

REVUE

ÜBER DEN INHALT DES „ÉRTESITŐ“

SITZUNGSBERICHTE

DER MEDIZINISCHEN SEKTION DES ERDÉLYI MÚZEUM EGYESÜLET

(ERDÉLYER MUSEUM-VEREIN)

XXXIII. Band.

1911.

II. Heft.

MITTEILUNG AUS DER MEDIZINISCHEN KLINIK DER KÖN. UNG.
UNIVERSITÄT IN KOLOZSVÁR.

Vorstand : Prof. Hofrat S. PURJESZ.

Zur heutigen Differentialdiagnose von flüssigen Transsudaten und Exsudaten.*

Von : Dr. B. PURJESZ.

Der Verfasser prüfte bei einer Reihe von Exsudaten, Transsudaten und Cerebrospinalflüssigkeiten den diagnostischen Wert der Bestimmung der Refraktion (Eiweissgehalt), der Reduktion (nach MAYERHOFER), der lypolitischen, amylytischen und proteolytischen Kraft der entsprechenden Flüssigkeiten, ferner den Wert der einfachen Prüfung mit Sulfosalicylsäure, der Reaktionen nach NONNE—APPELT und nach MORITZ—RIVALSA. Das cytologische Verhalten der geprüften Flüssigkeiten wurde ausserdem mikroskopisch verfolgt und in einer Reihe von Fällen der direkte Nachweis von Traubenzucker oder von den in die Blutbahn injizierten Fremdstoffen versucht.

Die Resultate in den einzelnen Gruppen der Untersuchungsreihen zeigt die folgende Tabelle :

* Nach einem Vortrage, gehalten am 1. April 1911 in der medizinischen Sektion des Erdélyer Museum-Vereins.

Zahl der Fälle	Bezeichnung der geprüften Flüssigkeiten	Brechungsindex	Eiweiss % ₀ e	Niederschlag bei der Sulfosalicylsäure-Reaktion	Ausfall der Reaktion n. MORITZ—RIVALSA	Niederschlag b. d. Reakt. n. NONNE—APPELT	Amylolytische Wirkung	Proteolytische Wirkung	Lyolytische Wirkung
18	Exsud. pleurit. .	1·34245—1·34650	3·70—5·90%	voluminös	positiv	voluminös	0·5—0·02	—	+
3	Metapneumoniat. exsud. pleurit.	1·34426—1·34500	4·68—5·09%	"	"	"	0·5—0·2	0·5—0·3	—
5	Transsudat	1·33743—1·33904	0·98—1·89%	wenig	negativ	minimal	0·5—0·02	—	—
1	Peritonitis chronica	1·34300	4·27%	voluminös	positiv	voluminös	0·5—0·02	—	+
1	Ascites	1·34275	3·86%	"	kaum posit.	wenig	0·5—0·02	—	—
4	Cerebrospinal-Flüssigkeit ..	1·33474	unter 0·14%	minimal	negativ	—	0·5—0·02	—	+
6	Meningitis tuberculosa ..	1·33513—1·33528	unter 0·14%	zieml. reich	"	—	0·5—0·02	—	+
3	Meningitis pur. .	1·33667	0·56%	voluminös	positiv	voluminös	0·5—0·2	0·5—0·2	—

Die Reduktionsprobe nach MAYERHOFER ergab schwankende Resultate. Bei sämtlichen Flüssigkeiten blieb nach Fällung der Eiweisskörper die Biuretreaktion aus. Das cytologische Verhalten der pleuritischen Flüssigkeiten war das folgende: Pleuritische Exsudate nach Pneumonie und Polyarthritiden zeigten stets hochgradige Polynukleose, bei den übrigen entzündlichen Flüssigkeiten war dagegen stets Lymphocytose vorhanden. In einem Teil der Fälle enthielten die geprüften Flüssigkeiten nur Endothelien. In einer pleuritischen Flüssigkeit infolge eines Tumors waren überwiegend Lymphocyten vorhanden, in der zweiten gleichen Flüssigkeit zeigten die farblosen Blutzellen eine normale Verteilung, bei gleichzeitiger Gegenwart von Endothelien und Erythrocyten.

Bei fünf Transsudaten war das Zahlenverhältniss der verschiedenen farblosen Blutzellen dasselbe, wie im Blute, in zwei anderen Fällen war hochgradige Lymphocytose vorhanden, in einem anderen Falle liessen sich dagegen kaum einige Lymphocyten und polynukleäre Zellen auffinden.

Es ist hervorzuheben, dass die Fermentwirkung der verschiedenen Flüssigkeiten in einem gewissen Zusammenhange mit ihrem Gehalt an Zellen zu stehen schien. Proteolyse liess sich nie bei Lymphocytose nachweisen. Sämtliche geprüfte Flüssigkeiten wirkten amylytisch, die eiweisslösenden aber in geringerem Grade, als die gegen Eiweiss indifferenten. Lypolytische Wirkung war nur in den Fällen von Polynukleose festzustellen.

Die Ascitesflüssigkeit zeigte eine relative Lymphocytose, im Falle der chronischen Peritonitis war Lymphocytose vorhanden.

In den normalen Cerebrospinalflüssigkeiten waren höchstens einzelne Leukocyten und Lymphocyten aufzufinden, die tuberkulösen Cerebrospinalflüssigkeiten zeigten dagegen in fünf Fällen absolute Lymphocytose, in einem Falle gleiche Verteilung der Leukocyten und Lymphocyten.

In den geprüften drei Fällen von purulenter Meningitis waren vielkernige Leukocyten vorhanden.

Der Verfasser erwartet die Ermöglichung einer Differenzierung von Exsudaten und Transsudaten hauptsächlich durch die funktionelle Diagnostik der Zellen.

MITTEILUNGEN AUS DER KLINIK FÜR NERVEN- UND GEISTES-
KRANKHEITEN DER KÖN. UNG. UNIVERSITÄT IN KOLOZSVÁR.

Vorstand: Prof. Hofrat K. LECHNER.

Ein Fall von akuter Paralysis bulbaris.*

Von Dr. J. SZABÓ, Assistent an der Klinik.

