

REVUE

ÜBER DEN INHALT DES „ÉRTESITŐ“.

SITZUNGSBERICHTE

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



XXXV. BAND. 1913. XXXVIII. JAHRGANG.

AUSGABE DES ERDÉLYI MÚZEUM-EGYESÜLET.

REDIGIERT IM NAMEN DES SEKTIONS-AUSSCHUSSES:

VON

DR. DANIEL KONRÁDI.



KOLOZSVÁR, 1913.

BUCHDRUCKEREI ALBERT K. AJTAI.

INHALT DER REVUE.

(I—III. HEFTE.)

	Seite.
BENEDEK, DR. LADISLAUS: Über die Actiologie der Paralyse.....	19
— — : Ein Fall von akuter, traumatischer, cerebellarer Ataxie	29
— — : Zur Brown - Séquard'schen Lähmung ...	30
BENEDEK, DR. LADISLAUS und ZSAKÓ, DR. STEPHAN :	
— — Über einen Fall von juveniler, progressiver Paralyse ...	27
— — Ein Fall von spastischer, spinaler Paralyse	28
DAYIDA, DR. EUGEN: Beiträge zur Persistenz der transitorischen Nühte. (Mit 54 Figuren)	1— 8
KENESSEY, DR. ALBERT: Ein Fall von spontaner Aortenruptur	17—18
KOLESZÁR, DR. LADISLAUS: Ein Fall von Aneurysma permagnum ..	20
LECHNER, Prof. KARL: Zur Frage der Zurechnungsfähigkeit	25—26
ZSAKÓ, DR. STEPHAN und BENEDEK, DR. LADISLAUS :	
— — Über einen Fall von juveniler, progressiver Paralyse ..	27
— — Ein Fall von spastischer, spinaler Paralyse	28
Sitzungsberichte: (I. am 18. Januar—VIII. am 15. März.)	
— (IX. am 5. April—XII. am 31. Mai.)	9—16
— (XIII. am 4. Oktober—XX. am 13. Dezember)	21—24
	31—35

REVUE

ÜBER DEN INHALT DES „ÉRTESITŐ“

SITZUNGSBERICHTE

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

XXXV. Band.

1913.

I. Heft.

MITTEILUNG AUS DEM INSTITUTE FÜR DESKRIPTIVE U. TOPOGRAPHISCHE ANATOMIE DER KÖN. UNGAR. FRANZ JOSEPH UNIVERSITÄT IN KOLOZSVÁR.

Leitender Chef: DR. LEO V. DAVIDA o. ö. Professor.

Beiträge zur Persistenz der transitorischen Nähte.*

VON DR. EUGEN DAVIDA, Universitätsassistent.

Autor prüfte an etwa 500 Schädeln verschiedenen Alters und ungarländischer Abstammung die abnormalen, persistierenden transitorischen Nähte des Stirnbeines, des Scheitelbeines, des Hinterhauptbeines, des Schläfenbeines, des Oberkiefers und des Jochbeins.

I. Stirnbein.

Die S. frontalis ist in 8·2% der über 2 Jahre alten Schädeln vorhanden, demnach in gleichem Prozentsatz, wie ihn ANOUTSCHIN bei nahezu 12,000, der weissen Race angehörigen Schädeln vorfand. Bei den Weibern ist die Abnormität häufiger (11·6%) wie bei Männern (8·7%), nichtsdestoweniger kann mit Rücksicht auf sämtliche bisherigen Forschungen kein Zusammenhang zwischen der Häufigkeit des Metopismus und dem Geschlechte angenommen werden, ferner besteht überhaupt keine regel-

* Vorgetragen in der ärztlichen Fachsitzung des Erdélyer Museum-Vereines am 1. und am 15. März 1913.

rechte, konträre Parallele zwischen der Häufigkeit der Persistenz der Frontalsutur und dem Lebensalter. Doch kann die Behauptung Hyrtl's, wonach die von der infantilen Obliteration verschonte Stirnnaht unter sämtlichen Schädelnähten die geringste Ossifikationsneigung besässe, nicht akzeptiert werden. Das Lebensalter ist auf die Obliteration der Stirnnaht vom nämlichen Einfluss, wie bei den übrigen Nähten; die zur rechten Zeit nicht obliterierte, demnach persistierende Stirnnaht ist gleich den vorherigen über das 40. Lebensjahr hinaus in überwiegender Majorität der Fälle in der Tiefe auf kleinerem oder grösserem Gebiete bereits geschlossen, oder kann auch grösstenteils ganz verschwinden. Während nämlich bei den jünger als 40 jährigen metopischen Schädeln die Stirnnaht noch in 46·6% ganz frei ist, kommt sie bei älteren Schädeln nur in 18·2% vor, und bei sämtlichen weniger als 40 jährigen Schädeln war der Metopismus, d. h. die zumindest entlang der Tabula externa noch in ihrer ganzen Länge sichtbare Stirnnaht noch in 13·6%, bei den mehr als 40 jährigen aber bloss in 7·0% zu finden.

