

Der gewissenhafte Arzt benützt nur

PIGEON-FIEBERTHERMOMETER

Das Instrument ist präzise, seine Quecksilbersäule ist gut sichtbar und leicht herabzuschütteln. **In allen Apotheken u. Fachgeschäften erhältlich.** In Verkehr gesetzt von

**ERNST SCHOTTOLA, Fabrikant und Grosshändler
Budapest, VI., Vilmos császár-út 53.**

Fernsprecher: Aut. 227—67, Aut. 279—83.

Bei Hämorrhoiden Anugen—Zäpfchen

Anfertigung:

APOTHEKE BÉLA ZOLTÁN

Budapest, V., Szabadság-tér

HEILBAD UND HOTEL ST. GELLÉRT BUDAPEST

47° C warme, radioaktive
Thermalquellen.

Die vollkommensten ärztlich-technischen Einrichtungen. Mit besonderem Erfolg angewendet bei Rheuma, Gelenkleiden, Neuralgie, Gicht usw.

**Das Kurhotel ist mit den Bädern
in unmittelbarer Verbindung.**

240 modernst und mit allergrösstem Komfort eingerichtete Zimmer. Erstklassige Küche. Einbettiges Zimmer von 8—14 Pengő, zweibettiges Zimmer von 14—24 Pengő. Thermal-Wellenbad.



Verhandlungen der Ungarischen Ärztlichen Gesellschaften

Wissenschaftliche Berichte und Nachrichten aus Ungarn

Erscheint unter Mitwirkung des Schriftleitungsaus-
schusses der Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte

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

Sanatorium Westend Purkersdorf bei Wien
für innere-, Stoffwechsel-
und nervöse Erkrankungen.
Mässige Preise, ganzjährig geöffnet.
Wiener Telephon Nr. R. 33-5-65 Serie.
Chefarzt und Direktor Dr. M. Berliner.

Als Manuskript gedruckt.

Nachdruck der Sitzungsberichte nur in der Berichtsform zulässig.

Inhalt: Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte. — Gesellschaft
der Spitalsärzte. — XVI. Tagung der Ungarischen Chirurgischen
Gesellschaft. — Nachrichten.

Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte.

Sitzung am 17. Januar 1931.

L. Miklós: *Aschheim-Zondek-Reaktion bei metastatischen Chorionepitheliom.* Die erste Schwangerschaft der 34jährigen Frau war eine Molenschwangerschaft, ein halbes Jahr nach derselben wurde wegen Chorionepitheliom die vaginale Uterus- und Adnexextirpation durchgeführt. Ein Jahr später Metastasen in der Lunge. Trotz wiederholter Röntgenbestrahlungen starb die Kranke zwei Jahre nach der Uterusextirpation. Die kurz vorher durchgeführte Aschheim-Zondek-Reaktion, sowie die vom Vortragenden geschilderte Hefereaktion waren positiv. Er betont die Wichtigkeit der Durchführung der Schwangerschaftsreaktion bei Blasenmolen und Chorionepitheliom.

L. Földes: Die A.-Z.-Reaktion ist einer der grössten neueren gynäkologischen Erfolge, nicht nur weil mit dieser die Schwangerschaft frühzeitig konstatiert, sondern besonders auch Rezidiven des Chorionepithelioms nachgewiesen werden können. Wichtig ist, dass die Urinkontrolle systematisch zumindest ein Jahr lang durchgeführt

und wenn die Reaktion positiv ist, die Stelle der Rezidive gesucht werde.

J. Kopits: *Seltener Fall einer angeborenen schweren Fussdeformität.* Er demonstriert eine sehr seltene Fussdeformität, die einzige der 3940 angeborenen Deformitäten in der 25jährigen Statistik der orthopädischen Ordination in der Kinderklinik. Die Deformität kann als *Pes abductus reflexus* bezeichnet werden. Die Fersenpartie der Füße findet sich in totaler Plattfussstellung, die vordere Fusspartie ist im rechten Winkel nach aussen und oben gebogen, am Scheitelpunkt der Sohlenknickung ist ein stark hervorspringender Knochenwulst sichtbar. Das Kind hat eine Gangart, wie nach der Chopart-Operation. Die Röntgenaufnahme zeigt eine hochgradige Lageveränderung des Sprungbeins, dessen Längsachse steht im rechten Winkel zur Längsachse des Fusses und sein Kopf ist zwischen Kahn- und Fersenbein eingedrungen. Die Deformität ist eine ererbte und familiäre, der Vater und die einzige Schwester besitzen die gleiche Fussdeformität, nur im geringeren Masse, so dass diese durch Keimfehler erklärt werden kann. Der eine Fuss ist bereits operativ korrigiert, die Korrektur bestand aus der Resektion des Kopfes resp. Halses des Sprungbeines. Sowohl formell, wie auch funktionell guter Erfolg.

