

Verhandlungen der Ungarischen Ärztlichen Gesellschaften

Wissenschaftliche Berichte und Nachrichten aus Ungarn

Erscheint unter Mitwirkung des Schriftleitungsausschusses der Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte

Für die Schriftleitung verantwortlich: Parlaments-Chefarzt *Dr. Béla Alföldi*

Erscheint halbmonatlich

Bezugsbedingungen: Die „*Verhandlungen der Ungarischen Ärztlichen Gesellschaften*“ können durch die Post, Sortimentsbuchhandlungen und direkt vom Verlag: Budapest, V., Vadász-utca 26, bestellt werden

Inseratenannahme durch alle Annoncenexpeditionen und durch den Verlag. Bezugspreis: 26 Pengő. Für Deutschland und für das Ausland: 20 Mark. Für die Übersee: 5 Dollar U. S. A. Einzelnummer 2 Pengő.

KURHAUS SEMMERING

Chefarzt: Med-Rat *Dr. F. Hansy*. 3 Hausärzte.

Physikalisch-diätetische Höhen-Kuranstalt 1000 m ü. d. Meere, 2 Stunden von Wien. An der Südbahnstrecke Wien-Triest. Für Rekonvaleszente, Erholungsbedürftige, Nervöse (Neurasthenie, Morb. Basedowii), Schwächliche (Abhärtung), Stoffwechsel-Anomalien, usw. Magendarmkranke, Anaemien. ▲ Modern eingerichtetes Haus in sonniger Südlage, windgeschützt, staub- und nebelfrei, inmitten eigener grosser Waldungen und ausgedehnter Promenaden, Terrainkurwege. ▲ 120 Zimmer, gedeckte Balkons und Terrassen, Lift, Zentralheizung, elektrische Beleuchtung, grosse Gesellschaftsräume, Freiluftliegehallen, Luft- und Sonnenbad, Lufthütten. ▲ Sämtliche moderne Kurbehelfe, Höhenkuren, Winterkuren, Diätikuren, Wintersport.

Ganzjähriger ununterbrochener Betrieb. Näheres durch die Prospekte.

Sanatorium Dr. Pajor

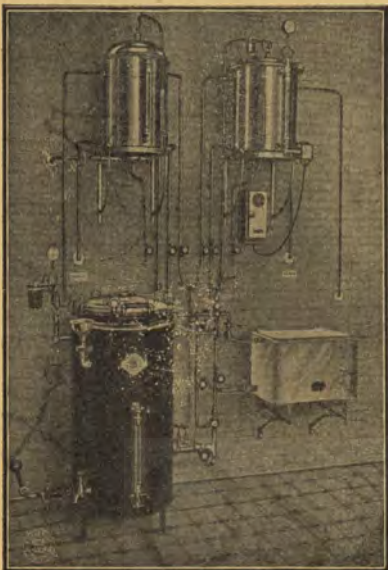
Budapest, VIII., Vas-utca 17.

Für medizn.-chirurg. Nerven- und Herzkranke. ☞ Storm Van Leuven Allergleirele Abteilungen für Asthma, Heufieber etc. Allergische Krankheiten. ☞ Gebärdteilung. ☞ Stütungsabteilung für Krebsforschung und Heilung. Zander, Orthopädie und Wasserheilanstalt.

PETER FISCHER UND COMP. A.-G.

Fabrik medizinisch-chirurgischer Instrumente

Budapest, VI., Vilmos császár-ut 53, I. Stock.



GEGRÜNDET IM JAHRE 1856.

Besitzer zahlreicher
Auszeichnungen.

TELEPHON: Automat
115-13 und 115-19.

Ärztliche Einrichtungen in erstklassiger Ausführung und zu sehr mässigen Preisen. — Verbandmittel, Bruchbänder, Bauchbinden, Gummiwaren, sowie sämtliche Krankenpflege-Artikel ständig am Lager. — Eine separate Abteilung dient zum Verkauf der in grosser Auswahl stets vorhandenen hervorragendsten in- und ausländischen kosmetischen Artikel.

Alleinvertrieb der rostfreien Instrumente von

Stilles Stockholm
In Ungarn.

In unserem eigenen Betrieb übernehmen wir die Herstellung und Ausbesserung von neuen Instrumenten, orthopädischen Apparaten, sowie von Bruchbändern und Bauchbinden.

St. Margaretheninsel

BUDAPEST, Ungarn

Natürliche radioaktive Schwefel- und Kohlensäure enthaltende Heilquelle. Thermalbäder im Hause. Spezial-Heilanstalt für rheumatische, neuralgische Leiden und Herzkrankheiten. Abgesonderter Park für Sanatorium-Inwohner. Herrliche Spaziergänge für Herzkranke. Modernste diätetische Kur, sämtliche physikalische Heilmethoden.