Bei infantiler Obliteration kommen im supranasalen Teile der Naht die von SCHWALBE beschriebenen sekundären Formationen zu Stande, doch kann die Behauptung durchaus nicht Stand halten, dass auch in Fällen von Metopismus der supranasale Teil stets der sekundären Naht entspreche. Wenn auch der letztere Teil noch total frei und von einfachem Verlauf ist, ist es viel wahrscheinlicher, dass der zur Entstehung der sekundären supranasalen Naht führende Proccess ausgeblieben ist, wie die Obliteration abnormaler Weise auch in den anderen zwei Teilen ausbleiben kann.

Bei einem etwa 1—2 Jahre alten Schädel ist ein entzweigeteiltes infranasales Dreieck vorhanden; dieses entstand aber nicht derart, wie das supranasale Dreieck von SCHWALBE, sondern ist ein echter Nahtsknochen. An einem 19 jährigen Schädel ist ein sekundäres supranasales Dreieck, an zwei Schädeln von ebenfalls Erwachsenen ein supranasaler Streifen zu sehen. Die letzten Spuren des supranasalen Nahtteiles sind in Form unregelmässiger, kamm- oder linienförmiger Erhebungen und dementsprechenden Vertiefungen in 60·5% der erwachsenen

Schädeln zu sehen; auf die Häufigkeit des Vorkommens derselben hat das Lebensalter absolut keinen Einfluss.

Das Verhältniss der Stirnnaht zur Pfeilnaht liess sich bloss in 25 Fällen mit Sicherheit beurteilen: Unter diesen war

die Pfeilnaht median gelegen, die Stirnnaht abweichend in 16 Fällen = 64·00%	}	= 24·00%
(in 12 Fällen rechts, in 4 Fällen links)		
die Stirnnaht median gelegen, die Pfeilnaht abweichend in 3 Fällen = 12·00%	}	
(in 1 Falle rechts, in 2 Fällen links)		
Abweichung der Pfeilnaht nach links, der Stirnnaht nach rechts: 5 Fälle	}	
" " " " rechts, " " " links: 1 Fall		

Das Zusammentreffen der Pfeil- und Stirnnaht in einem Punkte kommt — strenge genommen — nie vor. Die Distanz zwischen den dem Bregma benachbarten Enden genannter Nähte schwankt zwischen 1—13 mm, (1—4 mm. in 21 Fällen, 5—13 mm. in 17 Fällen.) Der Durchschnitt beträgt 4·6 mm. Die durch das rechte Scheitel- und linke Stirnbein gebildete Naht ist — wie es auch BARDELEBEN, SPRINGER und SCHWALBE fanden — viel häufiger (78·9%) als der entgegengesetzte Fall (21·1%).

Eine typische Fontanella metopica nach SCHWALBE kam in 2 Fällen vor und zwar an etwa 8—9 monatlichen Foetal-schädeln, während die Ueberbleibsel dieser Fontanelle in Form unregelmässiger Medianspalten an erwachsenen Schädeln nur in einem Falle (0·2%) zu sehen waren.

An jugendlichen Schädeln ist an der Facies temporalis des Stirnbeines ausser der hinteren Spalte sehr selten (in 1 Falle an einem circa 1 jährigem Schädel) auch eine von der Sutura zygomatico-frontalis entspringende vordere Spalte vorhanden, und an der Facies orbitalis dieses Knochens sind ziemlich häufig kürzere-längere Spalten zu finden. Ein Beweis dessen, dass, wenn auch nicht stets, so doch ausnahmsweise die Gegend, oder zumindest ein Teil des Jochfortsatzes aus einem selbstständigen Knochenkerne entstehen vermochte, demnach einen mit dem „Postfrontale“ homologen Knochenteil bildet.

II. Scheitelbein.

Ein „Parietale bipartitum“ kam nicht vor, sondern bloss marginale Spalten. Von diesen stehen die entlang des Margo sagittalis vorkommenden in keinem Bezug mit der dicentrischen

Entwicklung des Knochens, sondern entsprechen bloss einer interradiären Knochenspalte. Ebenso verhält es sich unter den typischen Spalten des Margo lambdoideus mit der in der Nachbarschaft des Angulus lambdoideus vorkommenden unteren Spalte und auch die obere kann nur dann als Ueberbleibsel der intraparietalen Naht gelten, wenn sie entweder sehr lang ist, oder von dem charakteristischen Vorsprung des Scheitelbeines entspringt oder gleichzeitig mit der vorderen Spalte zugegen ist. Diese obere-hintere Spalte ist übrigens in 32·1% der Foetal- oder Neugeborenenenschädel zugegen, und kommt bei älteren (8—10 monatlichen) Foetalschädeln und Neugeborenen, wie das auch SCHWALBE konstatierte, häufiger vor (41·0%), als bei jüngeren (18·0%). Die Länge schwankt zwischen 4—15 mm. Die vordere Spalte war bei Foetal- und Neugeborenenenschädeln in 6% zu treffen. An den Schädeln von Erwachsenen war eine marginale Spalte in keinem Falle zu sehen. Der älteste Schädel, wo eine hintere Spalte sichtbar war, ist fünf Jahre alt.

