebrospinalflüssigkeit wurden auch nach NONNE-APELT geprüft. Die Reaktion beruht auf dem Umstande, dass die Globuline aus der Cerebrospinalflüssigkeit bei schwach alkalischer Reaktion, durch die Halbsättigung mit Ammonsulfat ausgefällt werden. War dies in den ersten 3 Minuten nach dem Zusetzen der gleichen Menge kaltgesättigter Ammonsulfatlösung der Fall, so wurde die erste Phase der Reaktion als positiv betrachtet. Die zweite Phase, d. h. die Fällung der sonstigen Eiweisskörper beim Ansäuern und Aufkochen der Flüssigkeit fällt stets positiv aus.

Die Resultate dieser Versuche sind aus der folgenden Tabelle zu ersehen.

	Positiver Ausfall.
Paralysis . . . . .	100 %
Tabes . . . . .	90 %
Syphilis des Nervensystems . . . . .	90 %
Syphilis, ohne Erkrankung des Nervensystems . . . . .	0 %
Alkoholismus . . . . .	0 %
Epilepsia genuina . . . . .	0 %
Hysteria . . . . .	0 %
Neurasthenia . . . . .	0 %
Sclerosis multiplex . . . . .	50 %
Apoplexia sanguinea . . . . .	33 %
Abscessus cerebri . . . . .	80 %
Tumor cerebri . . . . .	42 %

1. Die NONNE-APELT'sche Reaktion lässt sich leicht und ohne jede besondere Vorrichtung ausführen, man kann jedoch nur völlig klare Flüssigkeiten verwenden.

2. Die Reaktion fällt bei Paralyse sehr oft (89%) positiv

aus. Die Reaktion ist demnach geeignet zwischen Paralyse einerseits und Neurasthenie, Epilepsie und funktionelle Psychosen andererseits zu unterscheiden.

3. Die Reaktion kann auch bei Tabes und Syphilis cerebrospinalis positiv ausfallen. Der negative Ausfall der Reaktion ist in diesen Fällen nicht zu verwerten.

4. Es ist wichtig, dass die Reaktion bei Syphilitikern, wenn eine paralytische, tabetische oder eine syphilitische Erkrankung des centralen Nervensystems nicht vorliegt, nie positiv ausfällt.

5. Da die NONNE-APELT'sche Reaktion bei vielen organischen Erkrankungen des centralen Nervensystems positiv ausfallen kann, so muss man bei ihrer Verwertung vorsichtig sein.

6. Die NONNE-APELT'sche Reaktion ist viel einfacher und leichter auszuführen, als die WASSERMANN'sche Reaktion, sie ist aber auch weniger verlässlich. Die Resultate der beiden Reaktionen stimmen bei der Paralyse und bei Tabes meistens überein. Die beiden Reaktionen sind jedoch von einander gänzlich unabhängig.

# Kurze Mitteilungen über Augenoperationen.<sup>1</sup>

VON Prof. Dr. J. IMRE.

## 1. Fixierung des Augapfels bei der Operation.

Um dem Augapfel bei Operationen, besonders bei solchen, welche die Eröffnung des Augapfels notwendig machen, in der Weise zu fixieren, dass durch die starke Kontraktion des M. rect. superior der intraokulare Druck nicht gesteigert werde, ist es empfehlenswert mit einem entsprechend geformten Hacken, oder einer geeigneten Pincette den Muskel selbst, in der Nähe seiner bulbären Haftung anzufassen. Durch die Anwendung dieses Kunstgriffes lässt sich der Prolaps des Glaskörpers, auch bei höchst unruhigen Patienten sicher verhüten.

Dasselbe Verfahren wurde unlängst auch von ANGELOCCI empfohlen. In der Art der Fixierung des M. rect. sup. lässt die Methode noch einige Modifikationen zu.

## 2. Zur Operation der Entropien.

a) *Operative Behandlung der Entropien als Folge einer Schrumpfung.* Bei dem Zustandekommen dieser Entropien spielt die geschrumpfte Bindehaut keine Rolle, denn sie lässt sich vom Tarsus gut abheben. Die Ursache liegt vielmehr in der Deformation des Tarsus. Man muss also zur Beseitigung solcher Entropien die Ausglei chung des Tarsus bestreben. Man soll zu diesem Zwecke entweder die einfache Tarsotomie, oder die partielle Tarsektomie an der Stelle der trogartigen Vertiefung ausführen. Die biegsame Narbe gestattet dann dem Rande des Augnliedes sich bis auf seine normale Lage zu heben. Sind

<sup>1</sup> Nach einem Vortrage, gehalten in der medizinischen Sektion des Erdélyer Museum-Vereins am 11 Dez. 1909.

die Deformation des Randes und die Trichiase sehr hochgradig, so soll man nach einem intermarginalen Schnitte, die Wurzel der Cilien mit dem Galvanokauter zerstören oder irgend eine Form der Marginoplastik ausführen. Die Resultate sind, wenn die Deformation nicht zu hochgradig war, überraschend schön. Die Wimpern nehmen ihre normale Lage wieder ein und drehen sich nicht wieder einwärts.

b) *Verfahren zur Heilung von spastischen Entropien.* In 7 Fällen wurde das folgende Verfahren mit raschem und sicherem Erfolg angewandt:

Man schneidet die Haut des unteren Augenlides nach der Einlegung der JAEGER'schen Platten vom Ciliarrande angefangen durch zwei parallele, von einander zu 4—5 mm. liegende, abwärts oder ab- und auswärts gerichtete 15—20 mm. lange Schnitte durch und verbindet die unteren Enden dieser Schnitte durch einen dritten horizontalen Schnitt. Der so gewonnene Hautlappen wird bis zum Rande des einwärts gedrehten Augenlides abpräpariert und nach abwärts gezogen. Man sieht dabei um wieviel der Lappen kürzer gemacht werden muss, um das Augenlid dadurch, auch beim kräftigen Schliessen des Auges in der richtigen Lage zu erhalten. Man schneidet den überflüssigen Teil des Lappens ab und vereinigt die Wunde durch Nähte. Die Heilung vollzieht sich in einigen Tagen. Die Wirkung dieser Operation ist sehr gut in Vorhinein zu schätzen, es wird sehr wenig Haut ausgeschnitten, die Wirkung der Augenmuskulatur wird nicht gestört und das Resultat ist infolge der Fixierung des abpräparierten Hautstückes an die fest anliegende Haut, in der Nähe des unteren Randes der Orbita, konstant.

## Sitzungsberichte

der ärztlichen Fachsitzungen des „Erdélyer Museum-Vereines“.