Der Vortragende demonstriert einen seltenen Fall von Paralysis bulbaris, welcher — nach Angabe der Patientin — ganz plötzlich sechs Tage vor der ersten ärztlichen Untersuchung mit einem Schwindelanfall begann und während der kurzen Beobachtung eine rasche Besserung zeigte. Die 46jährige Patientin bemerkte, dass ihre Stimme heiser wurde, sie konnte weder feste, noch flüssige Nahrung schlucken, fühlte sich sehr schwach und wurde von Durst und Hunger gequält. Bei der ärztlichen Untersuchung wurde die linksseitige Lähmung, resp. Parese des weichen Gaumens, der Rachenmuskulatur und des Kehlkopfes festgestellt. Die Patientin konnte Flüssiges bei stark nach rechts geneigtem Kopfe teilweise schlucken, sonst kam die Flüssigkeit durch die Nase zurück, feste Nahrung konnte überhaupt nicht durch den Isthmus befördert werden. Die Haut der linken Gesichtshälfte zeigte eine geringe Hypalgesie. Die Geschmacksempfindung war bis auf eine beständige Bitterempfindung normal. Die Sekretion der linken Parotis war bedeutend gesteigert. Am Herz wurden die Symptome einer chronischen Endocarditis entdeckt, die sonstigen Organe waren normal, die Reaktion nach WASSERMANN—DUNGERN fiel negativ aus.

* Vortrag, gehalten am 8. April 1911 in der medizinischen Sektion des Erdélyer Museum-Vereins.

Sämtliche Lähmungserscheinungen besserten sich während der zehn Tage dauernden Beobachtung bedeutend. Die Ausfallserscheinungen lassen auf eine Läsion der Centren oder der Bahnen des Nervus X schliessen. Auf Grund einer genauen Erwägung sämtlicher Erscheinungen kommt der Verfasser zum Schlusse, dass nur der rostrale Teil des Nucleus ambiguus beschädigt wurde. Der caudale Teil desselben Centrums dürfte nur wenig affiziert sein, da die Erscheinungen seitens des Kehlkopfes im Hintergrund blieben und sich am raschesten besserten.

Die gesteigerte Speichelausscheidung kann auf eine indirekte Reizung des KOHNSTAMM-schen Centrums, oder auf die Reizung der Kerne des N. glossopharyngeus, resp. des N. intermedius, oder der Fila radicularia zurückgeführt werden. Die bittere Geschmacksempfindung kann ebenfalls durch die Annahme einer leichten Reizung des Kernes des N. glossopharyngeus erklärt werden. Der beschädigte Herd dürfte allerdings nur eine ganz geringe Ausdehnung haben, da die benachbarten wichtigen Centren nicht beteiligt sind. Die chronische Endocarditis der Patientin berechtigt zur Annahme eines Embolus. Es handelt sich demnach im vorliegenden Falle um eine Embolie des zum Nucleus ambiguus führenden Astes der linken Arteria cerebelli posterior inferior.

Ueber den diagnostischen Wert der Harnreaktion nach Butenko mit Liquor Bellostii.*

Von Dr. J. SZABÓ, Assistent an der Klinik.

Die Schwierigkeiten, welche bei der Frühdiagnose der Paralyse, trotz den neueren Untersuchungsmethoden noch immer bestehen, berechtigen die Bestrebungen zur Auffindung einer sicheren und einfachen Methode der Diagnose. BUTENKO glaubte eine solche Methode in der Untersuchung des Harnes mit

* Nach einem Vortrage, gehalten am 22. April 1911 in der medizinischen Sektion des Erdélyer Museum-Vereins.

Liquor Bellostii (salpetersaure Lösung von Quecksilberoxydulnitrat) gefunden zu haben. Der Niederschlag, welcher beim Kochen von 5–6 cm³ des Harnes mit 10 Tropfen des Reagens gebildet wird, soll nach diesem Autor bei Paralytikern stets grau oder schwarz sein, oder — wenn weiss — beim Absitzen einen dunkelgrauen oder schwarzen oberen Saum zeigen, während in anderen Fällen sich stets ein schwach rosa gefärbter Niederschlag ausscheidet.

Der Verfasser prüfte den Harn von 40 Paralytikern und 50 anderen Patienten und zwar durch sechs Wochen an jedem zweiten Tage mit allen Kautelen.

Die Resultate der Untersuchungsreihen sind in der folgenden Tabelle in der Weise zusammengestellt, dass diejenigen Fälle, welche in mehr als $\frac{2}{3}$ der einzelnen Untersuchungen positiv reagierten als positive, diejenigen Fälle, welche in weniger als $\frac{1}{3}$ der einzelnen Untersuchungen positiv reagierten, als negative und die dazwischen liegenden als wechselnde Fälle in Rechnung gezogen wurden.

Zahl der Fälle	Diagnose	positiv	%	wechselnd	%	negativ	%
40	Paralysis progressiva..	24	60	10	25	6	15
5	Alkoholismus chron. . .	—	—	1	20	4	80
10	Neurasthenie	—	—	2	20	8	80
5	Mania depressiva	1	20	1	20	3	40
5	Paranoia chron	1	20	2	40	2	40
5	Epilepsie (Psychose) . .	—	—	2	40	3	60
10	Dementia praecox.	—	—	1	10	9	90
3	Lues cerebri.	1	33	1	33	1	33
5	Idiotismus	1	20	—	—	4	80
2	Thyreogene Psychose . .	—	—	1	50	1	50

Zu dieser Zusammenstellung soll noch bemerkt werden, dass von den 40 Fällen von Paralyse die Reaktion nur bei 12 Fällen regelmässig positiv ausfiel, sie war dagegen in zwei Fällen von beginnender Paralyse ganz beständig negativ, in zwei ähnlichen Fällen regelmässig negativ. Dagegen reagierte der Harn bei zwei sicher nicht Paralytikern (ein Fall von

Mania depressiva und ein Fall von Paranoia chronica) beständig positiv.

Die Reaktion ist demnach durchaus nicht spezifisch und besitzt kaum einen diagnostischen Wert.