Chefarzt: Professor Dr. von **DALMADY**
Obermedizinalrat: Dr. **CYZEWSKY**
Sanatoriumchefarzt: Dr. **BASCH**

gen. Wie weit dieser Eingriff vollen Erfolg erzielt, hängt von mechanischen Umständen ab: von den Verwachsungen und der Kompressionsmöglichkeit der Kavernen. Das Verfahren soll aber immer versucht werden. Die Indikation der übrigen chirurgischen Eingriffe wird durch die Notwendigkeit derselben gegeben. Oft kann der künstliche Pneumothorax durch die Jakobäus-Operation oder Adhäsiolyse vervollkommenet oder zufriedenstellend gestaltet werden. Der Oleothorax bildet noch kein verbreitetes Verfahren, die Phrenicotomie bewährt sich als selbstständige Operation in seltenen Fällen, sie besitzt jedoch hauptsächlich als Zusatzoperation Berechtigung. Die Thorakoplastik zeigt in entsprechend ausgewählten Fällen hervorragende Resultate, doch ist sie ein schwerer Eingriff. Bei Spitzenkavernen sichert hauptsächlich die mit der extrapleurale Pneumolyse verknüpfte Plombe den Kollaps. Alldiese Operationen können mit einander kombiniert werden, doch kann keine die andere ersetzen. Der Erfolg ist zumeist ein relativer, kann aber für Jahrzehnte hinaus Heilung und damit die Herstellung der Arbeitsfähigkeit erzielen. Klinische Folgen der Operation sind, dass die Blutkörperchensenkung beschleunigt, und der mit der Toxinwirkung parallel gesteigerte Oxygenverbrauch wieder normale Werte zeigt: als positives Zeichen der allgemein günstigen Wirkung der Operation.

b) **Arnold Winternitz:** Nach kurzer Übersicht der Entwicklung der Thorakoplastik schildert er die Indikationen der Operation und demonstriert an Röntgenbildern von Fällen, die vor Jahren operiert wurden und vollkommen geheilt betrachtet werden können die Heilungsvorgänge. Bei hoch in den Lungenspitzen sitzenden, isolierten stationären Kavernen hält er, wenn die unteren Lungenfelder und die andere Lungenhälfte gesund sind, die Thorakoplastik durch Anwendung der Lungenspitzen sitzenden, isolierten, stationären Kavernen vermeidbar. Er schildert die Technik des Verfahrens, umgrenzt dessen Indikationen, Kontraindikationen, und demonstriert an Röntgenbildern operierter Kranken die Resultate.

Julius Dollinger: Die Wichtigkeit der Immobilisierung wurde zuerst von *Balassa* in der Therapie der Gelenkstuberkulose betont.

Fortsetzung der Debatte in der nächsten Sitzung.

Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte. Sektion für Rhinologie und Laryngologie.

Sitzung am 16. April 1929.

Demonstration. J. Kelemen: Geschwulstkompression der Luftröhre. Die demonstrierten Präparate stammen von einem Kranken, der sich mit Lufthunger zur Aufnahme meldete und

der jungen Frau zu einem malignen Tumor wurde, respektive dass dieses letztere ein so rasches Wachstum zeigte.

Z. Lénárt glaubt nicht, dass eine Entartung des Gumma vorliegen würde, noch weniger aber, dass die Probeexzision oder das Tragen der Kanüle vier Wochen hindurch diese ausgelöst hätte, die Veränderung war ab ovo ein Karzinom, das bei der stark positiven Wassermann-Reaktion und dem nicht charakteristischen Krankheitsbild leicht mit einem Gumma verwechselt werden konnte.

J. Némai hält gleichfalls die Annahme Lénárt's für wahrscheinlich. Ein Versäumnis wurde nicht begangen.

J. Safranek hat in der Epikrise des Falles die Möglichkeit erwähnt, dass unter dem Bild desluetischen Infiltrates bereits ein in der Tiefe sitzendes glanduläres Karzinom verborgen war. Gegen diese Annahme resp. für die Lues sprachen ausser dem seinerzeitigen histologischen Bild auch die im Kehlkopf aufgetretene heftige Herxheimer-Reaktion.

b) Eine nach Tracheotomie klinisch geheilte und sechs Jahre lang symptomtrente Kehlkopftuberkulose im Anschluss an Influenza. Die bei der 39jährigen Frau wegen eines sich an ein tuberkulotisches Kehlkopfinfiltrat anschliessenden Ödems durchgeführte Tracheotomie hatte einen erstaunlichen kurativen Erfolg; der Kehlkopfprozess bildete sich zurück, die Kranke wurde fieberfrei und nahm in einem halben Jahr 20 Kilogramm an Gewicht zu. Nach Entfernung der Kanüle war sie nahezu sechs Jahre hindurch in vortrefflichem Zustand. Während der gegenwärtigen Influenzaepidemie rezidierte ihr Kehlkopfprozess, der letztere war daher nach der Tracheotomie nur klinisch, aber nicht biologisch geheilt und der Jahre hindurch inaktive Herd wurde abermals aktiviert. Dieser Fall bildet eine Mahnung, wie vorsichtig man in Fällen von Kehlkopftuberkulose mit der Feststellung der Heilung sein soll.

J. Hofhauser: *a) Strahlenpilzfund in der Mandel.* In den entfernten Tonsillen der 28jährigen, an Pharyngomykose und chronischer Mandelentzündung leidenden weiblichen Kranken konnte ein, dem Oidium-Stamm angehörender Pilz gefunden werden (*Ballagi*), in der Tiefe der Lakunen, sowie in der Tonsillensubstanz und deren Bindegewebskapsel fanden sich ebenfalls Strahlenpilzkolonien (*Zalka, Ballagi*).

b) Peritonsillärer Strahlenpilzabszess. Die 42jährige weibliche Kranke war wiederholt in der II. chirurgischen Klinik mit hochgradiger Mundsperrre verbundenem peritonsillären Abszess, dem sich auch eine Halsphlegmone anschloss, behandelt worden. Mehrfache Inzisionen, es gelang auch, im Eiter Aktinomyces-Pilze nachzuweisen.

