

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*

Als Manuskript gedruckt.

Nachdruck der Sitzungsberichte nur in der Berichtsform zulässig.

Inhalt: Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte. — Gesellschaft Ungarischer Augenärzte. — Aus dem Kongress Deutscher Historiker der Heil- und Naturkunde. Mit einem Bildnis von Martin von Maskowsky. — Nachrichten.

Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte.

Sitzung am 14. Dezember 1929.

Präsident gedachte pietätvoll des jüngstverstorbenen Universitätsprofessors *Mingazzini* in Rom, der ausländisches korrespondierendes Mitglied der Gesellschaft war.

K. Csepai: *Das ungarische Insulin.*

A. Torday: Bei mit Ikterus komplizierten Diabetes kann die Hyperglykämie und Glykosurie mit der Leberfunktionsstörung im Zusammenhang stehen. Er hatte Gelegenheit, sich in einem Fall davon zu überzeugen, wo nach dem Aufhören des Ikterus die Hyperglykämie verschwand und auch im Urin die Zuckermenge unter 0.5% sank. In leichteren Diabetesfällen wurde zwischen Hyperglykämie und Stoffwechsel ein gewisser Konnex festgestellt, indem Chinin, Antipyrin und Gynergen eine Hypoglykämie mit Verminderung des Stoffwechsels auslösen, als deren Folge das Leberglykogen in geringerem Masse mobilisiert wird. Das Chinin verursachte in der ersten Versuchsserie per os, oder intravenös angewendet, tatsächlich eine Hypoglykämie. Therapeutische Versuche blieben jedoch vollkommen erfolglos. Das Gynergen verhindert die Vermehrung des Blutzuckers, doch übt es in der Praxis keinerlei Wirkung auf die Verminderung des Blutzuckers aus. Er versuchte auch durch Oxygeneinatmungen die Hyperglykämie zu vermindern: in 5 von 7 Fällen setzte diese Methode den Blutzuckerspiegel ganz schön herab, in zwei Fällen hob er sich jedoch. Nachdem bei Diabetes der O₂-Verbrauch herabgesetzt ist, was Hyperglykämie zur Folge hat, komme man durch O₂-Inhalation diese Störung beheben. Die einschlägigen therapeutischen Versuche hatten jedoch bisher nicht den gewünschten Erfolg. Es ist nicht

möglich, die Insulinwirkung durch O₂-Inhalationen zu steigern, ja diese verhindern anscheinend sogar die Insulinwirkung.

M. Léval: Auf Wunsch des Redners brachte die Richter'sche Fabrik ein Arsen-Insulinpräparat in Verkehr, dasselbe wurde zuerst unter dem Namen Arsulin, sodann als Inarsunin zum Markenschutz gemeldet. Das Mittel hat die an dasselbe geknüpften Erwartungen vollkommen erfüllt.

K. Buday: *Pathologische Anatomie und Histopathologie der Lymphogranulomatose.* Der Vortragende referiert über seine Erfahrungen bei 50 seziierten Fällen von Lymphogranulomatose. Am häufigsten waren die Drüsenpakete am Hals und in der Gegend der Bauchaorta geschwollen, wogegen die Leisten- und Achselhöhlendrüsen oft normal blieben. Unter Berücksichtigung der jüngeren und älteren Perioden der Drüsenveränderungen, sowie der klinischen Daten ist er bestrebt, festzustellen, wie viel seiner Fälle Brustkorb-, respektive Unterleibscharakter hatten und wie viel derselben generalisiert waren. Er schilderte das abwechslungsreiche Gewebsbild und reihte die überwiegende Mehrzahl seiner Fälle in den ursprünglichen klassischen Polymorphentypus ein, in geringerer Zahl gab es ausgesprochen nekrotische oder luxurierende Formen, eine Unterart der letzteren ist die geschwulstartige Form. Die Porphyrmilz entwickelt sich bei generalisierten Fällen von Lymphogranulomatose nahezu immer, dagegen fehlt sie in den lokalisierten, sowie in jenen Fällen, die infolge irgendeiner Komplikation frühzeitig letal endigten. In der Leber bildete die Lymphogranulomatose manchmal sehr kleine, nur mit Mikroskop erkennbare Knötchen. Ziemlich häufig waren die mediastinalen Tumoren, ein Teil derselben verursachte durch ihren grossen Umfang, andere durch Verengung der Bronchien, durch nicht spezifische Lungen- und Brustfellentzündungen, andere wieder durch die als Komplikationen auftretenden Lungen-, Brustfell- und Herzbeutelgranulomatosen den Tod. Der Krankheitsverlauf ist überaus wechselvoll, einzelne Fälle mit anscheinend überaus stürmischem Verlauf bildeten auf Grund des Sektionsergebnisses nur Exazerbationen einer seit längerer Zeit latenten Erkrankung. Die histologische Diagnose aus den entnommenen Drüsenknoten kann Schwierigkeiten begeben in beginnenden Frühfällen, oder bei vorgeschrittener Vernarbung. Oft ist die Abgrenzung gegenüber wahren Geschwülsten, andererseits einigen banalen, generalisierten Lymphadenitiden selbst auf Grund der Sektion und der Gewebsuntersuchung nicht leicht. Mit Tuberkulose waren nur acht der Fälle kompliziert; die Miliar-Tuberkeln und die granulomatösen Veränderungen können sich in ein und demselben Drüsenpaket entwickeln, sie sind jedoch histologisch gut differenzierbar. In Betreff einer tuberkulotischen Ätiologie der Lymphogranulomatose haben die bisherigen Feststellungen keine entscheidenden Beweise geliefert.