Das Wesen der Reaktion soll nach SOLTÉSZ in der Reduktion der gebildeten Quecksilberverbindungen durch Harnstoff, Harnsäure, Kreatin und Kreatinin liegen. Die Frage aber, warum dieser Reduktionsvorgang doch überwiegend im Harne von Paralytikern stattfindet, fand bisher keine Antwort.

MITTEILUNG A. D. INSTITUT F. DESCRIPTIVE U. TOPOGRAPHISCHE
ANATOMIE DER KÖN. UNG. UNIVERSITÄT IN KOLOZSVÁR.

Vorstand: Prof. L. DAVIDA.

Kraniometrische Untersuchungen an Schädeln von Ungarns Bewohnern.*

(Erste Mitteilung.)

Von Dr. J. DAVIDA, Assistent am Institut.

Der Verfasser suchte aus der ca 300 Schädeln fassenden Sammlung des anatomischen Instituts der Universität in Kolozsvár diejenigen aus, deren Herstammung sich auf Grund der ausgezeichneten Angaben zweifellos feststellen liess. An 56 Schädeln von Rumänen und an 88 solchen von Ungarn wurden systematische Messungen ausgeführt, während die übrigen ca 160 Schädeln nur zur Entscheidung gewisser von der Race unabhängigen Fragen herbeigezogen wurden.

Die Messungen beziehen sich auf das Gewicht, Kapazität, Breite, Höhe, Gesamtvolum der Schädel, auf die Feststellung des Gesichtsindex, auf das Volum des Gesichtes, auf den Augenhöhlen- und Nasenindex und schliesslich auf gewisse Eigenschaften des Hinterhauptloches.

I. Gewicht der Schädeln.

a) Bei Ungarn.

Die Wägungen wurden ohne Unterkiefer, unter Ersatz der fehlenden Zähne ausgeführt und ergaben schliesslich folgende Resultate:

* Vortrag, gehalten am 22. April und am 13. Mai 1911 in der medizinischen Sektion des Erdélyer Museum-Vereins.

Gewicht	Anzahl	%
Unter 300 gr.	1	1·16
300—400 "	5	5·81
400—500 "	23	26·74
500—600 "	29	33·72
600—700 "	23	26·74
700—800 "	4	4·65
800—900 "	1	1·16
	86	99·98%

Der Unterschied zwischen den schwersten und den leichtesten Schädel betrug 512 gr., als Durchschnittsgewicht ergab sich 546·95 gr.

Betrachtet man die Schädeln der beiden Geschlechter für sich, so ergab sich für männliche Schädeln das mittlere Gewicht von 556·26 gr., für die weiblichen aber nur 524·16 gr. Der Unterschied ist bedeutend geringer, als bei anderen Autoren. Der Verfasser ist geneigt dies, mit Rücksicht auf die verhältnissmässig geringe Zahl seiner Wägungen, dem Zufall zuzuschreiben.

b) Bei Rumänen.

Das Gewicht war:

Unter 400 gr. bei	3 Schädeln	=	5·55%
400—500 "	18 "	=	33·33%
500—600 "	24 "	=	44·44%
600—700 "	8 "	=	14·81%
700—800 "	— "	=	—
800—900 "	1 "	=	1·85%
	54 Schädeln	=	99·98%

Gesamtdurchschnitt 530·41 gr.

Durchschnitt für männliche Schädeln . 554·05 " (37 Fälle)

" " weibliche " . . 478·94 " (17 ")

2. Kapazität der Schädelhöhle.

Zur Bestimmung der Kapazität der Schädelhöhle verwandte der Verfasser von den vielen empfohlenen Methoden, die der Füllung mit Schrott. Er fasst die Resultate seiner zahlreichen Messungen folgendes zusammen:

Kapazität der Schädelhöhle in cm ³	Bei Ungarn		Bei Rumänen	
	Anzahl der Schädeln	%	Anzahl der Schädeln	%
Unter 1100	3	3·41	1	1·85
1100—1200	4	4·54	7	12·96
1200—1300	21	23·86	10	18·52
1300—1400	29	32·95	19	35·18
1400—1500	20	22·73	10	18·52
1500—1600	9	10·23	5	9·26
1600—1700	2	2·27	2	3·70
	88	99·99	54	99·99

	Bei Ungarn	Bei Rumänen
Gesamtmittel	1353·2 cm ³	1347·6 cm ³
Mittelwert für männliche Schädeln .	1400·6 „	1397·2 „
„ „ weibliche „	1239·6 „	1248·3 „

Die mittlere Kapazität der Schädelhöhle bleibt also bei beiden Gruppen, weit unter den von anderen Autoren für Europäern festgestelltem Wert. Ein bestimmter Zusammenhang zwischen Gewicht der Schädeln und Kapazität der Schädelhöhle liess sich nicht nachweisen. Man kann höchstens soviel behaupten, dass Gewichtsunterschiede von 150—200 gr. auch die Kapazität in gleichem Sinne beeinflussen.

Die Schädeln vom Gewichte:

	Bei Ungarn	Bei Rumänen
unter 300 gr.)	1090 cm ³	— cm ³
300—400 „)	1267 „	1215 „
400—500 „)	1350 „	1307 „
500—600 „)	1327 „	1352 „
600—700 „)	1407 „	1471 „
700—800 „)	1438 „	— „
800—900 „)	— „	1590 „

Aus der Kapazität der Schädelhöhle lässt sich mit Hilfe gewisser Faktoren das Gewicht des Gehirns berechnen. Der Verfasser benutzte bei seinen derartigen Berechnungen den Mittelwert der von WEISBACH und von WELCKER angegebenen Faktoren, nämlich 100/90·74, und erhielt folgende Werte: Das Durchschnitts hirngewicht ist bei den Ungarn 1270·90 gr. (Männer) und 1124·81 gr. (Frauen), bei den Rumänen 1267·81 gr. und 1132·70 gr.

Auf die mittlere Wandstärke des Schädels kann man aus dem Verhältniss der Kapazität der Schädelhöhle und dem Gewichte des Schädels ebenfalls schliessen. Auf 1 gr. Gewicht fallen bei ungarischen männlichen Schädeln 2.52 cm^3 , bei weiblichen Schädeln 2.36 cm^3 Volumen, die mittlere Wandstärke ist demnach bei letzteren grösser. Bei Rumänen sind die entsprechenden Zahlen 2.52 (Männer), resp. 2.61 cm^3 (Weiber).