G. Gerlóczy: *Hervorragender therapeutischer Erfolg auf CO₂ Einatmung bei schwerer Thrombopenie.* Der Halsfurunkel des 51jährigen Mannes wurde nach zweiwöchentlichen Bestehen inzidiert. Nach dem Eingriff ernste Blutung. Nach eingehender Untersuchung konnten umfangreiche Haut- und Mundschleimhautblutungen festgestellt werden, diesen schloss sich eine unstillbare Nasenblutung an. Banale Blutstillungsmittel waren wirkungslos, deshalb wurde er zur genaueren Untersuchung in die Klinik überführt. Hier wurde ein sehr schweres klinisches Bild mit hochgradiger Thrombopenie festgestellt. Diagnose: Purpura mit akuter Thrombopenie, wahrscheinlich septischen Ursprungs. Bevor er sich für die Milzextirpation entschied, wollte er, gestützt auf die Tierexperimente von *Stauber* und *Lang* einen Versuch mit CO₂ Einatmung machen. Er wendete das Gas in der bei Operationsnarkosen üblichen Form an. Die Zahl der Blutplättchen stieg bereits während der Einatmung auf mehr als das Doppelte (21.000—50.000). Das Kohlendioxyd wurde insgesamt an drei aufeinander folgenden Tagen angewendet. Am dritten Tag erhielt er bereits einen Wert von 150.000, nach weiteren zwei Tagen 400.000. Der Kranke wurde am fünften Tag nach Beginn der Einatmungskur geheilt entlassen. Er wurde vor einigen Tagen kontrolliert und die Blutplättchenzahl erwies sich bei dieser Gelegenheit als normal. Seither erwies sich die CO₂-Kur in einem chronischen Fall von *Frank'scher* Thrombopenie (Dr. *Pajor*) ergebnislos, was beweist, dass

die Indikation sich anscheinend nur auf akute Fälle beschränkt.

F. Kiss: *Das Verhältnis des Nervus sympathicus und Nervus vagus.* Der Vortragende hat sämtliche im Stamm und in den Ästen des menschlichen Nervus vagus befindlichen Nervenfasern durchgeprüft. Im Vagusstamm fand er innerhalb der Schädelhöhle überwiegend dünne und weniger dicke, mit Markscheiden versehene Fasern, markscheidenlose (Sympathikus-) Fasern überhaupt keine. Diese letzteren Fasern erscheinen in grosser Zahl im Vagusstamm unterhalb des Ganglion nodosum. Alldiese Fasern gelangen durch die Verbindungen zwischen dem Ganglion cervicale superius und dem Ganglion nodosum aus dem Sympathikus in den Vagus, sind also hier Gastfasern. Der Vortragende beschreibt die Fasern dieser 6—8 Verbindungsäste. Die überwiegende Mehrzahl dieser Fasern ist markscheidenlos, sie besitzen in geringerer Zahl dünne Markscheiden. Die in den Ästen des Nervus vagus befindlichen Fasern zeigen Formale Veränderungen, je nach ihrer Funktion, wie das der Vortragende und *P. Mihalik* 1928 für andere Nerven mitgeteilt haben. In der Unterleibspartie des Vagusstammes finden sich zu ungefähr $\frac{8}{10}$ markscheidenlose und zu $\frac{2}{10}$ Fasern mit dünnen Markscheiden. Fasern mit dicken Markscheiden hat hier der Vortragende nicht gefunden. Der Vortragende hat in seinen histologischen Untersuchungen keinerlei Basis zur Annahme von sogenannten „parasymphatischen“ Fasern des menschlichen Nervus vagus gefunden. Der Bauchteil des Vagus der zu $\frac{8}{10}$ Teilen aus Gastfasern (Sympathikus) besteht, führt zu $\frac{2}{10}$ Teilen Fasern mit dünnen Markscheiden, die nach dem Vortragenden sensible Nerven sind, nachdem der Vagus im Magen eine sensible Rolle spielt, die sensiblen Fasern aber nach den früheren Mitteilungen des Vortragenden immer eine dünne Markscheide haben.

Zur weiteren Klärung der Frage hat der Vortragende im Pariser Institut für vergleichende Anatomie an sämtlichen Klassen der Wirbeltiere makroskopische Studien durchgeführt und demonstriert seine bei diesen Studien angefertigten Zeichnungen. Der Vortragende beachtete besonders das gegenseitige Verhältnis von Vagus und Sympathikus im Bauchraum. Er fand, dass der Vagus nur bei der Mehrzahl der Säugetiere die kardiale Magenpartie erreicht, in den übrigen Klassen, ja auch bei den niederen Säugetieren hört er am unteren Ende der Speiseröhre auf, und zu den Organen der Bauchhöhle gehen nur vom Truncus sympathicus Nerven ab, mit diesen können natürlich auch vom Rückenmark stammende und im Wege der R. communicantes sich anschliessende sensible Fasern verlaufen. Aus dem Vagus verlaufen nur Äste zu den aus der oberen Partie des Verdauungskanaals stammenden Atmungsorganen, sowie zu dem

sich in der Nähe derselben entwickelnden Herzen, diese Äste sind jedoch immer mit Sympathikusfasern gemischt. Auf Grund seiner histologischen und komparativ anatomischen Untersuchungen gelangte er zu folgenden Resultaten:

a) Histologische Resultate: 1. Der Vagus tritt aus dem Gehirn als gewöhnlicher Gehirnnerv aus, dessen allgemeines Bild (Durchschnitt) mit dem einer hinteren sensiblen Wurzel des Rückenmarks identisch ist. 2. Die marklosen (Sympathikus-) Fasern treten wohl im Vagusstamm unter dem Ganglion nodosum auf, sie sind aber hier nur Gastfasern, und stammen alle aus dem Halssympathikus. 3. Die Verbindungen zwischen Ganglion nodosum vagi und den Ganglion Nervus sup. (Sympathici) sind als gewöhnliche R. communicantes zu betrachten. 4. Die markhaltigen (weissen) Verbindungsäste sind mit ihren dünnen Markfasern als präganglionäre Fasern zu betrachten, was aber nicht bedeutet, dass diese auch ursprünglich zum Vagus gehören, denn sie stammen wahrscheinlich aus dem XI. (R. internus). 5. Die Rr. cardiaci et abdominales vagi bestehen zum grossen Teil aus marklosen (Sympathikus-) Fasern, die nicht vom Vagus stammen, diese Fasern bieten keinerlei morphologische Grundlage zur Annahme eines sogenannten „Parasympathikus“.

