

rer Nachweis solcher Fälle ist nur auf chemischem Wege zu erzielen. Der Vortragende verwendet zur Lösung von Cholesterin eine konzentrierte Tetrachloridkohlenstofflösung, die er mit einer Attikus-Spritze in die Paukenhöhle einführt. Nach einer 15--30 Minuten dauernden Durchfeuchtung saugt er die Flüssigkeit in der gleichen Weise zurück und bringt sie in eine Eprovette. Mit der bekannten Essigsäureanhydrit + Cu.-Sulfurikumreaktion können selbst geringe Spuren von Cholesterin nachgewiesen werden. Bei Verwendung der gleichen Zeitdauer und Reagenzmengen kann die lila-grünliche Farbenskala auch zum quantitativen Cholesterinnachweis verwendet werden, was er experimentell nachgewiesen hat. Die Versuche des Vortragenden sind noch keineswegs abgeschlossen. Wenn er sie dennoch der Sektion vorgelegt hat, so ist der einzige Grund hierfür, dass er für seine bezüglichen Untersuchungen Mitarbeiter sucht, weil die Frage nur auf Grund der an einem sehr umfangreichen Material gewonnenen Ergebnisse geklärt werden könne.

Gesellschaft der Spitalsärzte und Ungarische Ophthalmologische Gesellschaft.

Gemeinsame Sitzung am 29. Januar 1930.

Präsident L. Liebermann: Die Gesellschaft der Spitalsärzte hat bei der Feststellung des diesjährigen Arbeitsprogrammes beschlossen, über mehrere Fragen von allgemeinem Interesse, besonders aber der Grenzgebiete der einzelnen Fächer eine Aussprache zu veranstalten. Aus dem Gebiet der Augenheilkunde hielt er zu diesem Zweck besonders drei Fragen wichtig: die Behandlung der Stauungspapille, der Retinitis gravidarum und die Frage der Ätiologie und kausalen Therapie der Neuritis retrobulbaris acuta. Es wurde beschlossen, die gegenwärtige Sitzung ausschliesslich der Frage der Stauungspapille zu widmen, die beiden anderen Gegenstände werden in der zweiten Aussprache, welche im März stattfinden wird, behandelt.

Referent E. Gröz: *Die operativen Indikationen der Stauungspapille.* Der Referent hat sich mit dieser Frage in einem von 30 Jahren in der Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte gehaltenen Vortrag beschäftigt. Er gab bereits damals der Überzeugung Ausdruck, dass die Stauungspapille eine viel frühere Durchführung der palliativen Trepanation erfordert, als bisher angenommen wurde. Die Stauungspapille zeigt nur ausnahmsweise spontane Heilung, oder eine solche auf medikamentöse Behandlung, und der Nachteil einer Verzögerung des operativen Eingriffes ist, dass diese gegen die bereits eingetretene konsekutive Sehnervdegeneration wir-

nicht nur in Fällen von Meningitis serosa, (Hydrocephalus int. ac), erfolgreich, sondern erwiesen sich auch bei Stauungspapillen, die infolge des durch den Gehirntumor verursachten Liquorzirkulationshindernisses auftreten, sowie durch sekundären Hydrokephalus verursacht werden, nicht nur als sofort zu applizierende, sondern oft auch als wirkungsvollste Massnahmen. In den letzten Jahren sahen wir auch bei der Encephalitis epidemica — oft sogar in den späteren Phasen derselben — Stauungspapillen, die aber zumeist keinen mechanischen Ursprung hatten. 4. Verspätete Trepanationen wird man nie vermeiden können. Die Ursache der Verspätung ist — wenn diese nicht durch das Zögern des Patienten verursacht wird — zumeist eben die Schwierigkeit der Tumorlokalisation, sowie in der Mehrzahl der Fälle, die als berechtigt, ja sogar obligatorisch erscheinenden Massnahmen der vorausgehenden spezifischen Kur, Bestrahlungen usw. Es gibt auch bösartige Fälle, wo bei verhältnismässig gutem Visus die Stauungspapille sozusagen binnen wenigen Tagen Amaurose herbeiführt und es gibt gutartige Fälle, wo die begonnene Sehnervenatrophie selbst nach einer langen Reihe von Jahren nicht verhängnisvoll wird. Redner führt Beispiele für beide Eventualitäten an. Eine gründliche Klärung der Fälle hält er nur durch möglichst sorgfältige Beobachtung der einzelnen Fälle und die häufige, von allen Seiten erfolgende Erörterung der Frage möglich. 5. Ein extrem hoher mechanischer innerer Schädelhöhlendruck kann jahrelang ohne Stauungspapille bestehen, zu dessen Beweis er das Präparat eines 8—9 Jahre lang ohne Unterbrechung bestehenden, kindesfausttief in das Gehirn eindringenden Sella-tumors demonstriert. Sein Material stammt aus der neurologischen Abteilung der Graf Apponyi-Poliklinik, die Augenuntersuchungen führte Primararzt *I. Waldmann*, die Operationen *G. Lobmayer* durch.

