

langen nur spät zum Arzt. Wo reichliches Sekret die Aufmerksamkeit erregt, ist die Feststellung der Diagnose nicht schwer. Es gibt jedoch Fälle, wo nur wenig eingetrocknetes Sekret vorhanden ist. Ein häufig vorhandenes Symptom in solchen Fällen sind die in der Umgebung der Nase am Gesicht auftretenden Akne, und zwar bei einseitigem Prozess auf der entsprechenden Gesichtshälfte. Wo man Akne sieht, soll man in jedem Falle mit dem Spiegel und bakteriologisch untersuchen. In welchen Fällen der positive bakteriologische Befund sich auf den Kranken, oder auf den Bazillenwirt bezieht, ist immer dem Judizium des Klinikers zu überlassen. Bei positivem bakteriologischen Befund beweist das Vorhandensein von minimalen klinischen Symptomen das Bestehen der Krankheit.

**A. Bosányi,**

**A. Flesch** verweist auf die hervorragende Bedeutung der Nasendiphtherie bei Säuglingen. Jene Fälle, wo Nasenfluss vorhanden ist, selbst wenn sich keine Pseudomembranen finden und dieser als einfacher Katarrh betrachtet wird, das Ergebnis der bakteriologischen Untersuchung aber positiv ist, betrachtet er als Diphtherie und hält die Serumbehandlung für notwendig. Dem gegenüber betrachtet er jene in Säuglingsabteilungen sehr häufigen Fälle, wo keine klinischen Symptome vorhanden sind und auch der Ausfluss aus der Nase fehlt, der bazillare Befund jedoch positiv ist, nicht als diphtheritisch, bei solchen sei eine Serumbehandlung nicht indiziert.

**J. Bókay** betont wiederholt die hervorragende Wichtigkeit der Rhinoscopia anterior bei dem Verdacht von Rhinitis diphtheritica. Die energischen Nasenspülungen sind bei obturierender Rhinitis diphtheritica notwendig, denn es sei wichtig, daß die Nasenhöhle von den massigen Fibrinmembranen je eher befreit werde. Wie er in seinem Vortrag eingehend dargelegt hat, sah er von der energischen Durchspülung niemals schädliche Folgen.

## Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte.

### Otologische Sektion.

Sitzung am 21. November 1929.

**A. Rejtő:** *Geheilter Fall von Schläfenlappenabszess und Meningitis.* J. B., 36jähriger Drechsler, leidet seit dem Kindesalter an doppelseitiger Mittelohreiterung. Nach einer seit zwei Wochen bestehenden Exazerbation gelangt er mit Bewusstseinstörung, Schüttelfrost und Erbrechen in die Abteilung, wo sofort die Radikaloperation durchgeführt wird. Am sechsten Tag nach der Operation traten beim Patienten die ersten Symptome des Gehirnabszesses auf, eben deshalb wurde der temporale Abszess am elften Tag eröffnet und nach dem Verfahren von *Lemaitre* drainiert. Am vierten Tag trat Meningitis auf, im Lumbalpunktat fanden sich Streptokokken, binnen acht Tagen war jedoch auch diese Komplikation abgelaufen. Die eröffnete Abszesshöhle eiterte zwei Wochen lang und war zu jener Zeit noch immer kleinbirnengross, wie das

damals aufgenommene und demonstrierte Röntgenbild beweist. Der Kranke überstand sodann noch eine Endokarditis, diese heilte und er fühlt sich nun vollkommen wohl. Jene Faktoren, welche die Heilung förderten, waren ausser der Eröffnung und täglichen Durchspülung des Abszesses, die jeden zweiten Tag durchgeführten Lumbalpunktionen, bei welchen der Kranke intralumbal immer 5 cm<sup>3</sup> Urotropin erhielt. An den Zwischentagen wurde 10 cm<sup>3</sup> Urotropin intravenös verabreicht. Nach Überzeugung des Redners hätte man den Kranken mit Durchführung der Radikaloperation zu Beginn der Exazerbation von dieser lebensgefährlichen Komplikation verschonen können.