b) Ergebnisse der vergleichenden Anatomie: 1. Der Nervus vagus ist ein gewöhnlicher sensibler Nerv der oberen Partie des embryonalen Verdauungstraktes, der aus diesem stammenden Atmungsorgane und des Herzens. Die aus dem Nerv stammenden motorischen Fasern sind keine ursprünglichen Vagusfasern, sondern gelangten in diesen nach den experimentellen und anatomischen Ergebnissen aus dem XI. Nerven. 2. Der Vagus steht im gleichen Verhältnis zum Sympathikus, wie die Rückenmarksnerven. 3. Der motorische und sekretorische Nerv der abdominalen Organe ist ausschliesslich der Sympathikus. 4. Das Ganglion coeliacum, sowie sämtliche para- und prävertebralen Ganglien gehören ausschliesslich zum Sympathikus. 5. Zur Annahme eines „Parasympathikus“ gibt es im Bauchraum keine anatomische Grundlage. Die parasymphathischen Erscheinungen sind ausschliesslich als negativer Sympathikuszustand zu betrachten. 6. Per analogiam haben wir auf Grund der abdominalen Innervation kein Recht anzunehmen, dass andere Eingeweide eine doppelte (Sympathikus und Parasympathikus) Innervation besitzen. Die sensiblen Nerven der Eingeweide sind zerebrospinalen, die motorischen und sekretorischen Nerven aber sympathischen Ursprungs.

M. Lenhossék gibt seiner Anerkennung für die wertvolle Arbeit des Vortragenden bezüglich der vergleichenden anatomischen Untersuchung des Vagus und Sympathikus Ausdruck. Die Arbeit ist um so wertvoller, weil diesbezüglich sehr wenig Daten zur Verfügung stehen. Er kann jedoch mit dem Vortragenden darin nicht überein-

stimmen, dass seine Untersuchungen eine genügende Basis dafür bieten, das Vorhandensein von parasympathisch wirkenden Fasern zu bezweifeln. Der „Parasympathikus“ ist vor allem kein anatomischer, sondern ein physiologischer und pharmakodynamischer Begriff und die Anatomie hat mit ihren einfachen Methoden den durch experimentelle Untersuchungen begründeten Tatsachen gegenüber im Hintergrund zu bleiben. In Bezug auf das Verhältnis von Vagus und Sympathikus lenkt er die Aufmerksamkeit des Vortragenden auf eine 1890 erschienene Mitteilung, in welcher er einen Fall beschreibt, wo der linke untere Kehlkopfnerv nicht aus dem Vagus, sondern aus einem unter dem Aortabogen befindlichen Sympathikusganglion entsprang, das mit dem Sympathikus nur durch einen dünnen Ast verbunden war. Er wünscht dem Vortragenden Glück zur weiteren Fortsetzung seiner auf das autonome Nervensystem bezüglichen anatomischen Forschungen.

J. Józsa: Die Kliniker fühlten immer, dass die Einstellung des Sympathikus und Parasympathikus (Vagotonie, Sympathikotonie) als funktionelle Antagonisten in gewisser Hinsicht erzwungen ist. Die Klinik betrachtet diese Lehre in vielen Beziehungen als heroistisch. Die klinische Intuition hat die anatomisch-histologischen Ergebnisse des Vortragenden, welche die Detronisation der Rolle des Vagus im Bauchraum bedeuten, schon vor Jahren gefühlt. *Sziemborovsky* schrieb im Krieg über die Vagotonie, dass dieser Begriff keine Verstärkung der Vagusinnervation, sondern nur eine pathologische Verminderung des Sympathikustonus bedeutet, ebenso wie z. B. die Weichteile bei rechtsseitiger Fazialislähmung nach rechts gezerrt werden, weil die Innervation auf der linken, gelähmten Seite verringert, und nicht weil sie auf der gesunden Seite gesteigert ist.

Z. Vámosy schliesst sich dem vorsichtigen Standpunkt von *Lenhossék* an, dass die Existenz eines sympathischen und parasympathischen Systems noch nicht geleugnet werden darf. Die Lehre von der antagonistischen Innervation unserer Organe ist unerschüttert. Man darf nicht bauen, indem man zerstört. Vorläufig könnte er die Existenz des parasympathischen Systems im pharmakologischen Unterricht weder aufgeben, noch entbehren. Ihn fesselte die Behauptung des Vortragenden, dass es keine parasympathische Vasodilatation gebe, weil man in seinem Institut beginnt, die gleiche Überzeugung zu hegen. Wie kommt es aber, dass bei einer derartigen einheitlichen Vasokonstruktion die Koronarien sich auf Adrenalin immer nur erweitern? Sind vielleicht die Muskeln derart angeordnet, dass ihre Zusammenziehung das Gefäss erweitert? Zweifellos herrscht auf diesem Gebiet neben Schulbeispielen von zweierlei Innervationen ein erheblicher Wirrwarr. Bisher war nur die Pharmakologie mit Hilfe ihrer elektiven Gifte imstande, einen Einblick in diese Verhältnisse zu gewinnen. Er freut sich, dass nun Professor *Kiss* auf einem viel sicheren Weg mit Hilfe der Morphologie eine Klärung versucht.