### XII. Fachsitzung am 2. Oktober 1909.

I. Der Vorsitzende H. Prof. Hofrat PURJESZ reflektiert, die erste Sitzung des neuen Semesters eröffnend und die Anwesenden begrüssend, auf die Eindrücke die der in Budapest unlängst stattgehabte internationale Ärztekongress zurückliess. Wenn man selbst nur von dem vor etwa 10 Jahren herrschenden Gesichtspunkte aus die ärztliche wissenschaftliche Tätigkeit der Gegenwart betrachtet, so muss man staunen über die Zahl, Vielseitigkeit und intensive Bearbeitung der neu aufgeworfenen Fragen.

Die medizinische Forschung ging vor einigen Jahrzehnteln im Zeichen der Hygiene an und unser Vaterland blieb auf diesem Gebiete — Dank der vorsehenden initiativen Tätigkeit von TREFORT, MARKUSOVSKY und FODOR — nicht in der letzten Reihe. Aus den Bestrebungen dieser Schule hatte nicht nur die *medicina praeventiva*, sondern auch die *medicina curativa* ihren Nutzen. Der abgelaufene Kongress und die tägliche Erfahrung beweisen, wie sehr sich die zur Bekämpfung der verschiedenen Krankheiten und zur Milderung ihrer Symptome geeignete Heilmittel vermehrten. Viel ist auf diesem Gebiete den Fortschritten der Chemie und der gesteigerten Verwertung der physikalischen Kräfte zu verdanken. Die von der Praxis anfangs weitstehenden Versuche von FODOR, welche die ersten Lichtstrahle auf das weitere Schicksal der in die Blutbahn gebrachten Bakterien warfen, oder die Geschichte der Entdeckung der RÖNTGENstrahlen bringen schlagende Beweise dafür, dass die neu entdeckten Tatsachen — obwol der erste Forscher nur die Wahrheit zu ermitteln sucht, ohne zu berücksichtigen ob diese eine praktische Verwendung finden kann oder nicht — schliesslich doch zu mächtigen Quellen des Wohlseins der Menschheit werden.

Die Versuche von BROWN SEQUARD durch die Säfte gewisser Organe ein frisches Aufblühen der Kräfte zu erzielen, wurde von vielen mit einem überlegenen Lächeln empfangen, und doch bil-

deten diese den Ursprung der so wichtigen Lehre der inneren Sekretion und auch der Organotherapie. Wer würde heute z. B. das Adrenalin gerne entbehren?

Der abgelaufene Kongress gab ein treues Bild der eifrigen, beinahe fieberhaften Tätigkeit auf dem Gebiete unserer Wissenschaft. Die riesige Masse der Tätigkeit, die sich hier offenbarte, würde uns, die wir gezwungen sind in bescheidenen Grenzen zu arbeiten, beinahe entmutigen, wenn wir nicht wüssten, dass eben die kleineren Gesellschafter und Kreise berufen sind, die Gründe zu jenen Riesengebäuden zu legen. Mögen die Mitglieder unserer Fachsitzungen sich an dieser Arbeit möglichst intensiv beteiligen.

## II. Demonstrationen von Prof. L. MAKARA.

*Chondrosarkom einer Rippe neben zahlreichen gutartigen Exostosen.* H. P. 34 jähriger Fassbinder. An den langen Knochen der Extremitäten, in der Nähe der Epiphysen zahlreiche Exostosen von verschiedener Form, welche seit langer Zeit ohne Beschwerden bestehen.

Der Patient erlitt vor 3 Jahren einen Fall auf seine rechte Seite, an der verletzten Stelle bildete sich anfangs langsam, später rascher eine Geschwulst. Bei der Aufnahme des Patienten war in der rechten hinteren Axillarlinie in der Höhe der 8—10. Rippe eine harte, kugelförmige, kindskopfgrosse Geschwulst zu tasten, welche mit den Rippen nicht, aber mit der Haut zusammenhing und sowohl beim Drücken, wie auch spontan schmerzhaft war.

Um die Gefahr des Pneumothorax bei der Operation zu vermeiden, wurde am 9. September ein Stück der 7. Rippe ausgeschnitten und die Brusthöhle drainirt, nach dem Vorschlag von DOLLINGER. Nachdem der Patient sich erholte, wurde am 13. Sept. die Geschwulst freigelegt, die 8. und 9. Rippen an zwei Stellen durchgeschnitten und die Geschwulst in Zusammenhang mit einem entsprechend grossen Stück der gesunden Thoraxwand entfernt. Die rechte Brusthöhle wurde dadurch an einer 10 cm. langen und 6 cm. hohen Stelle eröffnet. Das Diaphragma musste von den Rippen abgetrennt werden, die Eröffnung der Bauchhöhle konnte jedoch vermieden werden. Die Lunge fiel nicht völlig zusammen, die Atmung blieb ungestört. Die Pleurahöhle wurde völlig geschlossen, die Stelle der Geschwulst drainirt und die Hautwunde geschlossen. Die Heilung verlief ungestört.

Die histologische Diagnose des Herrn Prof. BUDAY lautet: *Sarcoma costae chondro-myxomatodes teleangiectaticum cum necrosi.* Der Fall gehört zu den Seltenheiten, weil gleichzeitig gut- und bösartige Knochengeschwülste vorhanden sind.

2. G. J. 28 jähriger Tagelöhner bemerkte vor etwa 5 Wochen

in der linken Kniebeuge eine nussgrosse, pulsierende Geschwulst und beobachtete gleichzeitig, dass er die betreffende Extremität im Kniegelenk nicht strecken kann. Vor zwei Wochen begann die Geschwulst rasch zu wachsen. Der Unterschenkel und Fuss sind geschwollen, die Hautvenen mehr gefüllt, die Haut blass und kühl, das Tastgefühl an der Sohle mangelhaft. In der Kniekehle ist eine pralle, empfindliche, pulsierende Geschwulst von der Grösse eines Gänseeies. Die Pulsation fällt mit dem Herzschlag zusammen und hört bei Drücken der Femoralarterie auf, schwaches systolisches blasendes Geräusch. Es liegt zweifellos ein *Aneurysma der Schlagader* vor. Zur Heilung wird die MATAS'sche Endoaneurysmorrhaphie ausgeführt.

III. Dr. G. BRAUNSTEIN. Punktion der Perikardialhöhle in einem Falle von Pericarditis.

Es wurde in dem linken VI. Intercostalraum, 1 cm. nach links von der Mammillarlinie entfernt eingestochen und beinahe 3000 cc. blutiges, alkalisches Exsudat vom spezifischen Gewichte von 1.020 entlassen. Die zytologische Prüfung der Flüssigkeit spricht für tuberkulösen Ursprung der Erkrankung. Der Patient fühlt sich seit der Punktion leichter. Die Diurese wurde von 600 cc. auf 4000 gesteigert.