J. Donath hat bereits in seinen 1900 und 1903 publizierten Arbeiten über die Behandlung der Epilepsie und der epileptiformen Zustände betont, wenn durch Steigerung des Gehirndruckes eine Schädigung des Gehirns, oder des Optikus zu befürchten sei, die Trepanation ohne Aufschub durchzuführen, sei nun die Ursache des gesteigerten Gehirndruckes entzündlicher (Encephalitis chronica) oder mechanischer Natur (Tumor, Gliom). Natürlich sind Augenhintergrund, Sehfeld und Visus mit der grössten Aufmerksamkeit zu beobachten. Bei Gehirngummen ist die spezifische Behandlung durchzuführen, sind aber diese umfangreich und erscheint es nicht möglich, den Erfolg der spezifischen Behandlung abzuwarten, sei die Dekompressionstrepanation ebenfalls notwendig. Ist die Tumorlokalisation nicht durchführbar, dürfe man mit der Dekompressionstrepanation nicht zögern. Gelingt nachträglich die Lokalisation, so sei noch immer die Radikaloperation durchzuführen. Ist die Operation nicht durchführbar, oder führte sie nicht zum Ziel, sind hyper-tonische Salzlösungen (15%-ige NaCl oder MgSO₄) intravenös zu applizieren. Bei diffusum Gliom kann die Röntgenbestrahlung günstige Wirkung erzielen.

G. Lobmayer: Unter seinen zahlreichen Gehirnopoperationen führte er die reine Dekompressionstrepanation in sechs Fällen durch. Drei Fälle erlangten ihr Sehvermögen wieder. In zwei Fällen kam die Verschlechterung des Sehvermögens zum Stillstand, in einem Fall trat nachher Erblindung ein, eine Operationsmortalität hatte er nicht. Die Dekompressionstrepanation kann über den Hemisphären, oder über dem Okziput durchgeführt werden, in welchem Falle das

Sehzentrum entlastet wird, oder aber nach *Cushing* subtemporal, wo die Optikusgegend befreit wird. Bei den letzteren beiden Verfahren verhindert die Muskulatur einen nachträglichen Gehirnvorfall. Eine noch der Lösung harrende, offene Frage ist die Wahl des Ortes und Umfanges des Trepanation. Die Widerstände des Gehirndruckes, dessen Teilerscheinung die Stauungspapille ist, werden durch die straffe Phalx, das Tentorium und die Duraduplikate gebildet. Die Beseitigung des Druckes gelangt in einer Kegelform zum Ausdruck, deren Basis die Trepanationsöffnung ist. Die Folgen der Druckentlastung wirken als Zerrung oder Verschiebung auch auf die tieferen Gehirnzentren, die Berechnung dieser Wirkung bildet eine Aufgabe der Zukunft, damit aus der Entlastungstrepanation keine Belastungstrepanation werde. Zur Vorbereitung wendet er 10%-ige Salzlösung intravenös, bei der Nachbehandlung zur Vermeidung des Gehirnodems einen Einguss mit 9%-iger Magnesiumsulfatlösung an. Er demonstriert den bei seinen Gehirnopoperationen überaus bewährten Trepanationsapparat von *Jensen*, sowie die Röntgenaufnahmen der Operationen.

A. Winternitz: Die Dekompressionstrepanation ist nur in solchen Fällen indiziert, wenn der Sitz des Gehirntumors ganz unbekannt ist, oder dieser an einer Stelle liegt, wo er nicht entfernt werden kann. In solchen Fällen kann mehr-minder länger dauernde Besserung erzielt werden. In Fällen, wo auf die Dekompressionstrepanation endgültige Heilung eintrat, war nach seiner Überzeugung gar kein Gehirntumor vorhanden, sondern der abnorme Gehirndruck ist auf eine aus unbekannter Ursache aufgetretene Meningitis serosa zurückzuführen. Das sind jene Fälle, die von den Deutschen als Pseudotumoren bezeichnet werden. Nach seinen Erfahrungen ist die Mortalität der Dekompressionstrepanation grösser, als bei jenen Operationen, wo es gelingt die Geschwulst zu entfernen. Die Ursache ist, dass die keine Herdsymptome auslösenden Tumorfälle viel später zur Operation gelangen. Die Stauungspapille bessert sich gewöhnlich langsam, er hat jedoch Fälle beobachtet, wo diese in 1—2 Tagen verschwand, jedoch nur dann, wenn es gelang, den Tumor zu entfernen. In einem Fall von Hypophysentumor meldete der Kranke sofort nach dessen Entfernung, noch am Operationstisch, dass er viel besser sehe. Solch rasche Besserungen sind daher möglich.