L. Jendrassik: Die Untersuchungen des Vortragenden sind sehr bedeutungsvoll, indem sie unsere Kenntnisse über die Gehirnverbindungen des vegetativen Nervensystems klären und richtigstellen. Nach seinen Ergebnissen kann der Parasympathikus als bulbosakrales System dem Sympathikus nicht gegenüber gestellt werden. Nachdem jedoch ein Teil der zu den Organen verlaufenden vegetativen Fasern einen Reiz vermittelt, dessen Wir-

kung dem des Sympathikusreizes entgegengesetzt ist, wird es auch fürderhin zweckmässig sein, diese entweder als Teil des sympathischen (vegetativen) Systems als Parasympathikus oder Antisympathikus zu unterscheiden. Die Einteilung von *Gaskell* und *Langley* hat schon früher ihre pharmakologische Basis verloren, zum Teil wegen der übergrossen Zahl der Ausnahmen, andererseits, weil die vegetativen Pharmaka auch auf die nicht innervierten Organe (z. B. Amnion) in gleicher Weise wirken können. Die Ergebnisse des Vortragenden haben die morphologische Grundlage beseitigt. Der physiologische Antagonismus macht dennoch die Beibehaltung der Terminologie notwendig. Irrig ist jedoch die Ansicht des Vortragenden, dass es eine dem Sympathikus entgegengesetzt gerichtete Innervation nicht gebe und dass der Zustand der Organe durch eine Schwankung des Sympathikustonus in positiver und negativer Richtung beeinflusst werde. Die Vagusreizung bringt auch das isolierte und ergotaminosierte (also die Sympathikuswirkung entbehrende) Herz zum Stillstand.

M. Lenhossék verweist auf seine in den Jahren 1911 und 1912 erschienenen Arbeiten über das Ganglion ciliare, aus diesen geht hervor, dass die Dura ein spezielles parasympathisches Ganglion ist, dessen Struktur und Verbindungen von den sympathischen und zerebrospinalen Ganglien abweichen. Seine Nervenzellen zeigen nicht den gleichen Typus, wie die Elemente der sympathischen Ganglien. Es hat nur eine, und zwar die kurze aus dem Oculomotorius stammende Wurzel. Die mit breiten Markscheiden versehenen Fasern derselben umgeben mit ihren Enden die Ganglienzellen, im Ganglion beginnt ein neues Neuron, dessen mit dünner Markscheide versehene Neuriten den pupillenverengenden und der Akkomodation dienenden Muskel innervieren. Bei einzelnen Säugetieren und zahlreichen submammalen Wirbeltieren findet sich das Ganglion in den Verlauf des N. oculomotorius eingeschaltet, der Sympathikus besitzt nur oberflächliche Beziehungen zu diesem und hat zumeist gar keine Beziehungen zum Ganglion. Hier kommt also der Parasympathikus auch morphologisch zum Ausdruck.

E. Tuskai: Als Mediziner beschäftigte er sich vor zirka 40 Jahren als Demonstrator des Anatomieprofessors *Mihákovits* mit der Feststellung des Zusammenhanges zwischen Vagus und Sympathikus. Er fertigte mit *Onody* zusammen das erste hierauf bezügliche Präparat an einem Hund an, wobei auffallend war, dass die sogenannten gemischten Äste, die der Vortragende als Gastfasern bezeichnete, in grosser Anzahl und mit keineswegs verwickelten Verlauf den Vagus mit dem Plexus hypogastricus inferior verbinden. Er stellte fest, dass der Vagus in den Bündeln der vorderen und hinteren Magenwand in Endäste zerfällt und auf der Magenschleimhaut den Nervenendapparaten ähnliche Gebilde aufweist. Diese wurden sodann später von histologischen Forschern tatsächlich gefunden und *Webster*, sowie andere fanden sie den *Pacini-Vater*-schen Körperchen, resp. den *Krause-Meissner*'schen Körperchen ähnlich. Die reinen Sympathikusäste, wie auch die gemischten endigen in den quergestreiften Muskelzellkernen des Uterus als marklose Nervenfasern. Es gibt daher keine direkte Verbindung zwischen dem Plexus gastricus und dem Uterus. Im Wege des Hypogastricus inferior und des Ganglion solare können einzelne Anastomosen zu den Vaguspartien oberhalb des Magens beobachtet werden. Er hat diese Anastomosen herausgesucht und den Ver-