3. Der Breiten- und Höhenindex der Schädeln.

Die als Breiten-, resp. Höhenindex bezeichneten Zahlen drücken das Verhältniss der grössten Breite, resp. der grössten Höhe der Schädeln zur grössten Länge derselben aus. Nach diesen Quotienten werden die Schädeln laut des internationalen Ueber-einkommens in Frankreich im Jahre 1886 in die folgenden Gruppen geteilt:

Breitenindex	{	60-64.9 =	Ultradolichocephalie
		65-69.9 =	Hyperdolichocephalie
		70-74.9 =	Dolichocephalie
		75-79.9 =	Mesocephalie
		80-84.9 =	Brachycephalie
		85-89.9 =	Hyperbrachycephalie
		über 90 =	Ultrabrachycephalie

Höhenindex unter 70 = Platycephalie oder Chamaecephalie

„ 70.1-75 = Orthocephalie

„ über 75 = Hypsicephalie

Auf Grund der zahlreichen Messungen liessen sich die untersuchten Schädeln folgens gruppieren:

	Bei Ungarn	Bei Rumänen
Dolichocephalie	3 Schädeln = 3.41%	2 Schädeln = 3.64%
Mesocephalie	18 „ = 20.45%	6 „ = 10.91%
Brachycephalie	an 35 „ = 39.77%	25 „ = 45.45%
Hyperbrachycephalie	29 „ = 32.95%	15 „ = 27.27%
Ultrabrachycephalie	3 „ = 3.41%	7 „ = 12.73%
	88 Schädeln 99.99%	55 Schädeln 100.00%

Das Mittel entspricht sowohl bei den Ungarn wie bei den Rumänen einer mässigen Brachycephalie. Es besteht besonders bei den Weibern eine Neigung zur Hyperbrachy-

cephalie. Die Bestimmung des Höhenindexes ergab die folgende Gruppierung:

	Bei Ungarn	Bei Rumänen
Platycephalie	9 Schädeln = 10·34%	4 Schädeln = 7·27%
Ortocephalie	36 " = 41·38%	18 " = 32·73%
Hypsicephalie	42 " = 48·28%	33 " = 60·00%
	87 Schädeln 100·00%	55 Schädeln 100·00%

Im Durchschnitte sind demnach sowohl bei den Ungarn, wie auch bei den Rumänen die hypsicephalen Schädeln überwiegend. Die Schädeln der Rumänen wurden im allgemeinen etwas breiter und höher gefunden, als die der Ungarn. Die weiblichen Schädeln sind bei beiden Nationen etwas breiter, dagegen aber relative und absolute niedriger, als die männlichen.

Der Verfasser bestimmte auch das Verhältniss der Schädelhöhe zur Breite desselben und erhielt dabei die folgende Gruppierung:

	Bei Ungarn	Bei Rumänen
Quotient	unter 85	3 Schädeln = 5·45%
	85—89·9	21 " = 38·18%
	90—94·9	22 " = 40·00%
	95—99·9	8 " = 14·54%
	über 100	1 " = 1·82%
	87 Schädeln 99·99%	55 Schädeln 99·99%

Die weiblichen Schädeln sind auch in Beziehung zur Breite niedriger als die männlichen.

4. Gesamtvolum des Hirnschädels.

Die direkte Bestimmung des Gesamtvolums der Hirnkapsel lässt sich ohne Beschädigung des Schädels nicht ausführen. Der Verfasser hat daher das Volumen der Schädeln auf Grund des SCHMIDT-schen „Modulus“ (arithmetisches Mittel der drei Hauptdurchmesser) berechnet, resp. aus der SCHMIDT-schen Tabelle entnommen. Die Messungen ermöglichen die folgende Gruppierung der Schädeln:

Bei Ungarn	Männliche Schädeln			Weibliche Schädeln		
	Anzahl	Modulus	Gesamtvolum	Anzahl	Modulus	Gesamtvolum
Nannocran	1	139·4	1439·5	4	135·9-137·6	1333-1384
Microcran	9	142·2-145·8	1526·5-1646·0	3	139·4-140·0	1439-1458
Submicrocran	28	146·2-150·0	1560·0-1737·0	7	141·2-143·4	1495-1566
Mesomegaeran	18	151·1-153·4	1832·0-1918·0	8	144·3-147·3	1596-1697
Submegaeran	3	155·4-156·2	1994·0-2025·0	3	150·1-151·0	1796-1823
Megaeran	2	158·4-160·0	2111·0-2176·0	1	152·2	1873
	61			26		
Bei Rumänen	Männliche Schädeln			Weibliche Schädeln		
	Anzahl	Modulus	Gesamtvolum	Anzahl	Modulus	Gesamtvolum
Nannocran	4	136·2-142·0	1341·0-1521·0	4	135·7-138·2	1325-1401
Microcran	8	142·2-145·6	1527·0-1639·0	5	138·2-141·0	1401-1486
Submicrocran	12	146·3-149·7	1663·0-1782·5	3	142·1-144·0	1542-1589
Mesomegaeran	10	150·2-153·4	1800·0-1918·0	5	144·1-147·4	1590-1701
Submegaeran	3	154·7-156·7	1996·0-2045·0	—	—	—
Megaeran	1	161·4	2233·0	—	—	—
	38			19		

In sämtlichen Gruppen, bei Ungarn und Rumänen, bei Männern und Weibern, überwiegt demnach die Submicrocranie.

5. Die Gesichtsindexe.

Das Verhältniss der grössten Entfernung der Jochbeine zur Gesichtshöhe wird als KOLLMANN-S Jochbreiten - Gesichtsindex bezeichnet. Dieser Wert zeigte ziemlich grosse Schwankungen. Chämoprosopie (Index unter 90) und Leptoprosopie (Index über 90) kamen bei den Ungarn im Verhältniss von 56·1% : 43·9% vor; bei den Rumänen die Chämoprosopie bei den Männern in 87·07%, bei den Frauen in 88·47%.