Im ersten Falle reichte die Strahlenpilzinfektion anscheinend nicht über die Tonsillenkapsel hinaus. Doch beweisen die intratonsillären Entzündungerscheinungen, wie auch die Entzündungsreaktion rings um die Pilzkolonien, dass der Strahlenpilz eine Rolle an der Herbeiführung der chroni-

schen Tonsillitis spielte. Im zweiten Falle ist der peritonsilläre Ursprung der Strahlenpilze enthaltenden Halsabszesses nicht zu bezweifeln, wobei anzunehmen ist, dass die Infektion durch die Mandel erfolgte.

J. Kelemen führt einen Fall an, wo in einer pharyngealen Tonsille zufällig Strahlenpilze gefunden wurden. Der Pilz lag in der Lakuna und verursachte im benachbarten Gewebe kaum irgendwelche Reaktion.

V. Zimányi erwähnt einen Fall, von Strahlenpilz-Parotitis, der mit einer peritonsillären Infiltration verbunden war, der Fall heilte auf grosse Jodgaben und energische Röntgenbestrahlung.

Z. Wein: a) *Aneurysma der Pharyngea ascendens*. Bei der 46jährigen weiblichen Patientin pulsiert auf der linken Seite der hinteren Rachenwand ein ungefähr 2 cm langes, bleistiftdickes, einigermassen wellenförmig verlaufendes Bündel. Die interne Untersuchung stellte arterielle Hyperämie (Blutdruck 240 Mm) und Herzhypertrophie fest.

A. Erdélyi beobachtete einen ähnlichen Fall.

Z. Lénárt glaubt, dass in diesem Fall kein Aneurysma vorliegt, nachdem das demonstrierte Krankheitsbild gar nicht selten ist. Seine Ursache ist, dass das oberflächlich verlaufende Gefäss, besonders bei Arteriosklerose die Schleimhaut vorwölbt, ebenso wie die Art. temporalis die Schläfenhaut.

Z. Wein stellte im demonstrierten Fall deshalb die Diagnose: Aneurysma auf, weil die Erweiterung sich nur auf einen umschriebenen Abschnitt des Blutgefässes beschränkt.

b) *Hochgradige Pachydermie im Kehlkopf*. Der 48jährige Kranke ist seit Monaten heiser, in der letzten Zeit hat er auch Atembeschwerden. Am Hals sind zerstreut auf beiden Seiten frei bewegliche Drüsenpakete palpierbar. Der Kranke klagt über keinerlei Schmerzen. Auf Grund der im Kehlkopf gefundenen Veränderungen tauchte der Verdacht auf Lues oder Karzinom auf. Die Wassermann-Reaktion ergab vier Kreuze, sie wurde auf antiluetische Kur negativ, doch zeigte das Krankheitsbild auch nach Monaten keinerlei Veränderung. Die wiederholte Probeexzision (nach *Nebel*) stellte Pachydermie fest. Anzeichen von Bösartigkeit konnten bei keiner Untersuchung gefunden werden.

J. Safranek hält den Fall für ein Karzinom und empfiehlt eine neuerliche Probeexzision aus tieferen Schichten. Er hat zur Zeit in seiner Abteilung einen Fall, wo sich unter der Pachydermie in der Gegend des Proc. vocalis der Stimmbänder auf der einen Seite ein Karzinom mit typischen histopathologischen Befund verbarg, wo doch nach den Lehrbüchern das Karzinom fast niemals von der Gegend der Proc. vocalis ausgeht.

P. Kenes hält den Fall auch für ein Karzinom. Pachydermie fand er weniger aufluetischer Grundlage, vielmehr aber bei Tuberkulose und sehr oft im Anschluss an Nebenhöhlenerweiterungen.

M. Paunz empfiehlt in zweifelhaften Fällen die direkte Kehlkopfuntersuchung, die sehr gut über den Umfang der Veränderung

orientiert und die die Durchführung der Probeexzision in exakter Weise gestattet.

Z. Wein: Zweck seiner Demonstration war die Klärung des Falles.

Vortrag. Z. Wein: *Plastische Operationen bei Weichteilverschlüssen zur Herstellung der Passage zwischen Nasen- und Rachenhöhle.* Er teilt eine neue Operationsmethode zur Beseitigung der Choanalatresie mit. Die äussere Nase wird nach *Schloffer* umgeklappt, sodann entfernt er submuzös die knorpeligen und Knochenpartien des Nasenseptums im ganzen Umfang. Nach Exzision der Narben und Lösung der Verklebungen bildet er aus den beiden Schleimhautflächen des Nasenseptums zwei gestielte Lappen, den einen derselben legt er Wundfläche auf Wundfläche des weichen Gaumens, den anderen auf die der Rachenwand. Die gestielten Schleimhautlappen werden durch Jodoformtamponade fixiert, diese wird dann nach acht Tagen entfernt, zu welcher Zeit die Schleimhautlappen bereits haften. Er demonstriert eine derart geheilte Patientin.

Z. Lénárt: Die Operationsmethode löst die Aufgabe geschickt und einfacher als die übrigen Verfahren, weshalb sie in geeigneten Fällen zweckmässig erscheint.

Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte.

Otologische Sektion.

Sitzung am 25. April 1929.