IV. Privatdozent Dr. E. VERESS. *Beobachtungen am Herzen von Scyllium und Thalassochelis.* (Siehe Revue, S. 43.)

### XIII. Fachsitzung am 9. Oktober 1909.

I. Dr. L. GÓTH. Ein Fall von *ektopischer Schwangerschaft*. Frau B. 30 jährig. Die letzte Menstruation endete am 25 Juni und blieb dann zwei Monate aus. Am Ende dieser Zeit entfernte sich ein Stück Fleisch unter Blutung, die Blutung dauerte fort, die Kräfte der Patientin nahmen ab, ihr Bauch schwoll an und wurde schmerzhaft. Retroflektiertes, vergrössertes Corpus uteri, links ein eigrosses, rechts ein kindskopfgrosses Gebilde. Temperatur normal.

Bei der von Herrn Prof. SZABÓ gemachten Laparotomie wurde rechts ein altes, an die benachbarten Gebilde anhaftendes Hämatom gefunden und sammt dem Ligamentum latum und der Tube entfernt.

Das rechtsseitige Gebilde wurde für ein Produkt einer ektopischen Schwangerschaft gehalten, dies bestätigte ein beim Übergang des Colon descendens in die Flexura sigmoidea, am Mesenterium haftender, etwa 13—14 Wochen alter Foetus, welcher nach Unterbindung des Stieles leicht entfernt werden konnte.

II. Dr. S. NAGY demonstriert einen Fall von *Mitralstenose mit linksseitiger Rekurrenslähmung*, ferner einen Fall von *Addison'scher Krankheit*.

III. Dr. J. GEBER demonstriert die *Anwendung des Tuscherfahrens zum Nachweis von Spirochaeta pallida.*

IV. Dr. P. STEINER. *Über die Torsion des Omentum.*

Die demonstrierte 52 jährige Patientin wurde am 8. Juli 1909 auf die Klinik gebracht. Sie wurde vor 16 Jahren wegen eines inkarzerierten Inguinalbruches operiert und fühlte sich seither wohl, doch hatte sie an der Operationsstelle und im Bauche zeitweise Schmerzen, welche sie manchmal mehrere Tage lang zur Bettlage zwangen. Sie bemerkt seit einem Jahre, dass ihr Bruch wieder hervortritt, seit 14 Tagen hat sie wieder heftige Schmerzen, Erbrechen stellte sich ein am Tage der Aufnahme zweimal, Stuhl normal.

*Status* bei der Aufnahme: An der rechten Inguinalgegend eine glatte, blasse Operationsnarbe, dem Verlaufe des Inguinalkanals entlang ist ein harter Knoten zu tasten, in der rechten Fossa Ilei ein etwa zweifaustgrosser Knoten, welcher mit dem erwähnten Knoten im Inguinalkanal zusammenzuhängen scheint, der letztere lässt sich nicht reponieren. Temperatur 37.2. Puls 100. Diagnose: eingeklemmter Inguinalbruch des Omentums. Operation: Herniotomie. Im Bruche wurde bei der Operation ein Teil des an zwei Stellen angewachsenen Omentums gefunden. Da das Omentum sich auch nach dem Durchtrennen der frisch gebildeten Ligamenta nicht hervorziehen liess, wurde eine Hernio-laparotomie ausgeführt. Am Omentum sassen nuss-bis apfel-grosse teils gelbe, teils livide Knoten. Der Stiel des Omentums war zweimal 360° um seine Achse gedreht. Das 350 g. wiegende Omentum wurde entfernt und die Wunde regelrecht geschlossen. Die Heilung verlief ungestört. Die Patientin fühlt sich jetzt — 3 Monate nach der Operation — wohl.

#### XIV. Fachsitzung am 16. Oktober 1909.

I. Dr. E. GERGELY demonstriert 2 Fälle von *kongenitaler Tuberkulose.* Der *erste* Säugling wurde am 16 September 1909 geboren, seine Mutter starb nach der künstlich eingeleiteten Frühgeburt, infolge von Meningitis und miliärer Tuberkulose. Das Kind lebte noch 20 Tage und wurde während dieser Zeit mit der Milch gesunder Frauen ernährt. Das Gewicht des Neugeborenen betrug 1350 g. bei der Sektion 1130 g. Miliäre Tuberkulose, auffallend grosse und zum Teil käsige degenerierte Lymphdrüsen hinter der Porta hepatis und dem Magen.

Im *zweiten Falle* betrug das Gewicht des neugeborenen Mädchens 2300 g. Bei der Mutter war die Schrumpfung der rechten Lungenspitze festzustellen. Das Kind lebte 15 Tage, seine Körpertemperatur hob sich nur in den letzten Tagen auf 36.9—37.8°. Bei

der Sektion wurde ebenfalls miliare Tuberkulose, grosse Milz, Vergrösserung und käsige Degeneration der hinter der Porta hepatis und hinter dem Magen gelegenen Lymphdrüsen gefunden.

*Diskussion*: Dr. L. GÓTH.

II. Dr. H. KANITZ demonstriert einen nach chirurgischer Behandlung *rezidivierten Fall von Nasenkarzinom* bei einer 60 jährigen Frau. Die Demonstration hat nicht dem Zweck irgend einen Beweis gegen die chirurgische Behandlung des Karzinoms zu bringen. Der Vortragende möchte nur die Aufmerksamkeit auf den Umstand lenken, dass man auf Grund ähnlicher Rezidiven auch gegen die RÖNTGEN-Behandlung des Karzinoms nicht Stellung nehmen dürfte.

*Diskussion*: Prof. MAKARA betont nach einigen Bemerkungen zum Falle selbst, dass er jede Methode zur Heilung des Karzinoms welche besser, als die chirurgische wäre, mit Freuden begrüßen würde. Es ist jedoch nicht richtig die Zeit mit radiotherapeutischen Versuchen zu verschwenden, wenn nur, eine Verschlimmerung des Zustandes zu erwarten ist. Der vorliegende Fall ist seiner Ansicht nach zur radiotherapeutischen Behandlung ebenfalls nicht geeignet.

Dr. KANITZ hofft von den RÖNTGEN-Strahlen im vorliegenden Falle eine günstige Wirkung und sieht diese Behandlung umso mehr angezeigt, da eine chirurgische Operation sich nur mit einer grossen Verunstaltung der Patientin ausführen liesse.

III. Dr. H. KANITZ demonstriert einen Fall von *Lupus vulgaris embolischen Ursprungs*. R. Sch. 7 jähriges Mädchen wurde am 9. Juni 1909 in die dermatologische Klinik aufgenommen. Seit etwa 7 Monaten sind Veränderungen an der Haut, dieselben gruppieren sich in zirkumskripte Herde an den Extremitäten und am Gesicht, am Rumpfe sind nur einzelne zu sehen. Die Gesamtzahl der Herde ist etwa 150, wovon 100 an den unteren Extremitäten sitzen.