III. Hinterhauptbein.

Die Partes laterales entwickeln sich — wahrscheinlich ausnahmslos — nur aus je einem Knochenkerne. In der Pars basilaris hingegen war an einem 23 jährigen Weiberschädel und einem 54 jährigen Männerschädel eine ganz penetrirende, von der linken Synch. petro-basilaris bis nahezu an das Tubere. pharyngeum reichende Spalte zu sehen, die höchst wahrscheinlich das Resultat der partiellen Persistenz einer transitörisehen Synchondrosis ist, die einst vollständig anwesend war und die Pars basilaris vollkommen in zwei selbständige Teile teilte; demnach kann der erwähnte Knochenteil, wenn auch vielleicht nicht stets, aus 2 Knochencentren sich entwickeln.

Die Separation der sogen. Ossa praeinterparietalia und der hinteren Fontanellknochen von einander hat keine natürliche Grundlage, sondern es gehören auch die ersteren in die Gruppe der letzteren. Die hinteren Fontanellknochen kommen bei den Schädeln von Foeten und reifen Neugeborenen noch in 21·0% vor, bei erwachsenen Schädeln aber nur in 4·1%,

woraus zu folgern ist, dass diese Knochen auch später noch mit dem Hinterhauptbein, oder — viel seltener (0·2%) — mit den Scheitelbeinen verwachsen können.

In die Gruppe des Os Incae gehörige Formationen waren bloss in zwei Fällen (0·4%) zu sehen. Bezüglich ihrer Entstehung kann die Ansicht RANKE'S kaum akzeptiert werden, da das Zustandekommen einer vollkommenen S. mendosa in dem *Interparietale* entwicklungsgeschichtlich durchaus nicht bestätigt ist. Durch die partielle Persistenz der transitorischen S. mendosa entstandene Marginalspalten waren in 8·5% der erwachsenen Schädel vorhanden. Zwischen der Häufigkeit der Spalten — deren maximale Länge 30 mm. — und dem Geschlechte besteht kein Zusammenhang, desgleichen fehlt ein solcher zwischen derselben und dem Lebensalter. Eine laterale Marginalspalte war auch an einem 77 jährigen Schädel zu sehen. Meistens (68%) entspringt sie vom Asterion, seltener (21%) proximalwärts, noch seltener (11%) distalwärts von demselben.

Eine totale oder partielle Persistenz der Synchrond. condylobasilaris konnte bis jetzt noch von Niemandem beobachtet werden, desgleichen nicht eine totale Persistenz des Synchrond. condylo-squamosa, eine partielle Persistenz der letzteren aber kam unter den erwachsenen Schädeln in 2·0% vor. Das Synchrond. Ueberbleibsel lag in jedem Falle, ausnahmslos, lateral, in der Nachbarschaft der S. squamoso-mastoidea und war höchstens 23 mm. lang. Zwischen der Häufigkeit der Persistenz und dem Geschlechte besteht kein Zusammenhang, mit dem Lebensalter aber insoferne, da sie nur bei jugendlichen und — viel seltener — bei Schädeln mittleren Alters (30–50 Jahre) vorkommt. Der Anfang befindet sich durchschnittlich 26 mm. weit vom Asterion.

IV. Schläfenbein.

Von den Hauptteilen des Schläfenbeines zeigen sich im Felsen- und Trommelbeine nie Mangel einer Verwachsung der Ossifikationscentren, in der Schuppe aber waren an einem 36 jährigen Schädel noch zwei — zum Teile bereits geschlossene — Nähte sichtbar, deren Anordnung genau der

Lage der von RAMBAUD und RENAULT, TOLDT etc. in der Schuppe beschriebenen, zwischen den Ossifikationskernen befindlichen transitorischen Nahte entspricht. Dieser Knochenteil kann sich daher — wenn auch etwa nicht immer — tatsächlich aus 3 Kernen entwickeln.

Der äussere Teil der zwischen Felsenbein und Schuppe befindlichen transitorischen Naht, die *S. squamoso-mastoidea* ist bei reifen Neugeborenen meist nicht völlig frei, sondern der unterste Teil bereits obliteriert. Der Ossifikationsprocess geht dann in dem mit der *Incisura parietalis* benachbarten oberen Teil von Statten und nur dann im Mittelteile, so dass der unmittelbar über dem untersten, dem Ende des *Proc. postauditorius* entsprechenden kürzen Abschnitt gelegener Teil am spätesten geschlossen wird. Im Kindesalter (bis zum 14. Lebensjahre) kommt in dieser Naht eine mehr-minder beträchtliche Persistenz im 74·3% der Schläfenbeine vor, während dies bei den Erwachsenen in 39·3% der Schläfenbeine, beziehungsweise in 51·0% der Schädel vorhanden ist. Bei Männern sind die Nahtreste etwas häufiger (55·2%) als bei Weibern (47·0%). Irgend ein Zusammenhang zwischen der Häufigkeit und dem Grade der Persistenz und dem Lebensalter ist bei erwachsenen Schädeln (über 14. Jahre) nicht nachzuweisen.