Baron A. von Korányi: Die ungewöhnlichen Lokalisationen der Lymphogranulomatösen Geschwülste können sehr wechselreiche klinische Krankheitsbilder hervorbringen. So erweckte z. B. in einem Fall die Portastauung, Aszites, Leber- und Milzvergrößerung eine zeitlang den Eindruck einer Hepatitis interstitialis. Dann traten ein schmerzloser Choledochusverschluss, sodann inguinale Drüsenanschwellungen auf, die auf die Spur der richtigen Diagnose leiteten. In einem anderen Fall war das erste Krankheitszeichen eine aus dem rechten zweiten Rippenknorpel ausgehende, später fluktuierende Geschwulst, die eine zeitlang den Eindruck einer tuberkulotischen Perichondritis erweckte. Dieser Fall war besonders deshalb interessant, weil die Erkrankung bei einem solchen jungen Mann auftrat, dessen älterer Bruder vor einigen Jahren ebenfalls an Lymphogranulomatose gestorben ist. Das Leiden führt nicht nur infolge seiner verschiedenen Lokalisation zur Entwicklung von überaus wechselvollen Krankheitsbildern. Auch die das Leiden begleitenden Allgemeinsymptome und deren therapeutische Beeinflussbarkeit sind sehr verschieden. Es gibt fieberfreie und fieberhaft verlaufende Fälle. Ein interessantes Beispiel der letzteren bot ein vom Kriegsschauplatz mit Typhus zurückgekehrter Offizier. Die Typhusdiagnose wurde — abgesehen von den klinischen Symptomen — auch durch die Züchtung des Bazillus aus dem Blut zweifellos festgestellt. Das Blutbild entsprach dem Typhusblutbild nach Naegeli. Der Kranke deferveszierte auch nach Wochen nicht. Dann traten Halsdrüsenanschwellungen auf. Die histologische Untersuchung stellte Lymphogranulomatose fest, die nach einem nahezu ein Jahr dauernden fieberhaften Verlauf tödlich wurde. Unter den fieberhaften Fällen finden sich solche, wo am Fieberverlauf keinerlei auffallenden charakteristischen Eigenschaften zu erkennen sind. In anderen Fällen zeigt bekanntlich der Fieberverlauf eine eigenartige Periodizität. Ich sah einen Fall, wo zwei volle Jahre hindurch etwa zwei Wochen dauernde Fieberperioden mit ungefähr drei wöchentlichen fieberfreien Zeiten wechselten. Der Temperaturverlauf der fieberhaften Perioden war sehr regelmässig und ahmte einen abgekürzten Typhustemperaturverlauf nach. Ich sah auch einen Fall mit ähnlichem Temperaturverlauf, wo die Wiederholung der fieberhaften Perioden eine zeitlang durch Salvarsan unterbrochen werden konnte. In einem anderen Fall ergab die Röntgendurchleuchtung das Bild eines Lungentumors. Unter der Einwirkung der Röntgentherapie wurde der Lungentumor wesentlich kleiner und die fieberhaften Perioden unterblieben mehrere Monate lang bis zur Rezidive des Tumors. In einem Fall dauerten die Fieberperioden mit Temperaturen über 39° C. insgesamt zwei Tage, die fieberfreien 3—4 Tage. Sie hörten weder auf Salvarsan noch auf Röntgentherapie auf, unterblieben jedoch eine zeitlang auf Chinindarreichung. Diese verschiedenen und für die einzelnen Fälle charakteristischen Fieberverläufe, sowie die verschiedenartige medikamentöse Beeinflussbarkeit der Fälle machen es wahrscheinlich, dass das Krankheitsbild der Lymphogranulomatose durch ätiologisch verschiedene Krankheiten hervorgerufen wird.