E. Pólya: Die Dekompressionstrepanation ist bei Gehirntumoren keine ideale, sondern nur eine Notoperation, zu der wir greifen, wenn es nicht gelingt, den Geschwulstsitz klinisch festzustellen, wo aber die Symptome, besonders die mit Erblindung drohende Stauungspapille eine Herabsetzung des intrakraniellen Druckes dringend erfordern, ferner dann, wenn bei der Operation die Geschwulst nicht zu finden ist, oder aber diese sich als inoperabel erweist. Ist die Geschwulst genau lokalisiert und entfernbar, so ist sozusagen in jedem Falle deren radikale Beseitigung durchzuführen. Eine Ausnahme würden höchstens solche Geschwülste bilden, deren Beseitigung den Kranken z. B. seines Sprachvermögens berauben würde, ferner das Medulloblastoma cerebelli, das nach den grossen Erfahrungen von *Cushing* mit Dekompression und Radiumbestrahlung erfolgreicher zu behandeln ist, als durch radikale Beseitigung. Die Dekompressionstrepanation sei keineswegs eine ungefährliche Operation, gerade in schweren Fällen von Gehirndruck gefährdet

die plötzliche Änderung der intrakranialen Druckverhältnisse unmittelbar das Leben des Kranken, besonders durch Kompression des verlängerten Markes und diese Gefahr wird noch gesteigert, wenn die Trepanation an einem ungeeigneten Ort, z. B. bei supratentorialer Geschwulst subokzipital erfolgt. In blutreichen Geschwülsten kann die plötzliche Druckverminderung Blutung herbeiführen, was gleichfalls binnen Kurzem zum Tode führen kann. Sicher ist ferner, dass die Dekompressionstrepanation bei vorgeschrittenen, oder rasch wachsenden Gliomen im Zustand der Kranken keine wesentliche oder überhaupt keine Besserung herbeiführt, doch gibt es Fälle, wo sie den Kranken Monate, ja sogar Jahre lang eine erträgliche Existenz sichert und die Sehkraft rettet und es kommt auch vor, dass der Kranke dauernd symptomfrei wird. Er sah z. B. vor kurzem einen seiner Patienten, bei dem er wegen schwerer, auf Gehirntumor verweisenden Symptome vor 14 Jahren eine subtemporale Dekompression durchführte. Dieser lebt zur Zeit normal, ist beschwerdefrei, arbeitsfähig und hat eine Familie gegründet. In solchen Fällen ist freilich die Annahme berechtigt, dass die Gehirndrucksymptome nicht durch eine Geschwulst, sondern durch andere Ursachen ausgelöst wurden. Aber gerade in solchen Fällen besitzt die Dekompressionstrepanation eine lebensrettende Bedeutung. Beiluetischen Veränderungen, die mit einer intrakranialen Drucksteigerung einhergehen, wirkt die antisyphilitische Behandlung oft nur dann entsprechend, wenn die Dekompressionstrepanation die Blutzirkulation im Gehirn gebessert hat.

E. Grósz: Hinsichtlich der beiden von *Liebermann* aufgeworfenen wichtigen Fragen ist er der Ansicht, dass das Vorhandensein von Lues bei Stauungspapillen die antiluetische Behandlung indiziert. Führt diese jedoch nicht zum Ziel, so tritt die Notwendigkeit der palliativen Trepanation in den Vordergrund. Die Stauungspapille motiviert auch dann, wenn keine anderen Symptome vorhanden sind, den Eingriff. Die von *Ranschburg* geforderte Differenzialdiagnose der Stauungspapille gelingt in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle. Übergansformen sind selten. Die Konfusion wird vielmehr dadurch verursacht, dass die Bezeichnung: Papillitis, sowohl für die Stauungspapille, wie auch für exsudative Sehnervenatrophie bemüht wird. In der englischen Sprache wird die Unterscheidung auch durch die Benennung gesichert. Die palliative Trepanation ist nur in solchen Fällen gefährlicher, als die Radikalooperation, wo der Eingriff verspätet erfolgt. Beim Zuwarten, dass eine Lokalisation ermöglicht wird, erfolgt häufig die Verspätung. Die gemeinsame Beratung der Vertreter der verschiedenen medizinischen Fächer ist berufen, durch rechtzeitig erfolgenden Eingriff die Mortalität herabzusetzen und die Resultate günstiger zu gestalten.

NACHRICHTEN.

Der neue Rektor der Szegeder Universität. Die Szegeder Franz Josef-Universität hat zum Rektor für das Studienjahr 1930/31 einstimmig den Dekan der juristischen Fakultät ö. ordentlichen Universitätsprofessor Dr. *Franz Kováts* gewählt; Prof. *Kováts* hat die Wahl angenommen.