J. Kelemen: *Aus Verletzung stammender, von der Körperhaltung abhängiger, beiderseitiger, symmetrischer, konvergierender, spontaner Nystagmus.* Die 35jährige Patientin wurde nach einer Motorradkarambolage in die II. chirurgische Klinik aufgenommen. Als sie nach 24stündiger Bewusstlosigkeit erwachte, erinnerte sie sich absolut nicht, was mit ihr geschehen war. Die Untersuchung fand ausser einigen unwesentlichen Verletzungen der behaarten Kopfhaut unmittelbar vor dem linken Tuber ischii eine Querfraktur ohne Verschiebung. Die Kranke erhob sich nach einem Monat zuerst in sitzende Lage und begann nach weiteren zwei Wochen zu gehen. Die wegen ihrer Schwindelanfälle durchgeführte Ohruntersuchung ergab bei normalem otoskopischen Befund und normalem Gehör einen eigenartigen spontanen Nystagmus, der nunmehr seit vier Monaten unverändert besteht. Er zeigt sich in Rückenlage bei Rechtsdrehung des Kopfes nach links (horizontal I. Grades), bei Linksdrehung nach rechts (horizontal I. Grades mit starker Drehkomponente) in extremer Weise, ebenso bei Lagerung des ganzen Körpers auf der rechten oder linken Seite. In mehreren Raum-

lagen des Kopfes, sowie bei anderen Relationen der Kopf- und Rumpfhaltung sind verschiedenartige lebhaft zitternde Einstellungsbewegungen wahrnehmbar, jedoch in keiner anderen Lage ein spontaner Nystagmus. Ihre Schwindelanfälle bestehen bis zur Gegenwart in unverändertem Masse; der Mechanismus der zweifellos als traumatische Neurose zu qualifizierenden Veränderung verweist auf den frontalen Bogengang, das gemeinsame Auftreten des horizontalen und Drehnystagmus bei linker Seitenlage (Labyrinth der rechten Seite) würde den gleichzeitigen Reizzustand der benachbarten lateralen und oberen Bogengänge bedeuten. Diese Erklärung beschränkt sich nur auf das einseitige Auftreten des Symptoms, wogegen das Vorhandensein des symmetrischen Symptomenpaares nach dem Trauma einen neuerlichen Beweis für den zentralen Ursprung bildet. Es wäre schwer festzustellen, an welchem Punkt des Reflexbogens die Ursache der elektiv gesteigerten Reizbarkeit zu suchen sei. Er erklärt die beiderseitigen Symptome durch den allgemeinen Reizzustand des Gleichgewichtsystems, das in mancherlei Lagen mit Schwindel und Einstellnystagmus reagiert.

Z. Wein: Nach seiner Ansicht ist der bei der vorgestellten Kranken vorhandene Nystagmus nichts anderes, als ein in extremen Stellungen der Augäpfel oft zu beobachtender Einstellnystagmus. Er fragt, warum der Vortragende den Nystagmus in Rückenlage der Kranken untersucht hat.

I. Krepuska: In dem vorgestellten Fall ist auch die Möglichkeit der Erkrankung des Otolith-Apparates zu erwägen.

J. Székér: Bei der Kranken ist nach beiden Seiten spontaner Nystagmus I. Grades vorhanden. Zu entscheiden ist die Stelle, wo der Nystagmus ausgelöst wird. In solchen Fällen ist die quantitative Bewertung der vestibulären Untersuchung wichtig. Diese ist jedoch — besonders wenn ein spontaner Nystagmus I. Grades veränderlicher Intensität besteht — sehr schwer. Es ist schwierig, die Zeitdauer festzustellen, während welcher der spontane Nystagmus gesteigert ist, d. h. wann die vestibuläre Wirkung zur Geltung kommt. Wenn nämlich in Mittelstellung Nystagmus nicht mehr beobachtet wird, kann dieser, wenn man den Kranken seitwärts sehen lässt, d. h. in der Richtung der raschen Komponente, noch immer beobachtet werden. Eben deshalb empfiehlt er, dass z. B. nach Rechtsdrehung der Kranke nicht nach links, sondern nach rechts sehen soll. Unter normalen Verhältnissen ist nämlich der Nystagmus nach links zu Beginn III. Grades, und nur wenn diese kräftige Vestibulariswirkung aufhört, kann auf dieser Seite der Nystagmus nicht mehr beobachtet werden. Diese kräftige vestibuläre Wirkung hört jedoch bald auf, worauf sodann zwei andere Faktoren zur Geltung gelangen: spontaner Nystagmus nach rechts und vestibuläre Wirkung nach links. Das Resultat ist, dass beim Rechtssehen des Kranken kein Nystagmus zu beobachten ist. Dieser Zustand dauert so lange, als der Vestibularreiz besteht. Der Zeitpunkt, wo der spontane Nystagmus wieder auftritt, kann daher gut beobachtet werden. In solchen Fällen ist die beobachtete Zeitdauer ein genauer Gradmesser des quantitativen Wertes der Vestibularwirkung. Er führt

einen Fall an, wo er als Ergebnis der quantitativen Bewertung des vestibulären Untersuchungsresultates nicht auf endokraniale Drucksteigerung (die neurologische Diagnose war Hirngeschwulst), sondern auf eine andere Veränderung folgte, der weitere Verlauf bestätigte seine Annahme.