experimentieren will, vorher zu prüfen und zu analysieren. Wir kennen die Angriffspunkte der Gifte nicht und wir wissen, dass die prä- und postganglionären Abschnitte desselben Nerves verschiedenartig reagieren, eben deshalb können die verschiedenen Wirkungen des Adrenalins die dargelegten morphologischen Tatsachen nicht umstossen. Der Vortragende kann den Kompromissantrag von *Jendrassik* nicht akzeptieren. Im herauspräparierten Herzen finden sich lokale Ganglien und in Verbindung mit diesen prä- und postganglionäre Fasern. Bei den erwähnten Versuchen wurde wahrscheinlich nicht festgestellt, auf welche derselben die Wirkung erfolgte. Im Einvernehmen mit Prof. *Lenhossék* fand auch er, dass der Hauptstamm des Gangl. ciliare aus dem Okulomotorius stammt. Die dünnen Markfasern der Nn. ciliares, die bereits 1885 von *Gaskell* beschrieben wurden, sind entweder präganglionäre Fasern, deren Ganglien sich mehr peripherisch befinden, oder aber aus dem Trigeminus kommende sensible Fasern. Die Wurzeln und Äste des Gangl. ciliare stehen jetzt in Untersuchung. Die in den Arbeiten von *Tuszkai* beschriebenen klinischen Beobachtungen beweisen gleichfalls die einheitliche Innervation des Bauchraumes. Die von *Lobmayer* erwähnte Verdünnung des Phrenikus sei entweder eine gewöhnliche Inaktivitätsatrophie oder aber ist ein Nebenphrenikus vorhanden.

Gesellschaft der Spitalsärzte.

Sitzung am 10. Dezember 1930.

I. Szelenzky: *Lehrreicher Fall einer im Beckeneingang angelegten Kielland-Zange.* Nach einer kurzen Darlegung der Frage der engen Becken, referiert er über eine 34jährige, stupide I. P., Analphabetin, bei der das auf rachitischer Grundlage entstandene, gleichmässig verengte, ein wenig schräge Becken (II. Grades) den Geburtsverlauf komplizierte. Die Schwangere ist 130 cm hoch, Caput quadratum, Einsenkung des unteren Sternumdrittels, auffallende Kürze der Ober- und Unterschenkel; auf Grund dessen wird eine allgemein rachitische Konstitution festgestellt, deren Folgen auch am Becken zum Ausdruck gelangen. Das Steissbein ist hackenförmig gekrümmt, die Linea terminalis überall gut palpierbar, das Promontorium springt ein wenig vor, und ist unschwer zu erreichen. Äussere Masse: Dist. spin. 23; Dist. crist. 26; Conj. ext. 17·5; Dist. spin. sup. 8; Conj. diag. 10; Conj. vera 8·2 Der fiebernde Zustand der Mutter (38·8°), die drohende Ruptur, sowie das eingedickte mekoniumhaltige Fruchtwasser als Zeichen der intrauterinen Asphyxie, indizierten die rasche Beendigung der Geburt. Er dachte auf Grund der relativen Indikation an die im Interesse der Frucht vorzunehmende Sectio caesarea, von dieser musste jedoch, nachdem das Fruchtwasser seit 35 Stunden abgegangen war und die Temperatur 38·8° C. betrug, Abstand genommen werden. Er legte deshalb im Interesse der Mutter und der Frucht die hohe Kielland-Zange an, mit dieser

wurde eine 3200 Gramm schwere, 51 cm lange Frucht mit 35 cm Schädelumfang in leichter Asphyxie zur Welt gebracht, worauf das Kind nach 4 Minuten dauernden Wiederbelebungsversuchen laut zu weinen begann. Die Ausstossung der Plazenta erfolgte spontan. Die 2 cm grosse Zervix- und 3 cm grosse Fornixverletzung wurden durch Katgut-Knopfnähte vernäht, ebenso auch die tiefe Episiotomiewunde. Wochenbett fieberfrei. Das neugeborene Kind fieberte am 7-ten Tage mit intermittierendem Fieber. Der Kinderarzt stellte Sepsis fest, deren Ausgangspunkt nicht konstatiert werden konnte. Mit der in der Abteilung 2-mal durchgeführten Bluttransfusion gelang es, den Gewichtsverlust des bereits hochgradig abgemagerten Säuglings (von 3200 auf 2200 Gramm) zum Stehen zu bringen und die erheblichen Schwankungen der Fieberkurve zu beseitigen. Am 28. Tag nach der Geburt wurden Mutter und Kind in das Kinderasyl überwiesen. Er demonstrierte den Fall aus zwei Gründen. Der eine ist, dass der praktische Arzt in der Wohnung niemals die hohe Zange anlege, weil mit den Folgen der Operation (wegen der unzureichenden Ausrüstung und des Mangels an Assistenz) selbst der geübte Chirurg kaum jemals fertig werden kann. Der zweite Grund ist, dass der Arzt in der Wohnung eine lebende Frucht nach Möglichkeit nicht perforieren soll, weil die wegen der engen Verhältnisse in der Wohnung zum Tode verurteilte Frucht durch die Anstaltsbehandlung (vollkommene Ausrüstung und entsprechende Assistenz) in vielen Fällen gerettet werden kann.

J. Kerekes: *Geheilte Fall einer otogenen Säuglingsmeningitis.* Der 14 Tage alte Säugling wurde mit der Meningitisdiagnose in das Spital in der Madarász-utca gebracht. Im Lumbalpunktat Leukozyten, Staphylokokken, *Pándy, Waltner* ++++. Inperforierte akute Mittelohrentzündung, Parazentese, am nächsten Tag Antrotomie, nach der Operation stufenweise Besserung, vollkommene Heilung am 17. Tag.