Stecknadelkopf, linsen- bis zweiheller-grosse in das Gewebe der Haut eingebettete, wenig vorragende, blass bräunlich-rote, auf Druck gelblich-braune, weiche, scharf begrenzte Infiltrationen. Zahlreiche atrophische Narben mit typischen Lupus-Knoten. Linsen- bis heller-grosse atrophische Flecke. An den Handrücken sind grössere, blaurote, zum Teil erodierte und mit schmutzig-grünem Schorf bedeckte Infiltrationen. In der Haut des linken Nasenflügels sitzt ein typischer Lupusknoten. Die V. Zehe des rechten Fusses ist angeschwollen, die Haut infiltriert und unterhalb des Nagels entleert sich Eiter. Die Lymphdrüsen sind kaum infiltriert. Das Bild entspricht der typischen Hauttuberkulose. Der Umstand, dass die Veränderungen der Haut plötzlich und ziemlich gleichzeitig auftraten,

dass die Herde sich ziemlich symmetrisch an beiden Körperhälften verteilen, dass während der Beobachtung keine neuen Herde auftraten und die alten eine gewisse Neigung zum Heilen zeigten und schliesslich, dass ein primärer Herd der Tuberkulose im Körper sich nachweisen liess, sprechen für den hämatogenen Ursprung der Erkrankung durch Embolie.

Der embolische Lupus pflegt gewöhnlich bei Kindern und zwar sehr oft nach Exanthenen aufzutreten. Ob im vorliegenden Falle vor der tuberkulösen Erkrankung der Haut ein Exanthem vorhanden war oder nicht, liess sich nicht nachweisen.

*Diskussion*: Dr. F. VERESS hebt die Möglichkeit einer ausgedehnten Infektion der Haut mit Tuberkulose bei Exanthenen vor. Diese Form der Hauttuberkulose wurde von ihm *Lupus vulgaris postexanthematicus* genannt. Er glaubt, dass im vorliegenden Falle die Ursache der Erkrankung in einer Infektion resp. Inokulation von Tuberkulose, durch die Finger und Nägel zu suchen sei, die Infektionsquelle bildet der Lupus am Nasenflügel. Die beschriebenen Herde traten nämlich nur an solchen Stellen der Haut auf, welche der Patient mit der Hand erreichen und kratzen konnte. Es ist nicht ausgeschlossen, dass bei einem so infizierten Kinde auch ein hämatogener Lupus auftrete.

Dr. J. GEBER schliesst sich der Meinung des Vortragenden an. Er hält auf Grund des klinischen Verlaufes die Infektion durch Kratzen im vorliegenden Falle für ausgeschlossen.

Dass H. Dr. VERESS in seinem Falle den hämatogenen Ursprung nicht nachweisen konnte, hat seinen Grund vielleicht im dem Umstande, dass der Fall schon zu alt war. Herr GEBER hat in seinen Fällen die primäre Phlebitis stets nachweisen können.

Dr. F. VERESS hatte Gelegenheit einen Fall von echtem embolischem Lupus zu untersuchen. In diesem Falle waren die Blutgefässe auch in den ältesten Herden nachweisbar und sie enthielten auch Tuberkelbazillen.

IV. Dr. P. ZACHER: *Bakteriengehalt der Gallenblase von Leichen*. Von 96 Gallenblasen wurden 55, von 11 Gallensteinen 7 steril gefunden. Die Gallenblase bleibt meistens auch längere Zeit nach dem Tode steril. In der Gallenblase von an Typhus verstorbenen ist eine Reinkultur von Typhusbazillen auch dann aufzufinden, wenn solche sich weder aus dem Blute, noch aus der Milz züchten lassen. In anderen Fällen konnte der betreffende pathogene Mikroorganismus nicht mit derselben Regelmässigkeit aufgefunden werden. Typhusbazillen konnten in der Galle nur bei Typhus gefunden werden. Bei der Bildung von Gallensteinen ist den Bakterien keine grosse Rolle zuzuschreiben. Für den bakteriellen Ursprung der

Steine würde sprechen, wenn man auch im Kerne der Steine Bakterien auffinden könnte. In den nicht sterilen Steinen kommt meistens *Bact. coli* vor, Typhusbazillen wurden in keinem Falle gefunden.

### XV. Fachsitzung am 23. Oktober 1909.

I. Dr. P. ZACHER demonstriert verschiedene Nährböden, welche von ihm zur Trennung oder Differenzierung der Coli- und Typhusbazillen benutzt wurden. Zur Trennung wurden das CONRADI—DRIGALSKI'sche Agar, das ENDO-Agar und das ERICH—KINDBORG'sche Agar verwendet. Die beiden ersten erwiesen sich für zweckmässig. Aus dem letzteren muss man das Malakit grün, wenn man sichere Resultate erzielen will, weglassen, da sonst die Typhusstämme in ihrer Entwicklung gehindert werden. Zur Identifizierung dienen das Lakmus-Serum von PETRUSCHKY, die mit Lakmus gefärbte und mit Traubenzucker, resp. Milchezucker versetzte Nutroselösung von BURSCHIKOW und das Nutrose-Rotagar nach ROTHBERGER.

II. Privatdozent G. GENERSICH. *Über die exsudative Diathese von Czerny mit Demonstrationen.*

Der Vortragende bespricht an der Hand von 11 demonstrierten Kindern die Symptome der von CZERNY aufgestellten und exsudative Diathese genannten Krankheitsgruppe und zwar Lingua geographica, seborrhoea capillitii, crusta lactea, intertrigo, prurigo, asthmaähnliche tracheo-bronchitis, Entzündung der Drüsen des Rachens und der Nase, pseudocroup, blepharitis, conjunctivitis phlyktenulosa, balanitis, vulvitis.

Die Theorie von CZERNY änderte unsere Auffassung vielen Kinderkrankheiten gegenüber. Aus der neuen Auffassung folgt die Einführung einer allgemeinen Behandlung solcher Kinder, durch die entsprechende Änderung der Diät, neben oder anstatt der bisher üblichen lokalen Behandlung.

Der Vortragende schliesst sich auf Grund seiner eigenen Erfahrungen den Ansichten von CZERNY an und empfiehlt für die Kinder die am Lande übliche Diät, da diese nicht zur Übernahrung der Kinder führt, und daher ein gesundes Kinder- resp. Menschenmaterial sichert.