Im inneren Teile der zwischen Felsenbein und Schuppe befindlichen transitorischen Naht, in der *S. petro-squamosa* ist die Persistenz seltener, sie kommt nämlich in bloss 11·1% der Schläfenbeine, resp. in 17·9% der Schädel vor. Der Nahtüberrest liegt immer vorn, in der Nachbarschaft der *Incisura petro-squamosa* und ist bei Weibern in 11·9%, bei Männern in bloss 10·5% der Schläfenbeine zu treffen. Ein innerer Zusammenhang besteht zwischen der Häufigkeit der Persistenz und dem Lebensalter nicht, ist aber bei Schädeln von 14—30 Jahren dennoch viel häufiger, als bei älteren, so dass während bei ersteren durchschnittlich in $\frac{1}{3}$ Teile der Schläfenbeine ein Nahtüberrest zu treffen ist, kommt er bei letzteren nur in $\frac{1}{16}$ Teile vor.

V. Oberkieferbein.

Die Ueberreste der *S. incisiva* sind in 37.4% der Schädel, respect. in 37.2% der Maxillen zu treffen. Die Häufigkeit der Persistenz ist bei beiden Geschlechtern nahezu dieselbe.

Bei Schädeln unter dem Pubertätsalter fehlt die — zumindest partielle — *S. incisiva* nie. Bei älteren Schädeln kommt sie bis zum 30. Lebensjahre in 80.0% der Maxillen, zwischen 31—50 Jahren in 45% , zwischen 51—70 Jahren in 23% , über 70 Jahren in 8% vor. Demnach besteht zwischen der durchschnittlichen Häufigkeit — und ähnlicher Weise zwischen dem Durchschnittsgrade — der Persistenz und dem Lebensalter unstreitig ein Zusammenhang. Die Nahtreste sind stets medialwärts, in der Nachbarschaft des *For. incisiv.* gelegen.

Viel seltener ist die *S. intraincisiva*, die entweder von der *S. incisiva* an der Gaumenfläche oder im *Foram. incisiv.* entspringt. Sie kommt bei erwachsenen Schädeln nur in 3.6% , beziehungsweise in 2.5% der Maxillen und nur bei jünger als 50 jährigen Schädeln vor.

Eine beiderseitige oder zumindest einseitige *S. infraorbitalis sagittalis* war vollständig oder mindestens teilweise in 70.7% der Schädel zu sehen. (Beiderseits in 50.5% , nur rechtsseitig in 9.9% , nur linksseitig in 10.3% .) Bei Männern beider- oder zumindest einseitig in 65.3% , bei Weibern in 89.0% . Der senkrechte (*faciale*) Teil der Naht obliteriert häufiger und zeitlicher, als der horizontale (*orbitale*). Auch hier ist ein Zusammenhang zwischen der Häufigkeit der Persistenz und dem Lebensalter nachzuweisen, indem während zwischen 14—30 Jahren in 80.3% der Maxillen Nahtreste vorhanden sind, betragen sie zwischen 31—50 Jahren nur 55.0% , zwischen 51—70 Jahren nur 39.8% . Die Naht wird medialwärts vom medialen Ende der *S. zygomatico maxillaris* von dem *Margo infraorbitis* in 55.5% gekreuzt, es berührt das Ende der genannten Naht in 22.4% , ligt lateralwärts davon in 22.1% . Der orbitale Teil verläuft zuweilen nicht gerade nach vorwärts, sondern mündet bogenartig in die *S. ethmoideo maxillaris* oder in die *S. lacrimo-maxillaris* so dass ein mehr-minder grosser Teil der *Pars zygom.-*

orbitalis vor die Pars naso-orbitalis gelangt und mit dem Thränenbeine in Berührung tritt.

Die *S. infraorbitalis transversa* ist seltener, indem sie bei erwachsenen Schädeln beider- oder nur einerseits nur in 15·5% vorkommt. (Beiderseitig in 2·95%, nur rechts in 5·2%, nur links in 6·9%). Bei Weibern ist sie relative häufiger, als bei Männern, die Differenz aber ist hier geringer, als bei vorhergehender Naht, auch der Zusammenhang zwischen der Häufigkeit der Persistenz und dem Lebensalter ist minder regelmässig.

Eine *S. palatina longit. lat.* kam in bloss 0·2% der erwachsenen Schädel vor.

VI. Jochbein.

Ein *Os zygomat. bipart.* war bloss in einem Falle (0·2%) und zwar doppelseitig an dem Schädel eines 45 jährigen Mannes wahrzunehmen. Der Längenbreitenindex betrug hier 80·9, der Längenhöhenindex 79·2, der Jochbreiten-Obergesichtshöhenindex 50·0. Der unter der intrajugalen Naht gelegene Teil ist bedeutend geringeren Umfanges, als der obere und vorne höher als hinten. Der Jochbeinindex (MATIEGKA) beträgt 49·4, beziehungsweise 55·4. Die Linearfurche war beider- oder nur einerseits in 67·3% der Schädel, resp. in 55·1% der Jochbeine zu treffen.