J. Kelemen: Während in den übrigen Lagen lebhafter Einstellnystagmus beobachtet wurde, war in dieser Lage ein ständiger spontaner Nystagmus vorhanden. Die Untersuchung in Rückenlage ist ein Detail der von Voss vorgeschriebenen Methode bei dem mit der Körperlage zusammenhängenden spontanen Nystagmus. Das doppelseitige Auftreten des Symptoms, sowie der Umstand, dass die Kranke wegen ihrer Beckenfraktur nicht gedreht, wegen des Schwindels aber auch kalorisch kaum untersucht werden konnte, haben die Untersuchungen der experimentellen Beeinflussbarkeit des Spontansymptoms, sowie der Kompensationserscheinungen usw. besonders erschwert. Für den zweifellosen zentralen Ursprung spricht der in vielerlei Lagen auftretende Schwindel.

P. Kepes: *Operativ geheilter Fall einer im Anschluss an chronische Ohreiterung entstandenen Sinusthrombose und temporalen Gehirnabszess.* Die rechtseitige Mittelohrentzündung des vierjährigen Knaben exazerbiert akut, drei Tage vor der Krankenhausaufnahme. 40grädiges Fieber, Schüttelfrost, Kopfschmerz, Erbrechen, Eiter im rechten Gehörgang. Das Trommelfell ist injiziert und verdickt. An der dem Epitympanon entsprechenden Stelle eine linsengrosse Perforation, Granulationen, Cholesteatom. Der Processus mastoideus ist ein wenig druckempfindlich. Genickstarre geringen Grades. Kernig angedeutet, Babinsky, Oppenheim positiv. Bei der Lumbalpunktion wird trüber Liquor entleert, dieser ist bakteriologisch negativ. Radikaloperation. Die Dura der mittleren Skala, sowie der Sinus sigmoideus sind mit dicken Auflagerungen bedeckt. Im Sinus ein Thrombus. Die Vena jugularis wird unterbunden, der Thrombus ausgeschaltet. Die Operation brachte im Zustand des Kranken eine charakteristische Änderung zustande. Das bis dahin bestandene hohe Fieber ging zurück und erreichte kaum 38 C°, der Puls, der bis dahin zirka 120—130 war, wurde nun ausgesprochen bradykardisch, die Frequenz ist 50—60, ja auch unter 50. Es trat Schläfrigkeit auf, der Kranke kann nur mit Gewalt genährt werden. Der Umgebung gegenüber ist er vollkommen gleichgültig. Genickstarre und Kernig bleiben weiter bestehen. Die klinischen Symptome sprechen für das Vorhandensein eines Gehirnabszesses. Am vierten Tage nach der Operation spaltet er die Dura der mittleren Skala, pungiert das Gehirn und trifft in einer Tiefe von ungefähr 2 bis 2.5 cm auf einen Abszess, aus welchem ungefähr zwei Esslöffel dickes rahmartiges Sekret entleert wurde. Die Abszeshöhle wird mit Jodoformgaze ausgefüllt. Nach der Operation bessert sich der Zustand des Kranken, er wird fieberfrei, die Kopfschmerzen verschwinden, er beginnt sich zu ernähren, wird lebhafter. Nach zwei Wochen abermals Fieber, bradykardi-

scher Puls, häufiges Erbrechen und Kopfschmerzen. Aus diesen Symptomen wird auf das Auftreten eines neuen Herdes geschlossen. Er legt die Dura der mittleren Skala über dem Tegmen tympani auf einem grösseren Gebiet frei und führt dort die Punktion durch. Er trifft auf einen neueren Abszess, aus welchem ungefähr ein Kaffeelöffel voll, mit Gasbläschen gemischter, entsetzlich stinkender Eiter förmlich heraus-spritzt. Nun setzt beim Kranken eine rapide Besserung ein, er wird fieberfrei und nimmt an Gewicht zu. Beide Abszesshöhlen füllen sich langsam aus. Zurzeit ist die Trommelhöhle epithelisiert, die Eiterung hat aufgehört und der Gehörgang hat sich einigermassen verengt. Die Wundhöhle heilte ohne Gehörgangplastik. Der Fall ist auch deshalb interessant, weil zu Beginn die Symptome der Sinusthrombose die Gehirnabszesserscheinungen vollkommen verdeckten. Der Gehirnabszess wurde wahrscheinlich durch kranke Knochenpartien in der Gegend der mittleren Skala, eventuell durch die Sinusthrombose verursacht, obwohl die letztere zumeist nur Kleinhirnabszesse herbeiführt.

L. Fleischmann erwähnt einen ähnlichen Fall, wo Sinusthrombose und Schläfenlappenabszess gleichzeitig vorhanden waren. In diesem Fall dominierten die Gehirnabszesssymptome (sehr starke Kopfschmerzen, amnestische Aphasie, nachdem von einer linksseitigen Erkrankung die Rede war), so dass die Operation auf Grund der Diagnose: Gehirnabszess vorgenommen und dieser aufgefunden wurde. Trotzdem blieb septischer Temperaturgang bestehen, dieser führte zur Diagnose der Sinusthrombose, diese wurde durch eine zweite Operation beseitigt. Hinsichtlich der Aphasie wurde die interessante Beobachtung gemacht, dass diese sich nur auf die später erlernte Fremdsprache, nicht aber auf die Muttersprache erstreckte.