Die Bestimmung des Jochbreiten-Obergesichtsindex, d. i. des Verhältnisses der grössten Entfernung der Jochbeine zur Höhe der oberen Gesichtshälfte (Sutura nasofrontalis — Mitte des oberen alveolaren Randes) ergab nur unbedeutend abweichende Werte.

6. Das Volum des Gesichtsschädels.

Es besteht auch beim Gesicht ein bestimmtes Verhältniss zwischen dem „Gesichtsmodulus“ und dem Gesamtvolum der Gesichtsknochen. Dieses Verhältniss wurde von SCHMIDT bestimmt.

Die Messungen des Verfassers und seine Berechnungen nach SCHMIDT zeigten, dass das mittlere Gesichtsvolum bei ungarischen männlichen Schädeln 576.2 cm^3 , bei weiblichen Schädeln 479.75 cm^3 , bei rumänischen männlichen Schädeln 591.6 cm^3 , bei weiblichen Schädeln 465.3 cm^3 beträgt. Die Ungarn stehen daher an der Grenze zwischen Submicroprosopie und Mesomegaprosopie, die rumänischen Männer sind mesomegaprosop, die Weiber submicroprosop.

7. Der Augenhöhlenindex.

Das Verhältniss der beiden Durchmesser der Eingänge der Augenhöhlen wurde nach den Vorschriften von SCHMIDT bestimmt.

Unter den 86 Schädeln von Ungarn waren

15 (17.44%)	als microsem (Index unter 83)
37 (43.02%)	„ mesosem („ 83—89)
34 (39.53%)	„ megasem („ über 89)

zu bezeichnen.

Von den 34 Schädeln von Rumänen waren

18 (33.33%)	microsem
17 (31.48%)	mesosem und
19 (35.18%)	megasem.

Der Index hat bei Weibern, sowohl der Ungarn, wie der Rumänen, einen etwas höheren Wert, als bei den Männern.

8. Nasenindex.

Das Verhältniss der Höhe der Apertura piriformis zur Breite derselben wird als Nasenindex bezeichnet und hat aus race-anthropologischem Gesichtspunkte eine hervorragende Wichtigkeit. Die untersuchten Schädeln liessen sich folgendes gruppieren:

		Ungarn	Rumänen
Leptorrhine Schädeln	(Index unter 47)	35 = 41.18%	19 = 35.18%
Mesorrhine	(„ 47.1—51)	23 = 27.06%	18 = 33.33%
Platyrhine	(„ 51.1—58)	23 = 27.06%	16 = 29.63%
Hyperplatyrhine	(„ über 58)	4 = 4.70%	1 = 1.85%
		85	54

Im Mittel ist der Index bei den Ungarn für Männer 48·29, für Weiber 49·98; bei den Rumänen für Männer 48·56, für Weiber 50·21 hoch.

Die leptorrhinen Schädeln kommen in sämtlichen Gruppen am öftesten vor, die Mittelwerte aber liegen im Bereiche der Mesorrhinie. Die Weiber haben im allgemeinen breitere Nasen, als die Männer.

Der Augenhöhlenindex und der Nasenindex wurde auch an den Schädeln unsicherer Herkunft bestimmt, um die sexuelle Unterschiede noch sicherer festzustellen. Es wurden im ganzen 84 weibliche und 149 männliche Schädeln geprüft und dabei folgende Zahlen erhalten:

	Männlich	Weiblich
Leptorrhine Schädeln	46·62%	27·16%
Mesorrhine „	25·68%	37·03%
Platyrrhine „	23·65%	33·33%
Hyperplatyrrhine „	4·05%	2·47%

ferner

	Männlich	Weiblich
Microseme Schädeln	33·56%	11·11%
Mesoseme „	38·92%	45·68%
Megaseme „	27·52%	43·21%

Leptorrhine und microseme Schädeln kommen demnach bei Weibern bedeutend seltener, platyrrhine und megaseme aber viel öfter als bei Männern vor.

Zwischen Nasen- und Augenhöhlenindex besteht ein annähernd umgekehrtes Verhältniss. Gruppiert man die Schädeln nach Grösse des Augenhöhlenindex und bestimmt den Mittelwert des Nasenindex, so sieht man, dass die mesosemen Schädeln mesorrhin, die megasemen Schädeln leptorrhin sind.

	Augenhöhlen- index	Nasen- index
Microseme Schädeln	80	unter 83
Mesoseme „	124	83—89
Megaseme „	95	über 89

Eine Korrelation dieser Indexe zum Gesichtsindex soll ebenfalls bestehen und im parallelen Verhalten des letzteren zum Augenhöhlenindex erscheinen. Die Korrelation kommt sowohl bei der Prüfung der Durchschnittswerte, wie bei der

Prüfung der Prozente zum Vorschein, ein streng genommenes mathematisches Verhältniss zwischen den verschiedenen Quotienten darf jedoch keineswegs angenommen werden. Mit der Zunahme des Jochbreiten - Obergesichtsindex nimmt die Prozentzahl der Megasemie und Leptorrhinie allmählig zu, die der Microsemie und Platyrrhinie aber allmählig ab.

9. Neigungswinkel des Hinterhauptloches und sein Dislocationsindex.

BROCA-S Winkel wurde bei allen zur Verfügung stehenden Schädeln bestimmt, die Schädeln nach der Grösse dieses Winkels und nach dem Geschlechte gruppiert. Es zeigte sich, dass dieser Winkel bei Männern grösser ist als bei Weibern.

Brocas Winkel	Männer	Weiber
Unter 10°	6·04%	18·75%
10—20°	68·46%	68·75%
Ueber 20°	25·50%	12·50%

Der Dislocationsindex des Hinterhauptloches betrug bei Männern durchschnittlich 46·09 (Ungarn), resp. 45·86 (Rumänen), bei Weibern 46·16, resp. 45·57.

10. Der Hinterhauptlochindex.

Die Schädeln werden nach BROCA je nach dem Verhältniss der Länge und der Breite des Foramen magnum in drei Gruppen geteilt, und zwar in solche mit schmalem (Index unter 81), mit mittelbreitem (Index 81—86) und breitem (Index über 86) Hinterhauptloch.