Die hintere Marginalspalte war beider- oder nur einerseits in 6·4% der Schädel (beiderseits in 2·1%, nur einerseits in 4·3%), resp. in 4·2% der Jochbeine vorhanden, und zwar bei Männern in 7·4%, bei Weibern nur in 3·3%. Es besteht kein Zusammenhang mit dem Lebensalter. Die Länge der Spalte war höchstens 8 mm. Kürzere Spalten sind häufiger, als längere.

Viel seltener ist die vordere Marginalspalte, die bei Schädeln von Erwachsenen in nur 0·5% vorkommt.

Ein *Arcus maxillo-temporalis intrajugalis* war bloss in 4 Fällen (0·9%) der Schädel von Erwachsenen vorhanden, von denen einer entzweigeteilte Jochbeine besitzt, bei den anderen drei aber sind die Jochbeine ungeteilt. Ein jeder der letzteren Fälle bezieht sich auf Weiberschädel (3·3%).

Sitzungsberichte

der ärztlichen Fachsitzungen des „Erdélyer Museum-Vereines.“

I. Fachsitzung am 18. Januar 1913.

Vorsitzender: Prof. LEO V. DAVIDA.

Schriftführer: Dozent DANIEL KONRÁDI.

OSKAR HANASIEWICZ: *Ueber die Mastisol Wundbehandlung nach Oettingen.*

Die Desinfektion der Hände und des Operationsfeldes ist ein altes Problem der Chirurgen. Die selbst bei gründlichster Waschung unmögliche Entfernung der Mikroorganismen ist allgemein bekannt, weshalb die Einführung der Zwirn- und Gummihandschuhe als grosser Fortschritt zu begrüssen war. Die Handschuhe versuchte man durch eine Reihe häutchenbildender Praeparate wie Gaudanin, Dermagummi etc. zu verdrängen, jedoch mit unzureichendem Erfolge. Im Jahre 1896. hat OETTINGEN die PORT'sche Originalidee aufgefrischt und praktisch nutzbar gemacht, indem er die Wundheilung störenden und gefährdenden Mikroorganismen durch entsprechende Fixation mittels Mastixlösung unschädlich machte. Nach längeren Versuchen gelang es ihm ein vollkommen brauchbares Praeparat, das „Mastisol“ herzustellen welches gut klebt, sich schnell verflüchtigt, keinen pulvernden Rückstand hinterlässt und die Haut nicht reizt. Es kostet 1 kg. in Spitalspackung 25 Kronen.

OETTINGEN hat mit seiner Methode im russisch japanischen Kriege die Wundbehandlung ungemein vereinfacht; dieselbe bestand in trockener Reinigung der Wunde, Bestreichen der Wundumgebung mit Mastisol, worauf er auf die Wunde einen Mullwattebausch drückte, der nun unverrückbar anhaftete. Die Vorzüge seiner Methode bestanden in Verhütung einer sekundären Infektion, rasche und schonende Verbandtechnik, Ersparnis an Verbandmaterial und Eliminierung des schädlichen Waschens. OETTINGEN hat das Mastisol auch zur Desinfektion der Hände verwendet. Um die starke hin-

dernde Klebrigkeit aufzuheben, rieb er die Hände mit steriler Watte ab.

Zur Entfernung des Mastisols verwendete er Tafelöl oder Benzin.

Der Vortragende bewies mit bakteriologischen Untersuchungen und Tierversuchen, zu welchen er Staphylococcus und Anthrax Culturen verwendete, die absolute Zuverlässlichkeit der OERTINGENschen Methode. Es wurden auch klinische Versuche angestellt. Unter 12 grösseren-kleineren chirurgischen Eingriffen vereiterte nach 10 Tagen nur eine komplizierte Sehnen — und Nerven-naht, deren Grund aber mehr in der stattgehabten primären Infektion, als in der Unzulänglichkeit der Sterilisierung zu suchen war. Infolge dessen hält Vortragender das Mastisolverfahren in der Chirurgie als eine wertvolle Neueinführung, die berufen ist das Jodtinktur-Pinselungsverfahren zu verdrängen, weil das Mastisol die Haut nicht reizt, nicht färbt, keine Flecken macht, bei Laparotomien nicht zu Verwachsungen führt, wenn die Serosalläche der Gedärme mit dem Mittel in Berührung kommt, sicherere Asopsis gewährleistet, als die Jodtinktur.

Diskussion: Prof. MAKARA, Prof. SZABÓ.

II. Fachsitzung am 1. Februar 1913.

I. JOSEPH SZABÓ: *Die Fermentwirkungen der Cerebrospinalflüssigkeit von Geisteskranken.*

Der Vortragende untersuchte die Fermentwirkungen der Cerebrospinalflüssigkeit von 60 Geisteskranken (27 dementia paralytica, 15 dementia praecox, je 5 Fälle von Epilepsie und Alcohol-Geisteskrankheit, je 2 Fälle von psychosis praesenilis, dementia senilis, mania depressiva im maniakalischen Stadium und hysterische Geisteskrankheit).