*Diskussion:* Prof. SZABÓ betont die Wichtigkeit der Anpassung der Diät nicht nur an gewisse Krankheiten sondern auch an die Verdauungskraft überhaupt. Eine „Übernahrung“ ist im Alter der Entwicklung unbedingt notwendig. Es hängt eben vom betreffenden Individuum ab, wie viel es vertragen kann, man muss das Maass gut treffen. Die Versuche welche sich auf die Verdauung verschiedener Nahrungsstoffe durch die Säuglinge beziehen, besitzen

auch vom praktischen Standpunkte einen hohen Wert, da sie zum Ordnen und Ändern der Diät Anweisung geben und zur Sicherung der weiteren Entwicklung der durch eine schlecht gewählte Diät erkrankten Kinder beitragen. Die Meinung aber, dass die bei den Bauern übliche Diät entsprechender wäre, als die der höheren Klassen, ist als eine Übertreibung zu bezeichnen, die Mortalität der Kinder ist beim Volke eben infolge des Magen-Darmkatarrhs besonders hoch. Viele Erkrankungen der Haut, und so auch die *Seborrhoea capillitii* sind auf die mangelhafte Reinlichkeit zurückzuführen. Es ist kein glücklicher Gedanke alles unter dem, aus der alten Zeit wieder zum Leben gerufenen Namen Diathese, zu vereinigen und dabei andere Einflüsse zu vernachlässigen.

An der Diskussion nehmen noch die HH. Prof. MARSHALCO und Dr. ELFER Teil.

Der Vortragende bemerkt in seiner Antwort, dass er stets für die natürliche Ernährung der Kinder kämpfe. Das durch die Gynäkologen und Geburtshelferinnen inaugurierte System der Stillung führt jedoch gewöhnlich zur Übernahrung und Erkrankung der Kinder. Wie viel das Kind erhalten soll, wird auf Grund des Kalorienwertes der Nahrung berechnet. Es sind 100 Kalorien pro Kgr. Körpergewicht notwendig, wovon 10% verloren gehen, 70% zur Erhaltung des Körpers und 20% zur weiteren Entwicklung verbraucht werden. In den Kinderasylen hat man eher mit den Gefahren der Unterernährung zu kämpfen, in der äusseren Praxis aber und in den Ambulatorien sind etwa 90% der Kinderkrankheiten, durch die Überernährung bedingt. Der Auffassung von CZERNY nach, ist besonders der Überschuss von Fett schädlich. Das Fett wird daher entzogen und sein Kalorienwert durch die Verabreichung von Amylaceen, besonders Bohnenmehl, ersetzt.

Die an exsudativer Diathese leidenden Kinder nehmen bei dieser Diät an Gewicht zu. Die bei den Bauern übliche Diät ist wegen der geringeren Möglichkeit der Überernährung rationell.

Dass Intertrigo nicht nur infolge der mangelhaften Reinlichkeit auftritt, wird durch die zahlreichen Fälle bewiesen bei denen die sorgfältigste Pflege obwaltet. Über die Behandlung der *Seborrhoea capillitii* ist zu bemerken, dass wenn diese nicht regelrecht zum Schlusse geführt wird, dadurch sehr leicht zum Auftreten von Ekzemen Gelegenheit geboten werden kann.

#### XVI. Fachsitzung am 30. Oktober 1909.

I. Prof. L. MAKARA demonstriert 2 Fälle von Aneurysmen in der Fossa poplitea.

a) Der erste Patient wurde bereits am 2. Okt. demonstriert. Es stellte sich bei der Operation heraus, dass das rasche Wachsen

der Geschwulst durch eine Ruptur resp. durch die Bildung eines Aneurysma spurium bedingt war. Die stark positive WASSERMANN'sche Reaktion spricht dafür, dass die Ursache der Aneurysmenbildung die syphilitische Erkrankung der Arterie war.

Die Operation wurde am 6. Oktober ausgeführt. Das Aneurysma wurde nach Schnürung der ESMARCH'schen Binde, geöffnet und entleert. Wegen der Zerreibbarkeit der erkrankten Gefäßwände konnte keine Arterioplastik ausgeführt werden. Das Lumen der Arterie wurde nach MATAS der Länge des Aneurysma entsprechend, durch Catgutnähte der Intima verschlossen.

Die Operation beseitigte die Schmerzen und die Störungen der Zirkulation, die Beweglichkeit wurde nicht völlig hergestellt. Die Wundhöhle wurde anfangs ohne Drainage geschlossen. Die Drainage erwies sich jedoch für notwendig und wurde nachträglich ausgeführt.

b) Der zweite Patient S. B. Tagelöhner wurde am rechten Knie durch einen Revolverschuss verletzt. Die Umstände der Verletzung und der bei der Aufnahme gefundene Zustand wiesen auf die Verletzung der Art. und Vena poplitea und auf ein arterio-venöses Aneurysma hin. Die Operation wurde am 11. Okt. ausgeführt; das in die Kniebeuge eingedrungene Projektil durchbohrte in seinem sehr schief nach unten und etwas nach vorne gerichteten Lauf sowohl die Wand der Arterie, wie auch die der Vene je zweimal. Die erste Wunde der Vene verheilte, die Ränder der zweiten Wunde der Vene verwuchsen mit der ersten Verletzung der Arterie, wodurch eine Kommunikation zwischen beiden Gefäßen zustande kam. Diese hatte eine Stauung im Unterschenkel und ein blasendes Geräusch der Vene zur Folge. An der Stelle der zweiten Verletzung der Arterie bildete sich ein nussgroßes Aneurysma spurium.

Um diese Verhältnisse festzustellen, wurde ein 4 cm. langes Stück der Arterie und ein 8 cm. langes Stück der Vene der Länge nach aufgeschnitten. Die Arterie wurde durch eine Naht der Intima der ganzen Länge des aufgeschlitzten Stückes entsprechend völlig verschlossen. Die Wunde der Vene dagegen wurde mit der feinsten chinesischen Seide, und mit sehr feinen Nadeln zusammengenäht.

Die Heilung verlief ungestört. Der Patient kann heute ganz gut gehen. Die MATAS'sche Operation hatte in beiden Fällen einen guten Erfolg und ist bei allen operierbaren Aneurysmen zu empfehlen.

II. Dr. J. SZABÓ. *Über die Verwendbarkeit der Wassermann'schen Reaktion und der Nonne-Apell'schen Ammonsulfatreaktion in der Psychiatrie.* (Siehe Revue S. 45—53.)

*Diskussion:* Privatdoz. M. JANCsó.