Die Messungen des Verfassers ergaben für diesen Index folgende Mittelwerte:

Ungarn		Rumänen	
Männer	Weiber	Männer	Weiber
85·57	84·05	85·06	86·36

II. Weite des Hinterhauptloches.

Ein Paraffinabdruck wurde vom Hinterhauptloche bereitet, die Form und Grösse desselben auf ein Stück Papier übertragen und nachher gemessen. Als Mittelwerte der Weite des Hinterhauptloches wurden bei den männlichen Schädeln 765.6 mm^2 , bei den weiblichen 732.3 mm^2 berechnet.

Die Weite des Hinterhauptloches zeigt starke individuelle Schwankungen, ein gewisser Zusammenhang zwischen dem Volumen der Schädelhöhle und dieser Grösse ist nicht zu verkennen. Beim Weibe ist das Hinterhauptloch im Verhältniss zur Kapazität der Schädelhöhle grösser, als beim Manne.

12. Weite des Einganges der Orbita.

Die Grösse dieser Oeffnung wurde an 17 männlichen Schädeln im Mittel zu 1265.5 mm^2 , an 8 weiblichen Schädeln im Mittel zu 1183 mm^2 bestimmt, resp. berechnet. Ein direkter Zusammenhang dieses Wertes mit der Kapazität der Schädelhöhle und dem Volumen des Gesichtes ist ebenfalls zu erkennen. Die relative Weite des Orbitaleinganges ist beim Weibe grösser, als beim Manne.

Neuere Momente in der Entwicklung der Staaroperationen.*

Von Prof. J. IMRE.

Der Verfasser berichtet über die Resultate der von ihm in den letzten zwei Jahren ausgeführten 300 Staaroperationen. In seinem Material kamen 23 komplizierte und 277 normale Fälle vor, und zwar 179 reife senile, 52 unreife, 17 überreife Staare, 5 Fälle von reiner Linsen-Sclerose und 24 puerile und juvenile Formen.

Die Operation verlief in 259 Fällen regelmässig, Verlust an Glaskörper kam in 18 Fällen ($6\frac{1}{2}\%$) vor, in 19 Fällen musste viel Rindensubstanz zurückgelassen werden, in 2 Fällen kam explosive Blutung und Verlust des Auges vor. Die zwei ersten Unregelmässigkeiten, besonders aber die erste, lassen sich auf das schlechte Verhalten der meistens ungebildeten Patienten zurückführen. Der Grund der explosiven Blutung liegt stets in der Konstitution des Patienten. Man kann sie leider weder verhüten noch hindern. In einem Falle heilte die Wunde der Cornea bei einem 76 jährigen Patienten langsam per secundam, unter Zurücklassung einer stark retrahierten Narbe, sonst mit gutem Erfolg.

Infektion der Wunde (Panophthalmitis, Iritis purulenta, Abscessus corneae etc.) kam in keinem Falle vor, was der sorgfältigen Asepsis und der gründlichen Desinfektion der Bindehaut mit 3% Sublimat (ohne Reibung) zu Gunste zu schreiben ist. Der Verfasser hält neben der Asepsis die antiseptische Behandlung der Bindehaut für unerlässlich.

* Nach einem Vortrage, gehalten am 6. Mai 1911 in der medizinischen Sektion des Erdélyer Museum-Vereins.

Die Heilung wurde in 5% der Fälle durch Iritis gestört. Diese hatten meistens einen günstigen Ausgang, sie führten jedoch in 2 Fällen zur Verschlussung der Pupille. Nachstaare kamen in 39 Fällen vor. Das Einwachsen der Regenbogenhaut in die Narbe wurde nur in 2 Fällen beobachtet.

Der Verfasser ist mit seinen Resultaten nicht zufrieden, da nach Abzug der komplizierten Fälle noch immer 5% solche bleiben, welche bei ihrer Entlassung nur Lichtempfindung hatten. Die meisten dieser Fälle besserten sich nachher durch nachträgliche Resorption, bei anderen hätte die Sehkraft durch eine zweite Operation zurückgegeben werden können. Eine Besserung der Technik, die sofortige Erreichung und Sicherung der vollen Klarheit der Pupille, wäre jedoch zu erwünschen.

Der Verfasser bespricht im weiteren Teile seiner Mitteilung die Methoden, welche zur Fernhaltung der Infektion der Wunde ausgedacht wurden. Die grösste Wichtigkeit kommt dabei der Asepsis und der Antisepsis der Bindehaut zu.

Zur Verhütung des Irisprolapses wird die Regenbogenhaut ausgeschnitten. Die Regenbogenhaut kann jedoch trotz des Koloboms prolabieren, der wahre Nutzen dieses Verfahrens liegt in der Ermöglichung einer gründlicheren Reinigung des Bereiches der Pupille.

Das Zurückbleiben von einzelnen Teilen der Linse kann oft zu Komplikationen führen. Zur Verhütung dieses Uebelstandes wurden ausser der Iridektomie die Ausspülung der Kammer und die Entfernung der Linse samt Kapsel empfohlen. Das erste Verfahren führt nicht immer zum Ziele und fand daher keine allgemeine Verbreitung.

Die Entfernung der Linse samt Kapsel hat viele Gegner. Die günstigen Resultate von SCHMITH sprechen aber sehr für diese Art der Staaroperation, so dass man von der Einführung der SCHMITH-schen Operation eine bedeutende Besserung der Erfolge erhoffen darf.

Sitzungsberichte

der ärztlichen Fachsitzungen des „Erdélyer Museum-Vereines“.

VIII. Fachsitzung am 1. April 1911.

1. Dr. H. HIRSCH demonstriert ein Sarkom der Adduktoren des linken Schenkels bei einer 50-jährigen Frau. Das Sarkom hat einen Umfang von 97 cm am Schenkel, seine Länge beträgt 28 cm. Im Anschluss bespricht der Vortragende den Plan der Operation und das MOMBURG'sche Entblutungsverfahren.

Diskussion: Privatdoz. K. ÁKONTZ.

2. Dr. Á. GYERGYAI demonstriert einen 23-jährigen Patienten mit einem grossen Fibrom, das aus den Siebbeinzellen oder aus der Berührungsstelle des Siebbeines mit dem Keilbeine ausgeht und hochgradigen Exophthalmus verursacht. Die Geschwulst besteht seit vier Jahren und wuchs in die benachbarten Höhlen des Gesichtes ein.

