

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. verdiente 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 Zellerfallsprodukte 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.*

Die Gonin-Operation bedeutet einen erheblichen Fortschritt in der Therapie der Netzhautablösung. Wenn die Sache bisher nicht jedem gelungen ist, sei das darauf zurückzuführen, dass der Netzhautriss schwer zu finden ist und die Durchbrennung der Beinhaut nicht genug energisch durchgeführt wurde. Der Riss ist zumeist nicht am Ablösungsort, sondern in der Nähe der Ora serrata zu finden. Seine Form ist nicht immer typisch und erinnert oft an einen Herd in der Chorioidea. Die Kauterisierung dieser Stelle ergibt in frischen Fällen zweifellos günstige Resultate. Wichtig erscheint, dass nach Beginn der Kauterisation die eingedrungene Spitze des Thermokauters zehn Sekunden hindurch zur Entfaltung der Wirkung liegen gelassen werde. In fünf nacheinander derart operierten Fällen erzielte er einen totalen und unmittelbaren Erfolg. Die Ablation bildete sich innerhalb ein bis zwei Wochen stufenweise zurück und das zentrale Sehen hat sich ebenfalls erheblich gebessert. Dieses vorläufig nur als provisorisch zu bezeichnende Resultat lässt ahnen, dass der Netzhautriss mit der Ablösung im kausalen Zusammenhang stehen kann.

**I. Csapody** hat mit dem Graefe-Messer pungiert und verwendete die Galvanokauterschlinge; der Strom wurde nur während des Liegens der Schlinge geschlossen. Guter Erfolg.

**L. Blaskovics:** *Weibliche Kopfhaare und Pferdehaare als Nähmaterial.* Ursache der Fadeneiterung ist, dass der Faden das Wundsekret aufsaugt und die in dasselbe gelangten Bakterien darin sich vermehren können. Das weibliche Haar und das Pferdehaar weisen diesen Fehler nicht auf; nachdem sie tierisches Material sind, üben sie einen geringeren Reiz aus. Der Vortragende benützt seit einigen Monaten dieses Nähmaterial und zwar mit überraschend gutem Erfolg. Die in der Bindehaut angelegten Nähte verursachen kaum irgendwelche Röte oder Schwellung, sie werden auch kaum ausgestossen. Die Fäden können beliebige Zeit hindurch liegen, es zeigt sich weder Entzündung, noch eine andere Reaktion in der Umgebung des Fadens. Als Nähmaterial verwendbare Kopf- oder Pferdehaare waren bisher bei uns nicht erhältlich. Der Vortragende sorgte dafür, dass die Instrumentenfabrik M. O. N. E. diese in entsprechender Form anfertige und in Verkehr bringe. Die Fäden sind in drei Stärken erhältlich: chinesisches Haar, Mähnenhaar und Pferdeschwanzhaar. Die Fäden können in Natr. Hydrokarbonatlösung leicht sterilisiert und ohne brüchig zu werden, auch wiederholt ausgekocht werden. Weibliches Haar wird zweckmässig doppelt eingefädelt, das Knüpfen ist dann erleichtert. Die Haare sind nur insofern umständlich zu behandeln, weil sie infolge ihrer Starrheit steif hervortreten und verwechselt werden können. Dem kann derart abgeholfen werden, dass die Nähte sofort nach dem Anlegen geknüpft und die Fadenenden abgeschnit-



ten werden. Ist das nicht möglich, so kann derart vorgegangen werden, dass die Fadenenden bis zum Knüpfen mit kleinen Klammern gefasst werden.

**S. Fazekas:** *Die Wirkung der Lähmung des N. facialis auf die Tränenproduktion und auf die Funktion der Tränenleitung.*

**A. Rötth:** Aus der doppelten Innervation der Tränendrüse könnte gefolgert werden, dass auf verschiedene Reize, verschiedene Sekrete gebildet werden. Aus den refraktometrischen Untersuchungen von Tränenflüssigkeit, die durch sehr verschiedene Reize gewonnen wurde, hat Redner festgestellt, dass die Tränenflüssigkeit ungefähr ständige Zusammensetzung aufweist, woraus folgt, dass die Tränendrüse nur einerlei sekretorischen Nerv besitzt.

**J. Imre jun.:** Die Schirmerprobe ergibt nur annähernde Aufschlüsse und ist gerade in zweifelhaften Fällen wenig verlässlich. Er rät zu grosser Vorsicht gegen die Exzision der Tränendrüse, besonders bei Fazialislähmung, aber auch sonst. Jene sehr hartnäckigen als Katarrh bezeichneten, unangenehmen Gefühle, die jene Kranken quälen, die der Tränendrüse beraubt wurden, werden durch das mehrminder ausgesprochene Krankheitsbild der Keratitis filiformis verursacht.