V. Zimányi: Wert der Gehörkontrolluntersuchungen. Auf Grund einer systemisierten Gruppierung des Übertreibens der Simulation, respektive in vielen Fällen der Verheimlichung einer Veränderung des Hörvermögens (Schwerhörigkeit, Taubheit) schildert der Vortragende die bei der Untersuchung verwendeten Apparate und Methoden. Er stellt fest, dass die Verheimlichung des schlechten Gehörs (Dissimulation: bei Reaktivierung, bei Meldung zum Chauffeur-Flugdienst usw.) mit dem Apparat von *Bárány* in jedem Fall leicht enthüllt werden kann. Die zur Kontrolle der Schwerhörigkeitsübertreibungen dienenden Methoden können mehr-minder erfolgreich angewendet werden. Die Simulation einseitiger Taubheit kann mit der Methode von *Seiffert* und *Hinsberg* fast ausnahmslos festgestellt werden, wenn wir auch nicht imstande sind, das Gehör in Metern genau festzustellen. Demgegenüber kann man sich zur Enthüllung der Simulation einer totalen Taubheit nur auf Kunstgriffe verlassen, wobei sich noch am besten die länger dauernde Beobachtung bewährt hat.

Bronchopneumiefälle wurden 26mal beobachtet, diese hatten besonders bei Säuglingen einen besonders schweren Verlauf, mit einer Gesamt mortalität von 66%. In weiteren 4 Fällen trat als Komplikation Thoraxempyem auf, darunter 3 Fälle (75%) mit letalem Ausgang. Die am meisten Schrecken erregende Erkrankungsformen waren die Fälle von Influenza-Kroup, welche 6mal beobachtet wurden, mit einer Mortalität von 66%. Als seltenere Komplikationen sind zu verzeichnen: ein Fall von rechtsseitigem Hüftgelenkabszess bei einem 7 Wochen altem Säuglinge und ein Fall von Purpura rheumatica bei einem 14jährigen Knaben, diese Erkrankung trat im Anschluss an die Influenza auf und hatte eine Purpura abdominalis (*Henoch*) und eine hämorrhagische Nephritis zur Folge.

Ladislaus Kostyál: *Masern und vegetatives Nerven-system.* Er stellte bei 25 Masernkranken von dem prodromalen Stadium angefangen bis zum 8—10. Tag der Rekonvaleszenz Adrenalinempfindlichkeitsproben an. Bei 10 Fällen bestimmte er ausserdem jeden zweiten Tag das K- und Ca-Gehalt des Bluts erums. In dem prodromalen Stadium besteht bis zur Höhe des exanthematösen Stadiums eine ausgesprochene Vagotonie, welche von dem Fieber ganz unabhängig ist und nach der Kulmination in eine Sympathikotonie übergeht, welche wieder am 4—5. Tag der Rekonvaleszenz den Höhepunkt erreicht und nachher entsprechend der individuellen Konstitution langsam einer Normotonie, Vagotonie oder Sympathikotonie Platz macht. Am Höhepunkt der Sympathikotonie erscheinen Azeton im Harn und die Komplikationen. Während der Vagotonie ist der Kalziumspiegel etwas erhöht, das Kaliumgehalt dagegen stark herabgesetzt. Nach Auftritt der Sympathikotonie geht der Ca-Spiegel langsam zur Norm herab, das Kaliumgehalt steigt stark an, aber nicht über die Norm. Es scheint ihm wahrscheinlich, dass das als Masern bekannte und sich als solches repräsentierende Krankheitsbild eigentlich eine Reaktion des Organismus ist zur Herstellung des gestörten vegetativen Gleichgewichtes. Wenn diese Reaktion nun grösser ausfällt als erwünscht, so stellen dann die Nachkrankheiten die physiologischen Verhältnisse her.

Zoltán Teveli: *Bacillus Breslaviensis als Eitererreger.* Die Bakterien paratyphi A und B und enteritidis Gärtner, wie auch die Bakterien der Glaesser-Voldagsen-Gruppe sind als pyogene Krankheitserreger in der Literatur bekannt. In einem Falle von Säuglingsfurunkulose und Meningitis purulenta wurde aus den Abszessen des Unterhautgewebes und aus dem Liquor cerebrospinalis in Reinkultur ein Paratyphuskeim gezüchtet, welcher sich bakteriologisch, agglutinatorisch, im Castellanischen Versuch und im Tierversuch als *Bacillus Breslaviensis* erwies.

kann. Die Lumbalflüssigkeit wird von dem Plexus chorioideus der Gehirnvtrikel abgesondert, die Resorption derselben geschieht vom subarachnoidalem Raume aus. Die pathologischen Veränderungen zeigen auf einen sekretorischen Ursprung der Lumbalflüssigkeit hin.

Zoltán v. Bókay: *Über die diagnostische und prognostische Bedeutung des Zuckergehaltes im Liquor cerebrospinalis.* Der Schwund des Liquorzuckers ist für Meningitis so charakteristisch, dass die Bestimmung desselben als ein mit 97% Zuverlässigkeit arbeitendes Hilfsinstrument der Aufmerksamkeit der Kliniker empfohlen wird.

Prognostische Schlüsse hingegen können nur bei der eitrigen Meningitis gewonnen werden.

Franz Rohrböck: *Beiträge zur Kenntnis des Druckes im pathologisch veränderten Liquor cerebrospinalis im Kindesalter.* Aus der blossen Besichtigung des aus der Nadel ausfliessenden Liquors können über den Druck keine sicheren Aufschlüsse gewonnen werden. Für die tatsächliche Höhe des Druckes sind nur die Angaben der genauen Bestimmung massgebend. Bei Meningitis tbc. erreicht der Druck im Anfangsstadium den höchsten Wert und nimmt im Verlauf der Krankheit allmählich ab. Bei anderen Meningitiden ist der Druck verhältnismässig niedriger, als wie bei der tuberkulösen Meningitis. Bei im Anschluss an Typhus abdominalis oder Pneumonia crouposa auftretendem Meningismus ist der Druck ebenfalls mässig erhöht, doch stets viel niedriger, als wie bei echter Meningitis. Verfasser hält die Bestimmung des Liquordruckes als Hilfsfaktor bei der Differenzialdiagnose für gut brauchbar.