3. *Derselbe* demonstriert eine 19-jährige Patientin mit einem Projektil im Foramen lacerum anterius, neben der Carotis interna und unter dem sinus cavernosus. Die Patientin klagt über Ohrensausen. Es bestehen Exophthalmus, venöse Hyperämie und beschränkte Beweglichkeit am rechten Auge.

Die Lage des Projektils wurde mit der direkten Epipharyngoskopie (GYERGYAI) und Röntgenbildern festgestellt.

4. Dr. D. BÜCHLER berichtet über einen Fall von Tuberkulose der Portion bei einer O. P. Die Diagnose konnte nur durch die histologische Prüfung festgestellt werden. Therapie: Amputatio colli. Der Fall wird als primäre Erkrankung aufgefasst.

5. Dr. B. PURJESZ. Zur heutigen Differentialdiagnose von flüssigen Transsudaten und Exsudaten. (Siehe Revue S. 19—21.)

Diskussion: Prof. BUDAY.

IX. Fachsitzung am 8. April 1911.

1. Dr. E. BLAZSEK berichtet über zwei komplizierte Fälle von Ovarialeystomen.

a) Von der 55jährigen Patientin, die bei der Untersuchung die Symptome von Ascites darbot, entleerten sich bei der Operation etwa 9 kgr. einer bräunlichen gallertigen Masse. An den linksseitigen Adnexen war der Stiel des geborstenen Kystadenoma papilliferum simplex zu finden. Exstirpation der Adnexa. Heilung.

Der Fall bietet wegen der Schwierigkeit der Diagnose einiges Interesse.

b) Eine 43jährige Frau fieberte nach der sechsten Entbindung, klagte über starke Schmerzen im Unterleibe. Im Douglas wurde eine halbfeste Geschwulst entdeckt mit Fluktuation. Beim Einschneiden in das hintere Gewölbe entleerte sich der Inhalt einer Dermoid Cyste, welche, wahrscheinlich infolge der Stieldrehung, nekrotisierte.

Diskussion: Prof. D. SZABÓ.

2. Dr. J. SZABÓ. Ein Fall von akuter Paralysis bulbaris. (Siehe Revue S. 22—23.)

3. Dr. E. GERGELY. *Sarcoma myxochondromatosum femoris*. Der Vortragende bespricht die pathologisch anatomischen und histologischen Eigenschaften der in der VIII. Fachsitzung vom Herrn HIRSCH demonstrierten Geschwulst. Sie bestand aus sarkomatösen, myxomatösen, chondromatösen und fibromatösen Teilen, die aus runden Sarkomzellen bestehenden, meistens nekrotischen Teile waren in bedeutendem Uebergewicht. Es handelt sich höchst wahrscheinlich um eine sarkomatöse Entartung einer gutartigen Geschwulst.

4. Dr. K. VÍDAKOVICH. *Einfache Operation von eingewachsenen Nägeln*. Der Rand des Nagels wird entfernt, die Wunde mit dem scharfen Löffel von den Wucherungen befreit, mit Karbol-Alkohol abgerieben, mit der Fuge bedeckt und verbunden. Analgesie nach OBERST. Die Patienten dürfen sofort gehen und 4—5 Tage nachher Schuhe anziehen. Die Heilerfolge sind sehr befriedigende.

X. Fachsitzung am 22. April 1911.

1. Prof. L. MAKARA. *Ein Fall von vernäht geheilten Echinococcus Sack der Leber*. Nach einer allgemeinen Besprechung der Methodik der Echinokokkenoperationen demonstriert der Vortragende eine 28jährige abgemagerte Frau, bei welcher ein kindskopfgrosser Echinokokkus der Leber nach DELBET'S „Capitonage“-Methode entfernt wurde. In die Wundhöhle wurde etwas Glycerin Jodoform gegossen und die Wunde vernäht. Die Patientin kann zwei Wochen nach der Operation geheilt entlassen werden.

Privatdoz. VESZPRÉMI demonstriert das Präparat eines spontan geborstenen Leber-Echinokokkus, welcher den plötzlichen Tod der betreffenden Person verursachte.

Diskussion: Prof. SZABÓ.

2. Dr. Á. GYERGYAI. *Abnorme Entwicklung des Septum nasi*. Das Septum fehlt an der hinteren, etwa 27 mm langen Hälfte des knöchernen Nasenbodens bei einer 22 jährigem Mädchen vollkommen.

3. Dr. J. SZABÓ. *Ueber den diagnostischen Wert der Harnreaktion nach Butenko*. (Siehe Revue S. 23—25.)

4. Dr. J. DAVIDA. *Kraniometrische Untersuchungen an Schädeln von Ungarns Bewohnern*. (Siehe Revue S. 26—35.)

XI. Fachsitzung am 6. Mai 1911.

1. Dr. Á. GYERGYAI. *Vollkommener häutiger Verschluss der Nasopharyngealhöhle gegen die Nasenhöhle zu* bei einer 46 jährigen Patientin. Die beiden Höhlen waren durch ein aus lymphatischen Gewebe bestehendes Diaphragma getrennt, die Nasopharyngealhöhle endete nach oben und vorne blind. Ein plastischer Abdruck der Nasopharyngealhöhle beweist die blinde Endigung. Das Diaphragma wurde mit dem Conchotom unter Kontrolle der direkten Epipharyngoskopie auf blutigem Wege entfernt.

2. Prof. J. IMRE. *Bericht über die Staaroperationen der Augenklinik nebst Besprechung der neuesten Operationsmethoden*. (Siehe Revue S. 36—37.)

XII. Fachsitzung am 13. Mai 1911.

1. Dr. J. KAPPEL. *Untersuchungen über Komplementablenkung bei Scharlach und Masern*. Bei den Untersuchungen wurden als Antigene das Serum der betreffenden Kranken, im akuten Stadium der Krankheit, Extrakte von Tonsillen, welche aus den Leichen von an Scharlach Verstorbenen frisch entnommen wurden und Extrakte der Epithelien aus der Abschuppungsperiode bei Scharlach verwendet, während als Antikörper das Serum von Rekonvaleszenten (in einigen Fällen auch von Kranken im akuten Stadium der Krankheit) diente. Komplementbindung konnte in keinem Falle beobachtet werden.