III. Dr. L. GÓTH. *Ausgewählte Kapitel aus der Pathologie der Adnexa* (I. Einleitung).

XVII. Fachsitzung am 6. November 1909.

I. Prof. J. IMRE demonstriert 2 Fälle.

a) Am rechten Auge eines 1 jährigen Kindes sitzt ein etwa mannesfaustgrosses *Glioma retinae*. Der Augapfel begann vor etwa  $\frac{1}{2}$  Jahre zu wachsen. Von einem Arzte wurden vor einigen Monaten warme Umschläge verordnet. Der Bulbus ist in allen Richtungen stark ausgedehnt, jedoch nicht durchbrochen, er sitzt fest in der Augenhöhle und ist durchaus unbeweglich. Die Augenlieder, welche selbst stark ausgedehnt sind, lassen  $\frac{1}{3}$  des Bulbus unbedeckt. Die freiliegende Bindehaut blutet oft und reichlich. Die Geschwulst ist nicht mehr zu operieren, da sie sich dem Nervus opticus entlang sicher fortpflanzte. Das traurige Bild ist gut im Gedächtniss zu halten, denn durch die rechtzeitige Operation kann doch ein Teil (etwa  $\frac{1}{5}$ ) der Erkrankten gerettet werden.

b) Ein  $4 \times 3 \times 2$  mm. grosses, 100 mgr. schweres Stück Eisen, welches aus dem Auge eines Schmiedes durch die Anwendung des HAAE'schen grossen, und des HIRSCHBERG'schen kleinen Magneten entfernt wurde. 5 Tage nach der Operation war das Auge mässig injiziert, die Pupille 5 mm. weit. Die Linse bildete hinter dieser eine flache Schichte. Lichtempfindung, Projektion normal.

Es wurde zugleich ein 27 mm. langes, 3—8 mm. breites, flaches, sichelförmig gebogenes Eisenstück demonstriert, welches durch das obere Augenlid in den Augapfel drang und aus der Sclera, an eine etwas herausragenden Spitze mit einer Pincette angefasst, entfernt wurde.

II. Dr. S. BLUMENFELD und Dr. J. KAPPEL. *Über die Verwertbarkeit der Bestimmung des Opsoninindex bei der Tuberkulose*. Der Opsoninindex der Versuchspersonen wurde mit human-, bovin und gallin-Tuberkelbazillen bestimmt. Es wurde der Versuch gemacht auf Grund des Opsoninindex die Dosierung der therapeutischen Tuberkulininjektionen zu kontrollieren. Die Resultate wurden mit denen der diagnostischen Tuberkulininjektionen verglichen um festzustellen inwiefern diese sich gegenseitig unterstützen können. In keiner Richtung konnten befriedigende Resultate erreicht werden. Die Methode entspricht den klinischen Forderungen in ihrer heutigen Form nicht. Die Verfasser hoffen jedoch, dass dieses Verfahren, wenn einmal die einschleichenden technischen Fehler sich ausschliessen lassen, noch gute Dienste leisten wird.

## XVIII. Fachsitzung am 13. November 1909.

I. DR. PAUL STEINER. *Ein durch Operation geheilter Fall von subkutaner Nierenruptur.*

Ein 27 jähriger Eisenbahnarbeiter erlitt beim Ordnen der Eisenbahnwagen eine innere Verletzung. Er wurde in folgendem Zustande auf die chirurgische Klinik gebracht: Eine äussere Verletzung ist nicht vorhanden. Mässig verfallen. Puls 64. Heftige Schmerzen im Bauche rechts, die Muskel sind hier reflektorisch kontrahiert, der Patient äussert schon beim Antasten Schmerzen. Der auf Auffordern entleerte Harn ist stark blutig. Diagnose: *Ruptur der rechten Niere.*

Es wurden Ruhe und Eisbeutel verordnet. Im Laufe der Nacht entleerte der Patient zweimal stark blutigen Harn. Die Verfallenheit und Anaemie steigerten sich, ebenso die Schmerzen und die reflektorische Spannung der Muskulatur. Die Operation wurde 20 Stunden nach der Verletzung am 20 Okt. von H. Prof. MAKARA ausgeführt. Da auch Zeichen der Verletzung der Bauchorgane vorhanden waren, wurde zuerst der Bauch geöffnet, solche Verletzungen lagen jedoch nicht vor. Am horizontalen Teil des Duodenum sass ein subseröses Hämatom, das sich in einen retroperitonealen Bluterguss an der rechten Nierengegend fortsetzte. Die unverletzte linke Niere liess sich durch das Peritoneum gut durchtasten. Die Bauchwunde wurde schichtenweise zusammen genäht und nachher die rechte Niere durch den BERGMANN'schen lumbalen Schnitt freigelegt. Bei der Eröffnung der oedematösen Capsula adiposa entleerte sich etwa  $\frac{1}{2}$  Liter zum Teil flüssiges, zum Teil geronnenes Blut. Nach dem Abtupfen frische Blutung. Die untere Hälfte der Niere lag vollkommen abgetrennt im Bluterguss eingebettet, die obere Hälfte hang noch am Hilus. Nach entsprechender Unterbindung des Stieles wurde auch diese entfernt, die Wunde verengt und drainiert. Der Patient entleerte noch einmal blutigen Harn, der später entleerte Harn war stets klar und frei von fremden Elementen. Seine tägliche Menge beträgt 700—1200 cc. Der Verlauf wurde durch eine 2 Tage dauernde Bronchitis gestört. Der Patient ist jetzt, 24 Tage nach der Verletzung, geheilt. Subkutane Verletzungen der Niere kommen selten vor. In der vaterländischen Literatur wurden bisher nur 3 solche von RÍCZEY, WINTERNITZ (FINÁLY) und DOLLINGER beschrieben.

II. Privatdozent M. JANCsó und Dr. M. CSIKY berichten über einen Fall von *paroxysmaler Hämoglobinurie* und über Versuche, welche sie in diesem Falle zur Feststellung der hämolytischen Wirkung des Blutserums ausführten.

## XIX. Fachsitzung am 20. November 1909.

Dr. L. GÓTH. *Ausgewählte Kapitel aus der Pathologie der Adnexa.* II. Temperaturverhältnisse.

## XX. Fachsitzung am 27. November 1909.

I. Prof. B. KENYERES demonstriert a) einem *Fall von vielfacher Taetovierung*. Der demonstrierte Mann wurde im Jahre 1903 während seines Militärdienstes durch einen Kameraden mit besonders zahlreichen Zeichnungen geschmückt.

b) Ein kleines *Droguistenlager*, welches bei einer Geburtshelferin gelegentlich eines Abortes mit tötlichem Ausgang aufgefunden und in Beschlag genommen wurde. Die Sammlung enthält: *Thuja occidentalis*, *Viburnum opulus*, *Erythrea centaurium*, *Tilia ulmifolia*, *Veronica spicata*, *Alliaria officinalis*, *Brunella vulgaris*, *Mentha crispa*, *Hypericum perforatum*, *Scrophularia peregrina*, Zimmpulver, pulverisierte Blätter von verschiedenen Blüten, ein Pulver, welches wie *Kalium bichromat* aussieht, *Cantharis* in einem Glase in Weingeist, Bleizucker, Schweisspulver etc. und schliesslich 3 zugespitzte Spindel und eine alte rostige Stricknadel.