E. Lénárt: *Die Infektionswege der extrapulmonalen Tuberkulose.* Bei gleichzeitigem Auftreten von pulmonaler und extrapulmonaler Tbc. können in 80% der Fälle Disseminationen nachgewiesen werden. Die sekundäre Tbc. der Mund- und Darmschleimhaut ist keine Sputuminfektion, sondern entsteht zumeist auf hämatogenen Wege. Das Kriterium des Zustandekommens dieser Krankheit ist eine gewisse Anergie, bei der sich im Sputum natürlich Bazillen finden. Extrapulmonale Komplikationen können in allen Stadien der Krankheit auftreten. Ein Antagonismus, auf Grund dessen der extrapulmonale Herd gegen die pulmonale Erkrankung immunisieren würde, sei nicht nachweisbar.

E. Zalka hält den hämatogenen Ursprung der Darm-Tbc. für fraglich, dagegen spricht, dass im Fall von Miliar-Tbc. in der Darmwand Disseminationen selten zu finden seien. Gegen die hämatogene

Auffassung und für die Schluckinfektion spricht, dass Darm-Tbc. am häufigsten bei solchen Kranken auftritt, bei denen im Sputum Koch-Bazillen reichlich vorhanden sind.

D. O. Kuthy: Der hämatogene Infektionsweg dürfte auch nicht ausser acht gelassen werden. Ein Teil der mit infiziertem Staub inhalieren Koch-Bazillen bleibt auf der Rachenschleimhaut kleben und gelangt von dort in die Halsdrüsen, deren Gänge nach den Untersuchungen von *Most* beim *Bulbus jugularis* in das venöse System münden so, dass der Virus durch das rechte Herz auf hämatogenem Weg in die Lunge gelangt. Würden die Tbc.-Infektionen auf direktem aerogenen Wege, also ohne Attenuierung der Bazillen die Lunge erreichen, so gäbe es bei der hochgradigen Disposition derselben viel weniger gutartige Lungentuberkulosenfälle.

A. Fleisch betont die diagnostische Bedeutung des Nachweises von Tbc.-Bazillen im Blute. Der Nachweis besitzt jedoch keine prognostische Bedeutung.

I. Meisels hat aus dem Blut schon früher Tbc.-Bazillen züchten können, als die Wiener Prosektur.

O. Országh anerkennt das häufige Vorkommen der intrakanalikulären Darminfektionen, doch kommen auch in zahlreichen Fällen hämatogene Infektionen vor. Die Bazillämie besitzt keine prognostische Bedeutung und ist vorläufig auch diagnostisch nur mit Vorsicht verwertbar.

E. Lénárt betont schon deshalb die Bedeutung der hämatogenen Infektion, weil unter zahlreichen Kranken mit positivem Sputum verhältnismässig wenig Fälle von Darmtuberkulose auftreten. Wie bedeutend der Widerstand der Darmschleimhaut der Sputuminfektion gegenüber ist, beweisen die zahlreichen Kranken mit Koch-Bazillen im Kot, bei denen keinerlei Darmprozess nachweisbar ist. Der Bazillämie schreibt auch *Liebermeister* keine diagnostische Bedeutung zu, und er konnte diese auch in seit vielen Jahren geheilten Fällen nachweisen.

Sitzung am 7. Januar 1931.

Präsident **Z. Zsigmondy** hielt über den verbliebenen Chefarzt Emerich *Basch* einen Nachruf.

J. Farkas: *Koronarthrombose*. Demonstration eines drei Stunden vor dem Tode aufgenommenen Elektrokardiogramms. Redner erörtert den Verschluss der Koronargefässe, die Ursache und Lokalisation des Leidens. Bei der Besprechung der klinischen Symptome illustriert er diese durch Vorführung der charakteristischen Röntgenbilder und Elektrokardiogramme. Nach Darlegung der Prognose und Therapie erwähnt er jene allgemein gewordene Anschauung, dass die Fälle von Koronarverschluss in der jüngsten Zeit sich vermehrt haben. Er demonstriert den Fall eines 60jährigen Zeichners und projiziert dessen Elektrokardiogramm, in welchem die charakteristische Koronar-T-Zacke die Diagnose stützt. Bei der Sektion fand sich der Thrombus im Ramus

descendens der linken Koronaria, wodurch die untere Partie des Septum ventriculorum aus der Zirkulation ausgeschaltet wurde, infolgedessen trat hier auf einer 2 Pengö grossen Stelle Myomalazie und inkomplette Ruptur auf. Vorführung des präparierten Herzens.

A. Hasenfeld betont, dass mit der allgemein beobachteten Vermehrung der Thrombosen und Embolien die Zunahme dieser Krankheiten auch bei herz- und gefässkranken Personen Schritt hält. Bei diesen letzteren hat diese Zunahme spezielle Ursachen, und zwar die Vermehrung der Herzleiden, die verlängerte Lebensdauer der Herzkranken und schliesslich eventuell allzu energische Herztherapien. Er erwähnt sodann die speziellen Ursachen der Vermehrung von Koronarthrombosen, die prognostische Bedeutung der Erkennung des Leidens, und die einfachsten Methoden der Erkennung des Krankheitsbildes am Krankenbett. (Die Schmerzen reagieren auf entsprechende Therapie nicht, der Blutdruck sinkt und der Attaque folgt ein schwerer Kollaps.) Nach einigen Bemerkungen über die Prognose des Leidens gedachte er des weiteren Schicksals der am Leben Gebliebenen. Hinsichtlich der Therapie seien die bei der Angina pectoris üblichen Medikamente wirkungslos, und er legt das Hauptgewicht auf die Anwendung von vasomotorischen Mitteln. Über die Wirkung der nach Abklingen der Attaque angewendeten sogenannten Herz hormone äussert er sich skeptisch.