Die Untersuchungen zeigten Folgendes:

Die Cerebrospinalflüssigkeit enthält wenige und schwach wirkende Enzyme. In keinem Falle konnte eine Invertase-, Zymase-, Pepsin-, antipeptische, Trypsin-, antitryptische, Glycyltryptophan-spaltende-, Labwirkung nachgewiesen werden. Es gelang der Nachweis von Tyrosinase und Aldhydase auch nicht.

Diastase konnte in allen Fällen nachgewiesen werden. Die amylolytische Wirkung zeigte sich in Fällen von Hysterie und Mania in geringerem, in Fällen von dementia praecox, senilis, alcoholica, psychosis praesenilis und Epilepsie in stärkerem Maasse, als bei Paralyse.

Die Flüssigkeit besitzt bei neutraler, oder schwach alkalischer Reaktion eine lypolytische Wirkung, besonders in Fällen von Paralyse.

In der Cerebrospinalflüssigkeit kommt ein starkwirkendes Oxydation vermittelndes Enzym vor, das dem Oxydase ähnlich wirkt. Möglich, dass es ein Ferment-komplex ist und auch eine Peroxydase-Wirkung hat, dies ist aber unwahrscheinlich. Es ist vielleicht dasselbe Ferment, welches durch CAVAZZINI Cerebrospinalase genannt wurde und kann aus der Flüssigkeit durch Alkohol gefällt werden.

Die Cerebrospinalflüssigkeit hat eine schwache katalytische Wirkung.

Die Flüssigkeit der an schweren Geisteskrankheiten Leidenden besitzt eine grössere Fermentwirkung, als die an Mania und Hysterie Leidenden, bei denen die Flüssigkeit der normalen am ähnlichsten ist.

Im Stoffwechsel des Centralnervensystems kann die Cerebrospinalase eine wichtige Rolle spielen. Die Wirkung der Diastase, Lipase und Katalase ist gewöhnlich eine sehr geringe. Interessant ist es, dass die Lipase besonders in der Cerebrospinalflüssigkeit Paralytiker vorkommt.

Es ist wahrscheinlich, dass die Fermente aus dem plexus chorioideus in die Flüssigkeit gelangen, eventuell aus den im Liquor zersetzten Zellen, worauf man aus den Untersuchungen von PINGHINI folgern kann.

Ob der Nachweis der Fermente zu diagnostischen, oder prognostischen Zwecken verwendbar sein wird, das werden nur weitere Untersuchungen zeigen.

Aus diesen Fermentwirkungen kann man folgern, dass die Cerebrospinalflüssigkeit im Stoffwechsel des Centralnervensystems eine wichtige, aktive Rolle spielt.

II. JOHANN GEBER: *Ueber die klinische Bedeutung der Noguchischen Luetin Reaktion.*

Der Vortragende prüfte diese Reaktion in 160 Fällen und kam zu folgendem Schlusse: Die Reaktion ist für Syphilis spezifisch. Im früheren Stadium ist das Resultat der Reaktion in einer kleineren, in späteren Stadium in einer grösseren Perzentuation, ja zuzusagen in allen Fällen positiv. Die antiluetischen Behandlungen beeinflussen diese Reaktion weniger als die Wassermannsche, obwohl in solchen Fällen, in denen die Behandlung eine gründliche war, die Reaktion negativ ausfällt. Diese Fälle können als geheilt betrachtet werden. Es ist ein grosser Vorteil der Reaktion, dass sie leicht zu vollführen ist. Für den Patienten ist die Reaktion weder schmerzhaft, noch gefährlich.

III. Fachsitzung am 8. Februar 1913.

JULIUS HATIEGAN: *Ueber die klinische Bedeutung der Winkler-Schultzeschen Oxydase-Reaktion.*

Ziel seiner Untersuchungen war: 1. kann man die jungen Leukocyten durch dieselbe differenzieren? 2. Zeigt diese Eigenschaft der Leukocyten während den Infektionskrankheiten irgendeine Veränderung? Es wurden je 5 Fälle von chron. leukaemischen Myelosen und Lymphadenosen, ausserdem 3 Fälle von akuten leuk. Lymphadenosen und 2 Fälle von akuten Myelosen, 10 Fälle von typhus abd., 10 von pneumonia crouposa und je 3 Fälle von scarlatina, morbilli, diphtherie, tonsillitis, tetanus, anthrax, sepsis, malaria, erysipelas, polyarthritis acuta rheum., tuberculosis miliaris untersucht.

Die Untersuchungen führten zu folgendem Endresultat: 1. Die Oxydase-Reaktion ist eine Eigenthümlichkeit der Granulocyten. Sie ist ihrer schnellen Ausführlichkeit wegen als eine praktische Methode zu empfehlen. Ihre Anwendung bei akuter Leukaemie ist eine klinische Vordering. 2. Die Oxydase-Reaktion zeigt während den Infektionskrankheiten keine Veränderung.