Julius Grósz: *Die klinische Bedeutung der Liquoruntersuchung.* Bei der tuberkulösen Meningitis kann ein gesetzmässiger Zusammenhang zwischen der Schwere des klinischen Bildes und der Vermehrung der Zellen nicht nachgewiesen werden. Die Zucker- und Chlorwerte zeigen eine entschiedene Verminderung. In 150 Fällen wurde die Goldsol- und in 100 Fällen die Mastixreaktion ausgeführt. Die Goldsolreaktion ergab in 139, die Mastixreaktion in 82 Fällen eine typisch meningitische Kurve. Was das qualitative Zellenbild des Liquors anbelangt, wurden grösstenteils Lymphozyten gefunden. Danach werden die übrigen Meningitisformen besprochen und es wird festgestellt, dass auf Grund der chemischen Liquoruntersuchung ein sicherer Unterschied zwischen eitriger und tuberkulöser Meningitis nicht zu machen ist; gegen tuberkulöse Meningitis spricht jedoch, wenn bei wiederholten Lumbalpunktionen die Chlor- und Zuckerwerte eine steigende Tendenz zeigen. Nachher werden die bei anderen Krankheitsformen gefundenen Liquorbefunde aufgezählt, die wir jedoch auszugsweise nicht mitteilen können.

Josef Bakucz: *Einfaches Verfahren zum Erkennen der krankhaften Liquors.*

Prof. Dr. Johann v. Bókay: *Chorea minor und Salvarsan.*

1. Die intravenöse Anwendung von Neosalvarsan bei Chorea minor ist ein vollkommen bewährtes Heilverfahren, welches besonders bei Fällen von Chorea gravis sehr wertvolle Dienste leistet.

2. Bei einer Dosierung von 0,10—0,30 gr in Abständen von 5—7 Tagen wurden schädliche Nebenwirkungen nie beobachtet. Das in einigen Fällen zur Beobachtung gelangende Salvarsan-Exanthem besitzt keine praktische Bedeutung.

3. Die Dauer der Behandlung erscheint gegenüber der früher üblichen peroralen Arsenverabreichung erheblich verkürzt, 3—6 Wochen nach Beginn der Behandlung ist das Gross der Kranken vollkommen geheilt.

4. Nach meinen Erfahrungen ist die Wirkung der Neosalvarsan-Injektionen um so rascher zu erwarten, je früher die Fälle in Behandlung treten.

5. Komplikationen seitens des Herzens (Mitralinsuffizienz usw.), bilden keine Kontraindikation. In 34% unserer Fälle waren organische Herzfehler vorhanden.

6. Die intravenöse Neosalvarsan-Behandlung kann leider das Auftreten von Rezidiven ebenso wenig verhindern, wie die übrigen Heilverfahren.

7. Das Allgemeinbefinden der Kranken wird durch die Neosalvarsan-Injektionen in jeder Hinsicht günstig beeinflusst.

8. Die Salvarsanwirkung ist keine Stoffwechselwirkung, sondern eine Chemotherapie, die Beeinflussung des Stoffwechsels spielt nur eine untergeordnete Rolle.

(Fortsetzung folgt.)

XI. Tagung der Tuberkulose-Vereinigung Ungarischer Ärzte in Kecskemét.

Veröffentlicht von *Dr. Irène Barát.*

(Fortsetzung und Schluss.)

Eugen Gárdi (Ujpest): *Die ambulante chirurgische Behandlung der Tuberkulose.* In seinem Institut wurde der Pneumotorax ambulant durchgeführt; er hatte kaum mehr Komplikationen gesehen, als am bettlägerigen Material. Wenn seine Resultate sich auch mit jenen nicht messen können, die bei Anstaltsbehandlung erzielt werden, so erstreckt sie doch die Vorteile dieser Methode auf solche Kranke, die einer solchen Behandlung nicht hätten teilhaftig werden können. Es ist das eine Notlösung, die er allen Dispensaires empfehlen kann.

Oskar Országh (Budakeszi) schildert die in England verwendeten, aus Brettern errichteten, mit gutem Dach versehenen und eine sehr vollkommene Lüftung ermöglichenden kleinen Bretterschuppen, in welchen Lungenkranke in unserem Klima nahezu sieben Monate hindurch gepflegt werden können. Der Vorteil dieser „Shelter“ ist einerseits, dass die Kranken ständig in freier Luft separiert, oder zu zweien leben können, andererseits, dass sie sehr billig zu errichten sind. Sie können auf dem Gebiet von Lungensanatorien oder Spitätern, sowie in Arbeiterkolonien in den Sommermonaten den Bettmangel lindern, und in den letzteren die Separierung der Kranken ermöglichen.

Oskar Országh (Budakeszi): *Die Tuberkulose in Indien.* Schildert die immense Verbreitung der Tuberkulose in Indien, sowie jene Umstände, Volksbräuche, wirtschaftliche- und Wohnungsverhältnisse, die hierauf Einfluss haben. Er betont, dass Klima und die Unterernährung wenig Einfluss auf die Verbreitung der Tuberkulose ausüben, hierfür ist in erster Reihe die Verbreitung von infektiösen Material massgebend, die am leichtesten in ungesunden Wohnungen erfolgt. Er schildert die Einrichtungen für Bekämpfung der Tuberkulose, diese, wie auch verschiedene Wohnhaustypen demonstriert er mit Hilfe eigener Aufnahmen.