Ein Teil dieser Substanzen ist indifferent, ein Teil verdächtig. Es gibt aber auch solche, welche als Abtreibemittel bekannt sind so die *Thuja officinalis* und das *Viburnum opulus*.

II. Dr. H. KANITZ. Ein Fall von *Lupus erythematodes disseminatus*.

III. Dr. T. VÁRI. Ein Fall von *Sclerosis lateralis amyotrophica*.

IV. Privatdozent D. VESZPRÉMI. Pathologisch-anatomische Präparate.

1. *Angioma cavernosum permagnum renis*.

Die rechte Niere einer 36 jährigen Frau, welche schon seit 10 Jahren die Zunahme des Bauches beobachtete, wandelte sich in einem 29 cm. lange, 20 cm. breite und 11 cm. dicken Tumor von 46 cm. Umfange um. Die Geschwulst besteht aus haselnuss-hühnereigrößen kavernösen Höhlen, welche von einander durch verschieden dicke Schichten von Bindegewebe getrennt, und mit teils flüssigem, teils geronnenem dunklen Blute oder von eingedicktem schokoladenrost-braunen Gerinsel gefüllt waren. Das Nierenbecken liegt am unteren Teile der Geschwulst, als eine flache, enge Höhle, welche sich in den normalen Ureter fortsetzt. Die linke Niere zeigte eine kompensatorische Hypertrophie.

### 2. Nierenkarzinom, mit vielfachen Knochenmetastasen.

In der Leiche einer 36 jährigen Frau wurde in der rechten Niere eine den oberen Teil derselben etwas vordrückende, etwa kindsfaustgrosse Geschwulst gefunden, welche sich bei der histologischen Prüfung als ein *Adenocarcinoma papillare* erwies.

Ausser den regionären und retroperitonealen Drüsen waren Metastasen in den verschiedensten Knochen zu finden. So an dem rechten Parietalbein, an beiden Epiphysen des rechten Schenkelbeins, zum Teil auch auf die Muskulatur übergreifend. Das caput femoris war sammt dem Trochanter abgebrochen. An der Diaphyse war ebenfalls eine Geschwulst zu finden, welche das Knochengewebe völlig zerstörte. Ähnliche Metastasen waren auch am linken Schenkel, ferner am Becken und an der IV. Rippe vorhanden.

### 3. Karzinom des Nierenbeckens mit Hydronephrose.

Die rechte Niere einer 60 jährigen Frau bildet ein etwa kindskopfgrosses fluktuierendes Gebilde. Mehr als  $\frac{2}{3}$  des Ganzen wird vom stark ausgedehnten Nierenbecken gebildet, aus dem sich beim Einschneiden mehr als 1 Liter gründlich-graue Flüssigkeit entleerte. Die eigentliche Nierensubstanz ist kaum einige mm. dick, an der Mündung des Ureters sitzt eine etwa 3 cm. lange und daumendicke weiche, unebene Geschwulst, welche sich auch in den Ureter fortsetzt und diesen völlig verschliesst. Metastasen waren in den regionären Drüsen und im Os parietale vorhanden.

### 4. Hydronephrose infolge der Kreuzung des Ureters mit einer accessorischen Arterie.

Bei einem infolge von Volvulus verstorbenen Mame wurde eine bedeutend vergrösserte rechte Niere gefunden. Das Gewicht dieser Niere beträgt 250 g., ihre Länge 14 cm., die Breite 6 cm. Das Nierenbecken ist stark ausgedehnt, etwa apfelgross, und fluktuirt sammt der Niere. Der Ureter ist durch einen Strang an das Becken gepresst. Die Arteria renalis hat zwei grössere und zwei kleinere Äste, welche am oberen Pole und eher an der vorderen Fläche des emporgewölbten Beckens in die Nierensubstanz laufen. Die vena renalis hat den gleichen Verlauf. Ein anderes Ästchen der Arteria renalis entspringt etwas weiter als normal und läuft an der vorderen Fläche des Nierenbeckens bis zum Hilus, es drängt sich hier unter den Ursprung des Ureters und tritt in die Niere etwas hinter der Mitte des Hilus ein. Der Ureter wird dadurch gehoben und zum unteren Pol der ausgedehnten Niere gepresst.

## XXI. Fachsitzung am 4. Dezember 1909.

I. Dr. B. PURJESZ demonstriert einen Fall von *Aneurysma an der Arteria anonyma, subclavia und an der Aorta ascendens*.

II. Dr. F. VERESS demonstriert einen Fall von *Erythema vesiculosum* medikamentösen Ursprungs oder aus Autointoxikation.

III. Prof. Hofrat D. SZABÓ. *Besprechung einiger Fälle. Demonstration von Präparaten.*

Unlängst wurde auf der gynäkologischen Klinik im laufenden Jahre die fünfzigste Laparatomie ausgeführt unter diesen hatten 3 besonders schwere Fälle lethalen Ausgang. Diese Fälle waren die folgenden: a) Frau F. Vilezenszki 71 jährige, kachektische Frau mit einer riesigen Ovarialcyste; b) Frau G. Turk, 36 jährig WERTHEIM-Operation wegen Karzinom; c) Frau I. Marosán 48 jährig, wurde in fieberndem Zustande mit einem zur Hälfte in die Scheide geborenen verfaulten Fibroma cysticum auf die Klinik gebracht. Das Fibrom liess sich aus der Scheide nicht entfernen; ein grosser Adnextumor und die fibromatöse Gebärmutter wurden durch Laparotomie entfernt, die Infektion liess sich nicht vermeiden.

Die interessanteren Fälle wurden im Laufe des Jahres bereits demonstriert.

Als seltenere Fälle sollen die folgenden erwähnt werden.

Bei Frau D. Divricsán, einer 40 jährigen Tagelöhnerin zog sich dicht am Rande der Gebärmutter zwischen den beiden Lamellen des Ligamentum latum, dann zwischen der Scheide und dem Mastdarm eine einfache Cyste nach abwärts. Bei der Abtrennung wurde der Darm verletzt und musste genäht werden. Die Wand der Scheide wurde durchgeschnitten, die Höhle drainiert, und durch Nähte von der Peritonealhöhle getrennt. Die Lage der Cyste erweckt den Verdacht, dass man mit einer Veränderung des GÄRTNER'schen Ganges zu tun hatte.

Bei der 22 jährigen Frau J. Zajdel wurden beide Adnexa wegen Verdacht von Tuberkulose auf Grund einer Salpingitis isthmica nodosa exstirpiert. Bei der histologischen Prüfung wurden die exstirpierten Gebilde durch H. Prof. BUDAY als Nebennierengeschwülste erkannt.