IV. Fachsitzung am 15. Februar 1913.

OSKAR VÉRTES referiert über die Laparotomien der gynekologischen Klinik während des Jahres 1912. Es wurden im Ganzen 80 Laparotomien gemacht. Fibrom Operationen und zwar 2. totale Exstirpationen und 11 supravaginale Amputationen wurden 13 gemacht. Alle wurden geheilt. Wegen Carcinom wurden 14 Laparotomien unternommen und zwar in allen Fällen nach Wertheim. Unter diesen kamen 4 Todesfälle vor. Ovarialcysten wurden in 17, Adnexitumoren in 15 Fällen operiert, in 12 Fällen wurde die zweiseitige, in dreien die einseitige Adnexotomie vollführt. Von diesen starben 3. Wegen Tubarschwangerschaft wurden 13 Laparotomien unternommen. Es kamen 3 Todesfälle vor. In 5 Fällen wurde eine Probepelaparotomie gemacht und in einem Falle eine Echinococcus-cyste entfernt.

Diskussion: Prof. SZABÓ, Operationszögling BÜCHLER.

V. Fachsitzung am 22. Februar 1913.

I. ÁRPÁD GYERGYAI: *Eine neue Methode zur Erweiterung der tuba auditiva auf direktem Wege.*

Es kommt sehr oft vor, dass eine Ohrenkrankheit sich auch nach der Politzerisation, Cathetherisation und Sondierung nicht

ganz, oder nicht schnell genug verbessert, obwohl das schlechte Passieren der Tuba die Ursache des Ausbleibens der vollständigen Verbesserung oder der Verspätung ist.

Vortragender verfertigte mit der in der Zahnheilkunde benützten Masse von den Tuben mehreren Cadaver verschidenen Alters und Geschlechtes Abdrücke und liess nach diesen Abdrücken Metallabgüsse mit langem Stiel machen. Diese Metallabgüsse kann der Vortragende mit seiner schon im Jahre 1910. veröffentlichten Methode direkt und ganz leicht in die Tuba einführen. (Demonstration.) Er demonstriert einige Fälle, bei denen eine monatelang dauernde Behandlung ohne Erfolg blieb, durch seine Methode aber überraschende Resultate erzielt wurden, manchmal schon nach einer einzigen Erweiterung.

II. JOSEPH SZABÓ: *Ein Fall von tumor pontis.*

Der 25 jährige Patient, der von einer Luesinfektion keine Kenntnis hat, wurde schon seit einem Jahre in seinem linken Gesicht gefühllos und die Bewegungen seiner linken oberen und unteren Extremität sind unsicherer geworden. Im Januar 1913. hat er wegen Bronchitis viel gehustet. Eines abends wurde er auf einmal vom Schwindel, Erbrechen und Diplopie befallen. Seine linke Gesichtshälfte war den nächsten Morgen ganz gelähmt. Zurzeit ist der linke Abducens gelähmt, die Funktion des linken Trochlearis ist nicht ganz befriedigend. Auch die Bewegungen des rechten Auges sind erschwärt. Das rechte Auge bewegt sich nach links nicht genug. Bei rechtseitigem Schauen starker Nystagmus. Linke Facialis paretisch. Faradisation vermindert. Partielle Enartungsreaktion. Linke Gesichtshälfte hypaesthetisch. Conjunktivale und corneale Reaktion links vermindert. Links Exophthalmus, hört am rechten Ohr schwer, manchmal Ohrbrausen. Rinne positiv. Geschmackssinn gibt keine brauchbaren Symptome. Extremitäten zeigen keine Paralysis, am rechten Fuss Babinsky-Symptom, Hemiataxie links und Hypaesthesia rechts im minderen Grade.

Das skizzierte Krankheitsbild kann aus der Gegend des linken Abducens im Ponscentrum abgeleitet werden und obzwar weder Stauungspapille, noch Kopfschmerz vorhanden sind, kann ein im pons sich entwickelnder tumor nicht ausgeschlossen werden. Die Verschlimmerung der Symptome könnte darauf zurückgeführt werden das der Kranke viel hustete, sich anstrengte und dadurch im tumor eine Haemorrhagie entstehen konnte. Nachdem es nicht ausgeschlossen ist, dass ein Basillarprocess die Ursache der Symptome sein kann, wird trotz der negativen Wassermann'schen Reaktion eine antiluetiche Therapie eingeführt umso mehr, da, wenn wirklich ein tumor vorhanden ist, dieser sowieso inoperabil wäre.

Diskussion: Priv.-Dozent GYERGYAI.

VI. Fachsitzung am 1. März. 1913.

I. OSKAR VÉRTES stellt eine 54 jährige Patientin vor, die ihrer klimakterischen Beschwerden wegen die Klinik aufsuchte. Curette: Sie klagte ausserdem über cystitische Schmerzen, was auch der Urin bewies, weshalb sie auch Blasenspülungen bekam. Heute morgens urinierte sie mit übelriechendem, purulentem Harn Echinokokken-Cysten. Es fragte sich nun, ob dies ein primärer Echinokokken Herd, oder einer auf sekundärem Wege in die Blase gelangter sei. Bei der Cystoskopie wurde an der Spitze der Harnblase ein Echinokokken Herd gefunden, jedoch keine Durchbrechungsöffnung. Bei einer bimanualen Untersuchung konnte in der Uterusumgebung gar keine Resistenz wahrgenommen werden, welche einer Echinokokken-Cyste entsprechen konnte. Die Oefnung beider Urether war unverletzt mit engem Ausgang. Nach all diesen kann nur von einer primären Echinokokken-Cyste die Rede sein, von welcher in der Literatur nur 2 Fälle bekannt sind. Die Beobachtung wird fortgesetzt und erst auf Grund dieser wird die Art der Operation beschlossen werden.