Eugen Schön (Budakeszi): *Sekundäre Tuberkuloseformen im Kindesalter.* Auf Grund der Ergebnisse von neueren Forschungen wird der Entwicklungsgang der Tuberkulose des Kindesalters nach der Gruppierung von *Strom* geschildert und Vortragender demonstriert mit Diapositiven die einzelnen Formen des sekundären Stadiums. Er betont besonders die Wichtigkeit der Erkennung der perifokalen Entzündung, weil diese infiltrativen Formen der Tuberkulose des Kindesalters wegen ihrer grossen Neigung zur Regression heutzutage prognostisch günstiger beurteilt werden, als noch vor wenig Jahren. Die ungünstigen prognostischen Aussichten, die man über die Tuberkulose des Kindesalters hegt, eifert die Ärzte zu Frühdiagnosen an, wobei übermässig grosses Gewicht auf die sogenannte okkulte, symptomlose Tuberkulose gelegt wird, was häufig zu Übertreibungen führt. Die in Begleitung der aktiven Erkrankung auftretenden objektiven Symptome sind oft sehr ausgesprochen, ihre Erkennung und richtige Bewertung besitzt vom Standpunkt der Praxis grosse Wichtigkeit.

Eugen Szántó (Budapest): *Die Hautveränderungen der Tuberkulösen.* Unter 4757 Lungenkranken fand Vortragender 1405 (29.53%) Hautkranke. Diese können in 5 Gruppen geteilt werden.

1. Durch Tuberkulosebazillen verursachte Veränderungen: Tbc luposa, Tbc verrucosa, Tbc colliquata, Tbc lichenoides, Tbc ulcerosa.

2. Tuberkulotische Veränderungen toxischen Ursprunges:

das *Uffenheimsche* Exanthem, Haarausfall und die gesteigerte Vulnerabilität.

3. Nicht spezifische Veränderungen die von der Tuberkulose als schwerere Infektionskrankheit hervorgerufen werden.

4. Mittelbar auf dem Wege über das endokrine System zustand kommende Hautveränderungen, die auch bei nicht tuberkulotischen Kranken vorkommen können: Acne vulg., Seborrhoea, Chloasma, Akrocyanosis.

5. Akzidentelle Hautveränderungen: Epidermophytia, Erythrasma, Trichophytia, Pityriasis versicolor. Syphilisfälle fand er im ganzen Material in 2·75%.

NACHRICHTEN.

Tuberkulosevereinigung Ungarischer Ärzte. Die XII. Tagung der Tuberkulosevereinigung Ungarischer Ärzte findet in der ersten Junihälfte 1930 in Budapest statt. Als Referenten fungieren: Universitätsprofessor Dr. *Wilhelm Friedrich*: Über die Arbeitsfähigkeit der Lungenkranken, Un.versitätsprofessor Dr. *Béla Johan*: Die Lehren der internationalen Tuberkulosestatistik, Obermedizinalrat Direktor-Chefarzt Dr. *Oskar Országh*: Tuberkulose und Syphilis. Vorträge und Demonstrationen können bis zum 15. Mai beim Sekretär der Vereinigung angemeldet werden.

Zentralkomitê für ärztliche Fortbildung. Das Zentralkomitê für ärztliche Fortbildung wird im Laufe des Monats Januar zwei Kurse veranstalten; den ersten an den Kliniken für interne Medizin und Chirurgie der Budapester Universität vom 7. bis 11. Januar 1930 über die neueren Heilverfahren, vom 13. bis 18. Januar aber über die physikalischen Heilverfahren. Den ersten Kurs halten die Universitätsprofessoren Baron *Alexander Korányi*, Baron *Ládislaus Kéthly*, *Franz Herzog*, *Tibor Verebely* und *Ludwig Bakay*, sowie deren Adjunkten und Assistenten, den zweiten Lehrkurs unter der Leitung des Un.versitätsprofessors Dr. *Zoltán Dalmady* die Dozenten und Fachärzte für physikalische Therapie. Jenen Ärzten, die wegen der Verlassung ihres Wohnortes erhebliche materielle Opfer bringen müssen, deren Einkommen oder materielle Lage diese Aufwendungen nicht zulassen und die von ihren Munizipien oder aus anderen Quellen zu diesem Zweck keine materielle Unterstützung erhalten, wird das Zentralkomitê eine beschränkte Zahl von Stipendien zukommen lassen. Das detaillierte Programm der Kurse wird Mitte Dezember veröffentlicht und den Interessenten auf schriftliches Ansuchen von der Kanzlei des Zentralkomitês für ärztliche Fortbildung (Budapest, VIII., Mária-utca 39, I. Universitätsaugenklinik) bereitwilligst zugesendet.

Schriftleitung und Verlag der „Verhandlungen der Ungarischen Ärztlichen Gesellschaften“: Budapest, V., Vadász-utca 26.

Scheckkonto: Budapest, k. ung. Postsparkassa Nr.**41710. Bankkonto: Ungarisch-Italienische Bank A.-G. Budapest, Zweigstelle Andrassy-ut. Fernsprecher: Budapest 289—26.