S. Rosenák: *Fremdkörper im Magendarmepithel.*

E. Brezovszky: *Die Salvarsandermatitis.* Die im Anschluss an Salvarsaninjektionen auftretenden Hautveränderungen sind folgende: 1. Vorübergehende Erytheme, Urtikarien. 2. Dauernde oder längere Zeit hindurch bestehende Erytheme oder Hautveränderungen unter dem Bild der Dermatitis. Die Ursache der erstgenannten Veränderung ist nach *Jadassohn* die lokale Gewebsüberempfindlichkeit. Als Ursache der zweiten Gruppe werden betrachtet: a) Bei der Herstellung der Salvarsanpräparate vorkommende Fabrikationsfehler, b) Wasserfehler, c) Überempfindlichkeit, die von *Bruck* auf Anaphylaxie zurückgeführt wird, indem nach ihm die Salvarsandermatitis eine anaphylaktische Hauterscheinung ist. Nach anderen Autoren kann sie als allergische Veränderung betrachtet werden, die sowohl eine angeborene, wie auch eine erworbene Überempfindlichkeit sein kann. Damit ist die praktische Erfahrung zu erklären, dass während die meisten Kranken selbst auf grosse Salvarsandosin keine unangenehmen Veränderungen erleiden, andere bereits auf kleine Dosen mit schwerer Dermatitis reagieren. Unter den Ursachen, welche Spätdermatitiden herbeiführen, figurieren ferner Nieren- und Leberverletzungen. Andere suchen die Ursache in der Disposition des ganzen Organismus (lymphatische Konstitution), die nach längeren und energischen Salvarsanbehandlungen in die Haut gelangte und dort deponierte Arsenmenge macht die Haut auch anderen Einwirkungen gegenüber empfindlich. Die Bekämpfung der Salvarsan-

dermatitis zerfällt in 4 Gruppen: 1. Die genaue Beobachtung der Kranken nach jeder Injektion, 2. die Vorbehandlung der Kranken, resp. Erprobung der Salvarsanempfindlichkeit, ob nicht bereits sehr geringe Dosen angioneurotische Symptome auslösen, 3. die richtige Auswahl des Arsenobenzolpräparates, 4. die richtige Wahl des Lösungsmittels. Hier taucht die Frage auf, ob nach dem Abklingen der Salvarsandermatitis eine neuere Salvarsaninjektion überhaupt verabreicht werden darf, und wenn ja, wann. Seiner Ansicht nach gehen wir richtig vor, wenn keine weiteren Versuche mit Salvarsan gemacht werden, ist jedoch die Fortsetzung der Behandlung unbedingt notwendig, soll das Mittel nur mit der grössten Vorsicht und in sehr kleinen Dosen verabreicht werden. Nachdem die Toxizität der einzelnen Arsenobenzolpräparate verschieden ist, sei jedes neue Präparat mit Freude zu begrüssen und dasselbe soll, wenn es nach gründlicher Erprobung und Beobachtung sich in der Praxis bewährt, mit Wohlwollen behandelt werden.

F. Müller: *Die ungarischen Arsenobenzolpräparate.* In einem historischen Rückblick schildert er die ersten Versuche mit Atoxyl und die Untersuchungen *Ehrlich's*, die zur Entdeckung des Salvarsans führten. Man erkannte die guten Wirkungen, aber auch die schweren Nachteile des Salvarsan, die im Neosalvarsan zum grössten Teil bereits beseitigt wurden. Die Alleinherrschaft des Neosalvarsan wurde durch verschiedene ausländische Präparate allmählich untergraben. Die mit dem polnischen Revival (Neosolutan) erzielten guten Erfolge, haben die ungarische pharmakochemische Fabrik *Egger* bewogen, das seit langem erwünschte ungarische Arsenobenzol herzustellen, das ebenfalls den Namen „Revival“ erhielt. Das ungarische Revival wurde 73 Kranken in verschiedenen Stadien der Lues verabreicht. Aus Primärsklerosen verschwanden die Spirochäten nach Verabreichung von 0.15 Gramm Revival binnen 24—48 Stunden, am spätesten am dritten Tag, die Geschwüre überhäuteten sich nach 2—3 Injektionen. Roseolen und Plaques muqueuses bildeten sich durchschnittlich nach 2—4 Injektionen, Papeln nach 4—5 Injektionen, Condyl. lata aber nach 5—6 Injektionen vollkommen zurück. Die seronegativen Fälle blieben durchwegs Wa.-negativ. In Fällen von Lues I. und II. wurde die stark positive Wa.-R. am Ende der Kur zumeist negativ oder schwach positiv. Die Injektionen wurden gut ertragen, Fieber über 37.3° C. kam nur selten vor. Das ungarische Revival ist daher mit den ausländischen Arsenobenzolpräparaten zumindest gleichrangig.