E. Balogh: Während seiner Tätigkeit im Szegeder Universitätsinstitut in den Jahren 1925—1927 war ihm aufgefallen, dass sich Fälle von Lymphogranulomatose anscheinend häuften. Schwedische Pathologen orientierten uns im vorigen Sommer über ähnliche Erfahrungen in ihrem Vaterlande. Sollten solche Fälle auch in der

Zukunft eventuell häufiger auftreten, dann sollten wir die Zusammenarbeit von Klinikern und Pathologen enger gestalten, besonders zur Klärung der Ätiologie. Hiefür wären besonders die an Lebenden früh erkennbaren, ganz frischen Fällen geeignet. Für die weitere systematische histopathologische Untersuchung hält er besonders die Berücksichtigung des retikulo-endothelialen Apparates (R. E. A.) für wichtig, an welchem die Abwehrreaktionen des Organismus auf infektiöse Einwirkungen histomorphologisch in einer am leichtesten zugänglichen Weise studiert werden können. Der R. E. A. verdiene aber auch deshalb Aufmerksamkeit, weil von diesem vielleicht am leichtesten die dominanten Zelltypen der ganz frischen Fälle abgeleitet werden können, die *Mallory* auch in der verwirrenden Vielfältigkeit der Gewebsbilder der späteren Krankheitsformen mit verzögerten Verlauf — wo sie doch ziffermässig bereits eventuell stark abgenommen haben — noch immer als das charakteristischste Symptom betrachtet. Redner ist jedoch kein Anhänger der Tumortheorie von *Mallory*, sondern er betrachtet die Lymphogranulomatose als einen anatomisch-pathologisch und histopathologisch wohl abgrenzbaren Prozess, dessen einzelne Äusserungen einerseits zwischen den infektiös-granulierenden, andererseits den wahren Geschwulsten einen Übergang bilden. Von den nordamerikanischen Ärzten wenden einzelne, wie er erfahren hat, nach Entfernung sämtlicher erreichbaren Herde mit dem Messer die Strahlenbehandlung an. Mit der Letzteren sollen junge Ärzte vorsichtig umgehen, weil er bisher wohl nur in einem Fall gesehen hat, dass nach der — gewiss nicht mit sehr grosser Umsicht — am Hals applizierten Röntgenbestrahlung bei einem an Lymphogranulomatose leidenden Kranken ganz plötzlich das den plötzlichen Tod herbeiführende Kehlkopfödem sich ausbildete.

R. Holits: Das wirksamste Heilmittel der Lymphogranulomatose ist die Röntgenbestrahlung. Wir erzielen keine endgiltige Heilung, doch können Monate, manchmal selbst Jahre lang dauernde Remissionen erreicht werden. Auch die Bestrahlung der Halsdrüsen ist zu empfehlen, doch darf auf einmal keine grosse Bestrahlungsdosis gereicht werden, sondern kleine Dosen auf mehrere Tage verteilt.

K. Buday: Die grosse Variabilität der Lymphogranulomatose zeigen auch die Blutbefunde, die nicht nur in den verschiedenen Fällen, sondern auch in verschiedenen Perioden eines und desselben Falles abweichend sein können. Was den Fieberverlauf betrifft, ist er der Ansicht, dass jene Fälle mit höheren Fieber einhergehen, wo sich erhebliche Zellzerfallsprodukte bilden. Eine Differenzierung der geschwulstartigen Lymphogranulomatosen von den wahren Geschwülsten wird vielleicht mit der Zeit die Gewebszüchtung erreichen können.

Gesellschaft Ungarischer Augenärzte.

Sitzung am 1. November 1929.

E. Grösz referiert über die wissenschaftlichen Vorträge des Amsterdamer internationalen Ophthalmologischen Kongresses.

L. Blakovics: *Fünf geheilte Fälle der „Gonin“-Operation.*