**E. Luzsa:** *Die Röntgentherapie der Blepharitiden.* Er referiert über die Ergebnisse der in der I. Augenklinik an 31 Kranken durchgeführten Bestrahlungen. 14 Fälle zeigten totale Heilung, 9 auffallende Besserungen. Er hält die Röntgenbehandlung der Blepharitiden für vorteilhafter und zweckmässiger, als andere medikamentöse Behandlungen. Die erfolgreiche therapeutische Dosierung ist die in zweiwöchentlichen Intervallen verabreichte 30% HED.

**L. Liebermann:** Die Röntgenbestrahlung soll nur dann angewendet werden, wann tatsächlich alle Formen der entsprechenden Zeit hindurch durchgeführten medikamentösen Behandlung erfolglos bleiben. Die Ungeduld des Kranken ist kein entsprechender Grund. Zur entsprechenden energischen medikamentösen Behandlung gehören; zinkhaltige Umschlagflüssigkeit, Noviform-, Rivanol-, Soziodol-, Zinkaugensalben (zum Beispiel Ebag-Augensalben) und in manchen Fällen Einpinselung von Tinkt. Jodi, Tinkt. Gallarum. Wenn alldies nichts nützt, dann möge man zum Röntgen greifen. Niemals soll jedoch diese Behandlung angewendet werden, wenn der Kranke kurz vorher Zink- oder Wismutsalben benützt hat, wegen der Gefahr des Auftretens von Sekundärstrahlen.

**J. Imre jun.** sah nach Röntgenbehandlung das Auftreten einer Ptose, wo doch die Vorsicht und Fachkunde des behandelnden Arztes absolut ausser Frage stehen. Andererseits glaubt er, dass in Fällen, wo später eine Operation in Frage kommen kann, die Bestrahlung wegen der Herabsetzung der Vitalität, resp. der Regenerationsfähigkeit der Haut bedenklich sei.

**B. Horváth:** In der II. Augenklinik beträgt die Zahl der Röntgenbestrahlungen bereits mehrere tausend, unter diesen hat er

keine Röntgenschädigung beobachtet. Wenn wir ein therapeutisches Verfahren besitzen, das in verhältnismässig kurzer Zeit zum Ziel führt und die Kranken nicht schädigt, so liegt kein Grund vor, die längere Behandlungsmethode zu wählen. Er stützt seine Behauptung, dass keine Röntgenschädigungen vorgekommen sind, nicht auf seine eigene, vielleicht voreingenommene Ansicht sondern er beruft sich auf Professor *Blaskovics* und auf das ganze klinische Personal, sie alle kennen seine Resultate.

**E. Luzsa:** Die Bedenken Professor *Liebermann's* in Betreff der vorausgegangenen Verwendung von Zinkoxydsalben hält er für unbegründet, denn er kann nicht voraussetzen, dass ein geringer, zurückgebliebener Rest von Zinkoxyd in den Geweben in solchen refraktären Dosen irgendwelche gefährliche Sekundärstrahlungen verursachen könnte. Alle vorausgegangenen Versuche, die Blepharitiden medikamentös zu behandeln, erwiesen sich als vergeblich.

**L. Liebermann:** Seine Bemerkung bezog sich nicht nur auf Zinkoxyd, sondern auf alle Metalloxyde, z. B. auch auf Wismut (Xeroform, Noviform!) das ist eine allgemeine dermatologische Regel.

**F. Papolczy:** *Über Uvealsarkome.* (Einige Bemerkungen über die von *Waetzoldt* aufgestellten Exenterationsbedingungen.) Er hat die Serienschritte von 15 wegen Uvealsarkom enucleirten Bulbus durchgeprüft und gefunden, dass die Geschwulst in jedem Fall in die Gefässe eingebrochen ist und die Sklera den präformierten Bahnen (Gefässen, Nervenbahnen) entlang oder parallel mit den Lamellen infiltriert hat. Die Geschwulst hat nur in vier Fällen die Sklera durchbrochen, der extrabulbäre Herd haftete jedoch in allen Fällen eng an die äussere Skleralfläche. Er betont, dass die Malignität der Uvealsarkome in erster Reihe eine Folge der grossen Infiltrationsbereitschaft gegenüber den eingebetteten Gefässwänden ist, was nahezu in allen Fällen zur vollkommenen Zerstörung der Gefässwand und infolge dessen zu Metastasen führt. Die Infiltration der Sklera kann vom prognostischen Standpunkt höchstens in zweiter Reihe in Betracht kommen und ist jenen gegenüber von wesentlich geringerer Bedeutung. Er kann die für die Exenteration aufgestellte Forderung von *Waetzoldt* (auch bei nicht durchbrochenem Uvealsarkom soll die Exenteratio orbitae durchgeführt werden!) nicht akzeptieren, weil es in der Orbita kein „adenoides“ Gewebe gibt. Seiner Ansicht nach kann die Normaloperation des Uvealsarkoms nur die sofortige Enukleation sein. Eine Exenteration ist nur dann notwendig, wenn der Skleradurchbruch ein makroskopischer, oder das Vorhandensein von Geschwulstzellen in der Orbita nach genauer Prüfung von Serienpräparaten des Bulbus wahrscheinlich ist.