**I. Krepuska**, empfiehlt gegenüber dem *Lemaitre*-Verfahren die chirurgische Freilegung des Gehirnabszesses.

**Z. Wein** hegt den Verdacht, dass nach den serienweise durchgeführten, negativen Lumbalpunktionen die bei der letzten Punktion nachgewiesenen Streptokokken durch äussere Infektion in den Liquor gelangt sind, so dass dieser Befund keinen Beweis für die Meningitis bilde. Gegenüber dem *Lemaitre*-Verfahren zur Ableitung von Gehirnabszessen hält er die möglichst breite Freilegung des Abszesses, sowie die Entleerung des Eiters und Drainage als chirurgisch allein entsprechende Methode; indem nicht die bei der Abszesseröffnung erfolgende subarachnoideale Infektion die häufigste Ursache der im Anschluss an Gehirnabszessen auftretenden Meningitiden ist, sondern entweder die Propagaloenkephalitis, oder die infolge der mangelhaften Drainage auftretenden Nebenabszesse und deren sekundärer Durchbruch in den subarachnoidealen Raum. Oft bestand eine tödliche Meningitis bereits vor der Abszesseröffnung, wo der Prozess nicht durch die Abszesseröffnung eingeleitet wird, sondern dieser bereits vor der Abszesseröffnung bestand.

**B. Szende:** *Herpes zoster mit otischer Fazialislähmung*. Bei dem 22jährigen Patienten traten am zweiten Tag der akuten beiderseitigen Mittelohrentzündung herpetische Ausschläge an jenen Gesichtsbereichen auf, die dem zweiten und dritten Ast des Nervus V. entsprechen. Zwei Tage später zeigte sich totale peripherische Fazialislähmung. Bei dem Kranken verschwanden die Herpesblasen innerhalb acht bis zehn Tagen und mit der Besserung der entzündlichen Mittelohrscheinungen besserte sich auch die Fazialislähmung, deren Reste aber noch immer — nach ungefähr acht Wochen — zu beobachten sind. Der Vortragende schildert die Einteilung von *Heymann* über die Erscheinungsformen des Herpes zoster oticus und nimmt als Ursache des Leidens die Polyneuritis der Gehirnnerven — in erster Reihe der Nerven V, VII, VIII — an, wobei er die Bedeutung der Entzündung der Ganglien betont. Er erörtert sodann vom differentialdiagnostischen Gesichtspunkt die Ursachen der im Anschluss an akute Mittelohrentzündungen auftretenden Fazialislähmungen.



**S. Szenes:** Herpes oticus kommt tatsächlich selten vor. Er erinnert sich insgesamt an zwei Fälle, in beiden zeigte sich das Leiden zuerst am Trommelfell, einige Tage später sodann an der Ohrmuschel, resp. auf der betreffenden Gesichtshälfte, derart bestätigte der Herpes zoster die Richtigkeit der Diagnose: Trommelfellherpes. Beide Fälle waren linksseitig, jedoch ohne Fazialislähmung. Der erste Fall meldete sich 1885 in der Ambulanz des Professor Böke im St. Rochusspital. Die 20jährige Frau klagte über quälende brennende Schmerzen im linken Ohr, und es zeigte sich eine einzige, kaum stecknadelkopfgrosse Herpesblase auf der unteren Hälfte des übrigens normalen Trommelfells; am dritten Tag bedeckte der Herpes die linke Gesichtshälfte der Kranken. Auf innere Darreichung von Natr. salic. und Umschläge mit Aqu. Goulardi klang der Prozess bald ab. Der Fall wurde in dem 1886 in „Gyógyászat“ erschienenen Ausweis, sowie im Archiv f. Ohrenheilk. veröffentlicht. Im letzteren erörterte Blau (Berlin) in seinem Jahresreferat über die otologische Literatur diesen Fall als eine Seltenheit. Den zweiten Fall sah er 1901 bei einem 31jährigen Mann, wo auf dem sonst normalen Trommelfell drei Herpesblasen vorhanden waren, wenige Tage später trat das typische Bild des Zoster auf der linken Ohrmuschel und Gesichtshälfte auf. (Der Fall wurde 1903 in der ungarischen Literatur veröffentlicht.)