Die BORDET—GENGOU-sche Reaktion soll bei diesen Krankheiten keinen praktischen Wert haben.

2. Dr. J. DAVIDA. *Kraniometrische Untersuchungen an Schädeln von Ungarns Bewohnern. II*. (Siehe Revue S. 26—35.)

XIII. Fachsitzung am 20. Mai 1911.

1. Privatdoz. G. GENERSICH demonstriert zwei ungarische *pellagrakranke Kinder*. Die zwei Fälle bieten insofern Interesse, da die Pellagra bei Kindern und überhaupt bei Ungarn seltener vor-

kommt, als bei Rumänen und Erwachsenen. Das eine der beiden Kinder verweilte nur vier Monate lang in demselben Hause, wo das zweite erkrankte. Diese Zeit war demnach genug, um die Erkrankung auszulösen.

2. Privatdoz. D. VESZPRÉMI. *Periarteritis nodosa* bei einer 23 jährigen Frau. Bei der Sektion, der nach einer sieben Wochen dauernder Krankheit (Fieber, heftige Schmerzen an den Extremitäten, stellenweise auftretendes Oedem, Albuminurie, Bauchschmerzen, Erbrechen) verstorbenen Patientin wurden grössere Milz, geringe chronische Endocarditis, kleine punktartige Blutungen der Darmschleimhaut, grauliche Flecke im Muskulus biceps, Spondylitis caseosa, Psoasabscesse und Glomerulonephritis gefunden. Die Arterien erschienen bei der makroskopischen Betrachtung intakt, bei der mikroskopischen Prüfung aber kamen die charakteristischen Kennzeichen der Periarteritis nodosa (fibrinhaltiges Exsudat in der Adventitia, massenhafte Infiltration von polymukl. Leukozyten, exsudative Durchtränkung der Media, Nekrose derselben, hyaline Degeneration des Exsudats, Verlust der inneren elastischen Schicht, kleine Aneurysmen, Obliteration einzelner Gefässe) zum Vorschein. Der Vorgang ist demnach eine aus der Adventitia ausgehende Entzündung, welche zur völligen Destruktion der inneren Schichten führte.

Aus der Aetiologie ist Lues auszuschliessen. Man kann den Vorgang eher auf irgend eine infektiös-toxische Wirkung zurückführen.

3. Dr. Á. GYERGYAI. *Neue Methode zur Durchleuchtung des Siebbeines, der Höhlen des Oberkiefers, des Mittelohrs und der Orbita.* Der Vortragende führt eine von ihm konstruierte kleine elektrische Lampe in den Nasopharynx, durch die Choanen in den hintersten Teil der Nasenhöhle, in die Fossa Rosenmülleri bis zu dem Uebergang der knorpeligen Tuba in die knöcherne und erhielt dadurch eine gute Durchleuchtung der genannten Höhlen. Bei geeigneter Anordnung kann die Netzhaut ohne Augenspiegel gesehen werden. Im Ohre sieht man genau das Trommelfell mit dem Schatten des Hammers. Das Verfahren soll eine Ergänzung der bisherigen Durchleuchtungsmethoden sein.

Diskussion: Prof. J. IMRE.

XIV. Fachsitzung am 27. Mai 1911.

1. Dr. G. DEMETER demonstriert einen 25 jährigen Soldaten mit ausgedehnter *Tätowierung*. Die auf die Brust und Arme aufgezeichneten Bilder stehen in sehr geringem Grade mit dem Lebenslaufe des betreffenden in Zusammenhange.

2. Dr. P. ZACHER demonstriert die Präparate eines Falles von *Prostata carcinom mit ausgedehnten osteoplastischen Knochen-*

metastasen. Bei der histologischen Prüfung, der bei der Sektion entfernten Prostata wurde Adenocarcinom festgestellt. Es waren sehr zahlreiche Metastasen im Knochenmark vorhanden, so dass diese das rote Knochenmark stellenweise ganz verdrängten. Das cytologische Bild des Blutes wies schon auf einen Reizzustand des Knochenmarkes. Neben 2.460.000 roten Blutkörperchen waren 12.000 farblose Blutzellen, Myeloblaste und Myelocyten vorhanden.

3. Dr. S. NAGY. *Hämatalogische, bakteriologische und serobiologische Versuche bei vier Kranken mit Sclerom.* Die einzelnen gekapselten Bakterien liessen sich weder durch Kulturen, noch durch serobiologische Versuche trennen. Im Blutserum der Kranken waren keine homologe Agglutinine nachzuweisen. Die ASCOLI-sche Meistigminreaktion erwies sich nicht für spezifisch. Das Serum der Krankheit gab völlige Komplementbindung mit Sclerom und Ozaena-Antigene, mit den Antigenen aus anderen gekapselten Bakterien aber nicht. In der Therapie war Salvarsan ohne Wirkung, die Röntgenbestrahlung wirkte dagegen günstig.

4. Dr. E. GERGELY. Angeborener Zwerchfellbruch bei einer 2040 gr. schweren, 48 cm. langen, totgeborenen weiblichen Frucht. Der ganze Dünndarm bis auf den oralen Teil des Duodenum, der Blinddarm, das Colon descendens und transversum, die Milz, der kaudale Teil des Pankreas lagen in der linken Hälfte der Brusthöhle, wohin sie durch eine etwa kronengrosse Oeffnung des Zwerchfelles gelangten. Die Brustorgane waren stark verdrängt, das Herz lag auf der rechten Seite, die linke Lunge lag hinter und unter den Gedärmen. Die Gedärme waren nicht in einem Sack des Peritoneums, es handelte sich somit um einen falschen Bruch. Der Defekt des Zwerchfelles ist als eine Abnormität der Entwicklung aufzufassen. Die mit Zwerchfellbruch geborenen Früchte sind meistens lebensfähig. Der Verfasser demonstriert im Anschluss an diesen Fall zwei erworbene Zwerchfellbrüche bei Erwachsenen.