Frl. V. Wagner 26 jährige Näherin wurde am 11. November aufgenommen. Fortwährendes hohes Fieber. Schüttelfrost. Ihr Bauch nahm seit 2½ Monaten rasch zu und war seit 14 Tagen schmerzhaft. Bei der Prüfung wurde im Bauche ein 3 Finger über den Nabel reichendes, hartes, glattes, seitwärts ziemlich gut bewegliches Gebilde gefunden. Die Gebärmutter war klein. Während der 20 Tage dauernden Beobachtung schien die Geschwulst etwas zuzu-

nehmen. Ihre Entfernung wurde durch verschiedene Symptome indiziert. Die 3650 g. wiegende Geschwulst zeigte an der Schnittfläche verschieden grosse von Bindegewebe umgebene und mit einer kolloidalen Masse gefüllte Höhlen, in der Mitte fand sich eine 2 Finger breite weisse, Schleimähnliche Masse. Eiter war nicht zu finden, ein Teil der Oberfläche der Geschwulst war jedoch grau, aufgelockert, nekrotisch. Das Fieber blieb nach der Operation prompt und vollständig aus. Bei der Nekrose der Geschwulst musste irgend eine Substanz gebildet werden, durch deren Resorption das Fieber bedingt war. Welche Umstände die Nekrose der sonst sehr soliden Geschwulst verursachten, ist unbekannt. Das Studium solcher Fälle aus chemischem Standpunkte wäre ebenfalls wünschenswert. Der Vortragende hatte schon Gelegenheit gehabt Fieber und Kopfschmerzen in Fällen von ektopischer Gravidität nach dem Absterben des Foetus zu beobachten. In einem dieser Fälle wurden im Fruchtwasser vom H. Prof. v. UBRÁNSZKY Ammoniumsälze nachgewiesen.

## XXII. Fachsitzung am 11. Dezember 1909.

I. Prof. L. MAKARA. *Ein durch Nervenpaarung behandelter Fall von Facialislähmung.*

Frl. A. B., 17 jährig, litt seit ihrem 4-ten Lebensjahre an beiderseitigen Ohrenfluss. Die untere Hälfte des rechten Trommelfells und das ganze linke Trommelfell fehlen. Aus dem linken Ohr sickert Eiter hervor, der Proc. mastoideus ist empfindlich. Bei der am 25. Mai ausgeführten radikalen Operation wurde das Anthrum voll von cholesteatom-artiger Masse gefunden. In der Nähe des horizontalen Bogens der Bogengänge lag ein Sequester, bei dessen Entfernung wurde der N. facialis verletzt, die Folge war eine vollständige Lähmung der linken Gesichtshälfte. Da man eine spontane Heilung nicht erwarten konnte, wurde der verletzte Nerv mit dem Hypoglossus am 28. Juni vereinigt. Am Ende Septembers begann die Assymetrie des Gesichtes zu verschwinden, die ersten willkürlichen Bewegungen zeigten sich zu derselben Zeit. Im November konnte die Patientin das linke Auge schliessen.

Die beiden Gesichtshälften zeigen gegenwärtig im Ruhezustande keinen bedeutenden Unterschied, die Falten sind auch links gut ausgeprägt. Bei Bewegungen bleibt besonders die linke Hälfte der unteren Lippe zurück, beim Lächeln zieht sich der Mund nach rechts. Die Patientin kann willkürlich auch die linke Gesichtshälfte gut bewegen, mit Ausnahme der äussersten Gebiete des N. facialis, nämlich der linken Hälfte der unteren Lippe und der Stirnhaut. Sie kann den linken Mundwinkel gut nach oben und links ziehen, das linke Auge schliessen etc. sie muss aber gleichzeitig auch mit

der Zunge Bewegungen ausführen. Die Bewegungen im Gesichte sind als Begleiter der willkürlichen Bewegungen der Zunge auszulösen, ohne dass sie beim einfachen Sprechen stören. Bei der Prüfung mit elektrischem Strom geben die Gesichtsmuskeln Degenerationsreaktion, in der Richtung des Nerven sind durch mittelstarke Reize keine Zusammenziehungen auszulösen.

Infolge der Durchschneidung des Hypoglossus ist die linke Hälfte der Zunge atrophisch, die Zungenspitze ist im Munde nach rechts, beim Strecken der Zunge nach links gerichtet. Dieser Umstand verursacht keine Beschwerden. Der Geschmackssinn ist ungestört.

Da seit der Operation noch kein halbes Jahr verstrichen ist, so kann man eine weitere Besserung hoffen, besonders wenn die Patientin ihre Mimik unter der Kritik des Spiegels übt. Eine so vollständige Restitution, als diese bei der Vereinigung des Facialisnerven möglich wäre, kann man nicht erwarten. Man soll diese Operation daher nur dann ausführen, wenn man eine spontane Heilung nicht mehr erhoffen kann. Es ist indessen wichtig den richtigen Zeitpunkt zu treffen um das Gelingen der Operation nicht zu gefährden. Im vorliegenden Falle ist durch die Erreichung der Symmetrie des Gesichtes im Ruhezustand, durch die Möglichkeit des Schliessens des Auges und der Auslösung willkürlicher Bewegungen des Gesichtes schon viel gewonnen.

Bei den radikalen Operationen des Ohres kommen manchmal leichte Verletzungen des Nerv. facialis vor, welche zwar eine Lähmung verursachen, doch spontan heilen. Ein solcher Fall kam bei einem demonstrierten jungen Manne vor.

Der Vortragende hält es für besser den Nervus facialis mit dem Nervus hypoglossus zu verbinden, als — wie manche Autoren vorschlagen — mit dem Nervus accessorius, da die Mitbewegung der Schulter sehr unangenehm werden kann.

II. DR. H. HIRSCH. *Ein Fall von chronischem Volvulus.* Bei einem 38 jährigen Manne der vorher an Obstipation litt, traten plötzlich die Zeichen vom Ileus auf. Der Ileus löste sich in 3 Tagen wieder, der Patient hatte nachher täglich Stuhlgang, es blieb jedoch ein stets wachsender Meteorismus mit ausgeprägter Darmstarre zurück. Bei der Operation wurde das Sygmoideum 180° um die mesenteriale Axe gedreht gefunden. Sekundäre Veränderungen waren nicht vorhanden.

Nach dem Schliessen der Bauchhöhle erhielt der Patient täglich 3-mal 0.001 gr. Physostigmin und wurde täglich je 1 Stunde lang mit heisser Luft behandelt. In den Mastdarm wurde 40 cm. tief ein Kautschukrohr eingeführt und dort gelassen. Völlige Heilung.

III. Prof. J. IMRE. *Kurze Mitteilungen über Augenoperationen* (Siehe Revue S. 54.)