**J. Zubriczky:** *Zwei geheilte Felsenbeinfrakturen.* Er referiert über zwei geheilte Felsenbeinfrakturen, die in der otologischen Klinik beobachtet wurden, wo die Frakturen an der Stenvers-Röntgenaufnahme des Schädels gut sichtbar sind. In dem einen Fall war heftige (Sinus)blutung, Fieber und retroaurikulares Hämatom vorhanden. Auf dem Röntgenbild zeigten sich zwei Konturen, die eine war eine an der Treffstelle des Hinterhauptbeins und der Squama, in der Höhe des Proc. mastoideus befindliche klaffende Fraktur. Die andere beginnt vor der ersten auf der Squama und verläuft im Zick-Zack in der Tiefe bis zur Spitze des Proc. mastoideus. Der Fall heilte auf konservative Behandlung. Im anderen Fall gesellte sich zur Fraktur, die von der oberen Paukenhöhlenwand ausgehend wahrscheinlich bis zur Basis der Pyramis zieht, eine Fazialislähmung. Die Klinik befolgt das Prinzip, dass bei jeder Komplikation, oder bei einem Verdacht auf eine solche der chirurgische Eingriff notwendig ist. In dem demonstrierten Fall konnte die Operation nur durch sorgfältige klinische Beobachtung vermieden werden.

**J. Kelemen** demonstriert zwei Felsenbeine, wo das Trauma (Überfahren) einen das Tegmen durchdringenden Knochendefekt zur Folge hatte.

**I. Krepuska:** a) *Ungewöhnlich umfangreicher, vom Ohr ausgehender subperiostaler Abszess.* Das 11jährige Mädchen wurde von den Eltern erst dann in das Krankenhaus gebracht, als das rechte Gesicht und die rechte Schädelhälfte bereits so stark angeschwollen waren, dass die Kranke am rechten Auge nicht mehr, am linken nur durch eine schmale Spalte sehen konnte, den Kopf konnte sie aktiv überhaupt nicht mehr

bewegen, die passive Bewegung gelang nur unter erheblicher Kraftanwendung. Der bei der Operation abgelassene stark übelriechende Eiter war genau gemessen 1½ Liter. Obwohl das Os parietale, temporale und occipitale von der Knochenhaut entblöst, von Eiter umspült waren, nekrotisierten weder die Knochen noch die Haut. 37 Tage nach der Onkotomie wurde die radikale Ohroperation durchgeführt, worauf die Kranke geheilt entlassen wurde.

b) *Operierter und geheilter Fall eines nach geheilter akuter Mittelohrentzündung aufgetretenen Schädelbasis-Abszesses.* Bei dem 45jährigen Landwirten entwickelte sich zwei Wochen nach einer geheilten akuten Mittelohrentzündung eine Anschwellung zwischen dem linken Proc. mastoideus und der Protuberantia occipitalis. Bei der Operation stellte sich heraus, dass der unter dem Felsenbein und vor der Wirbelsäule aufgetretene kleinapfelgrosse und Diplococcus pneumoniae enthaltende Abszess dem Sinus entlang sich auf die Schädelbasis gesenkt hat. Dieser Fall bestätigt daher jene Feststellung der Ohrenklinik, dass die Lagerung der otogenen Senkungsabszesse nicht durch den Verlauf der Halsbänder bestimmt wird (Auffassung von E. Urbantschitsch, Engelhardt, Leidler), sondern, dass die Infektion entweder den Muskeln, oder den grösseren Halsgefässen entlang zu den tieferen Stellen gelangt.

## Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte. Sektion für Neurologie und Psychiatrie.

Sitzung am 21. November 1929.

**D. Miskolczy:** *Metastatische Geschwülste in den Nerven der Cauda equina.* Die primäre Geschwulst, die sich bei der histologischen Untersuchung als Spindelzellensarkom erwies, sass an der Hinterwand der rechten Brusthöhle, zwischen der zweiten und vierten Rippe, sie verursachte Metastasen in der Lunge, im Dünndarm, im linken temporalen Pol des Gehirns und im linken Gyrus supramarginalis. Die Geschwulst infiltrierte ferner die Nerven und Ganglien der Cauda equina. Dieser Sitz der Geschwülste hielt während des Lebens mit unerträglichen Schmerzen einhergehende, an Tabes erinnernde Symptome aufrecht. Er fand in den Rückenmarkswurzeln mit der Silberfärbemethode neugebildete, vielfach verzweigte Achsenfäden, die, obwohl sie vollkommen im Geschwulstgewebe eingebettet waren, eine Markscheide hatten, was beweist, dass die Achsenfäden ohne Hilfe von Schwann'schen Zellen ihre Markscheiden selbständig bilden.

**K. Schaffer:** *Beitrag zur Ätiologie der Epilepsie mit Krankendemonstration.* Der 16jährige junge Mann erlitt im Alter