II. EUGEN DAVIDA: *Beiträge zur Persistenz der transitorischen Nähte* I. (S. Revue S. 1—8.)

VII. Fachsitzung am 8. März. 1913.

I. EMERICH HEVESI und LADISLAUS BENEDEK: Operationen nach Foerster in Fällen von spastischer Paraparesis im Kindesalter und Hemiplegia infantilis spastica.

Ausführliche Beschreibung des Nervenstatus vor und nach der Operation. Die durch die Operation erzielte Verbesserung zeigt sich besonders in den früher im Hypertonus gewesenen Femur Adductoren und triceps surae; die Equinovarus-Haltung ist auch ganz verschwunden, der die intendierte Bewegungen begleitende spastische Tremor erscheint nach der Operation kaum, die Valgus Haltung im Knie- und Fussgelenk wurde aber auffallender.

Der zweite Fall: eine hemiplegia spastica infantilis wird durch ihre Combination mit Athetosis interessanter. Nach der Operation verminderte sich die beständige Rigidität der unteren Extremitätsmuskeln.

HEVESI hat diese Operation in 6 Fällen gemacht und konnte in Allen eine auffällige Verbesserung erzielen.

Nach ihren Beobachtungen ist die FOERSTER'sche Operation in richtig gewählten Fällen indiziert, weil sie 1. nicht gefährlicher ist als eine andere 2. nicht schädlich; 3. ihr Nutzen evident ist und 4. weil sie auf physiologischer Basis steht.

II. MATHIAS MÁTYÁS: *Ein nach Wertheim operiertes primäres Vagin-Carcinom.* Die 49 jährige Frau klagt seit 3 Monaten wegen Fluor albus. An der Rückwand der Vagina wurde gleich in der Nähe der Portion ein Carcinom gefunden. In Anbetracht dessen, dass dasselbe ziemlich hoch war, wurde auch der radikalen Entfernung wegen eine WERTHEIM-Operation vollführt. Am demonstrierten Praeparate sieht man die beiderseitige Sactosalpinx, ferner dass sehr viele parametranne und perivaginale Bindegewebe und Drüsen entfernt wurden. Die Hälfte der Vagina wurde auch entfernt. Der Tumor ist überall mit intaktem Gewebe umgeben.

III. STEFAN APÁTHY: *Eine neue Einbettungs und Schnittmethode.*

VIII. Fachsitzung am 15. März. 1913.

I. EUGEN DAVIDA: Beiträge zur Persistenz der transitorischen Näfte. II. (S. Revue S. 1—8.)

II. MATHIAS MÁTYÁS: *Ueber die Wirkung des Richter'schen „Glanduitrin“.*

Verf. untersuchte das Präparat in 72 Fällen. Bei Metrorrhagien, den späteren Blutungen des Wochenbettes und beim Abort vor dem 5 Monate war es wirkungslos, dagegen in 2 Fällen von künstlichem Abort im 6 Monate war die Wirkung eine vorzügliche. In 64 Fällen wurde das Präparat bei ausgetragener Frucht versucht. Die Maximal-Dosis war 1 gr. (in 36 Stunden) Intoxikation oder Asphyxie wurde in keinem Falle beobachtet.

Die Wirkung erfolgt nach subkutaner oder intramuskulärer Injektion binnen 3—10 Minuten, nach intravenöser binnen 10 Sekunden und dauert in den ersteren Fällen 40, im letzten Falle nur 25 Minuten, die Wehen sind aber kräftiger, so dass in Fällen von Atonie die intravenöse Injektion indiziert ist.

Bei der Geburt, die schon in der Eröffnungsperiode begonnen, gleichgültig ob die Fruchtblase intakt war, oder nicht, war die Wirkung des Präparates gleich gut. Besonders bei vorzeitiger Sprengung der Fruchtblase konnten wir die Gefahr einer verzögerten Geburt durch das Präparat verhindern, weil wenn sich die Geburt während einer relativ sehr kurzen Dauer nicht vollendete, doch so weit vorgeschritten ist, dass sie durch Forceps zu beendigen war.

Bei ca 50% der Fälle, die in einer verlängerten Austreibungsperiode waren, konnten wir durch Glanduitrin die Forceps-Opera-

tion vermeiden und wenn wäre es nicht wünschenswert auch nur in 50% der Geburten eine physiologische Beendigung zu erreichen.

Bei Blutungen nach dem dritten Stadium der Geburt war die Wirkung nach intravenöser Anwendung immer prompt.

Im Wochenbett meistens spontane Harnentleerung und in 30% der Fälle spontaner Stuhlgang.

Diskussion: Prof. SZABÓ.