L. Rosmanics: In einer dermatologischen Ordination der OTI wurden bei Verabreichung des ungarischen Revival nicht mehr Salvarsankomplikationen beobachtet, wie bei Darreichung von Neosalvarsan.

XVI. Tagung der Ungarischen Chirurgischen Gesellschaft.

Budapest 26.—28. Mai 1930.

Von Dr. **Wilhelm Manninger** Sekretär und Dr. **Georg Matolay** Schriftführer.

(Fortsetzung und Schluss.)

VI. Wissenschaftliche Sitzung,

am 28. Mai 1930, nachmittags.

Chirurgie des Kopfes und des Halses.

Referent **Ernst Neuber**: *Der Basedow-Kropf*. Der Referent beschäftigt sich in seinem, die Debatte einleitenden Vortrag mit den Fragen des Grundumsatzes, der nicht immer ein verlässliches Merkmal der Basedow-Krankheit bildet, mit der von *Plummer* empfohlenen Jodkur zur Vorbereitung der Kranken für die Operation, mit der Röntgenbestrahlung, die er nach Möglichkeit vermeidet und mit den Fragen der Anästhesie.

Andreas Österreicher: *Über die Vorbereitung der Basedow-Kranken zur Operation und die Wahl des Zeitpunktes derselben*. Der Vortragende referiert über 48 Basedow-Fälle. Er schildert die Vorbehandlung, die in der Beruhigung der Kranken. Bekämpfung der Tachykardie und Darreichung von Glukose (10 Gramm intravenös) an den drei Tagen vor der Operation besteht, ferner wird der Grundumsatz durch die *Plummer'sche* Jodkur herabgesetzt.

Steian Bäcker: *Der Kropf in der Gegend von Debrecen*. Der Vortragende referiert über die Kropffälle in mehreren in der Nähe von Debrecen gelegenen Gemeinden mit fast jodfreien Trinkwasser und Jodmangel in der Nahrung der Bevölkerung. Er ist überzeugt, dass die Klärung des Wesens der Krankheit durch die Endokrinologie und die Erforschung der Funktionen des vegetativen Nervensystems erfolgen wird.

Franz Czeyda-Pommershelm: *Die Wirkung der Unterbindungen auf das histologische Bild des Basedow*. In der Klinik werden seit Jahren die bei Ligaturen resezierten Schilddrüsenpartien gesammelt, das Material stammt durchwegs von Fällen mit Symptomen des Hyperthyreoidismus. Er schildert die histologischen Befunde.

Josef Tóth: *Bei Basedow-Kranken durchgeführte Sympathektomien*.

Oskar Kárpáti: *Die Vorbereitung von Basedow-Kranken zur Operation*.

Theodor Mutschenbacher: *Beiträge zu den Operationserfolgen der Basedow-Krankheit*. Der Vortragende hat im Roten Kreuz-Spital in 9 Jahren 81 Fälle operiert, von diesen starben 6%. Er schildert eingehend die in seiner Abteilung übliche Vorbereitung, die Gesichtspunkte die bei der Wahl des Operationstermins massgebend sind, die verwendete Anästhesiemethode.

Franz Vukán: *Myxosarkom der Schilddrüse*.

Ernst Pető hat in 10 Jahren 351 Strumen operiert und von diesen 5 verloren. Er schildert eingehend die in seiner Abteilung übliche Vorbereitung der Kranken für die Operation.

Kornél Demjanovich: *Chirurgische Vorbereitung der Basedow-Kranken.* Er referiert eingehend über die in der I. chirurgischen Klinik übliche Behandlungsmethode der Basedow-Kranken. Diese werden in Bettruhe und tryptophanfreier Diät gehalten, die Herz-tätigkeit medikamentös reguliert, auf das Herz wird ein Eisbeutel gelegt, Herabsetzung des Grundumsatzes mit Jod, vorherige Ligatur. Statistik der in 11 Jahren durchgeführten 152 Operationen.

Johann Hofhauser.

Michael Szappanos: *Chirurgische Behandlung von Halszysten und Fisteln.* Referat über 17 behandelte Fälle.

Ferdinand Zinner: *Ein neuer Tortikollisverband.* Demonstration des Heftpflasterverbandes.

Eugen Kopits empfiehlt bei Tortikollis die Anlegung des von ihm empfohlenen Gipsschienenverbandes.

Ferdinand Czinner: Replik.

Chirurgie der Extremitäten.

Wilhelm Milkó: *Gangrän der Extremitäten.* Der Referent erörtert eingehend die verschiedenen Ursachen der Extremitätengangrän: Karbolgangrän, Alkoholnekrosen, Gangrän infolge von intravenösen Injektionen, Lokalanästhesie, Frostschäden und lokalen Infektionen, Gangraena senilis, diabetische, juvenile, embolische und angioneurotische Gangrän und Malum perforans.

Wilhelm Manninger: *Behandlung der prägangränösen Zustände.* Zur Herabsetzung des Gefäßkrampfes empfiehlt er die intraarterielle Cholinbehandlung, zur Herabsetzung des Blutviskosität Kochsalzinfusionen und bei Endarteritis obliterans die Röntgenbestrahlung.

Albin Cserey-Pechány: *Spätgangrän nach Errierungen.*

Eugen Orsós: *Über Gangrän juvenile.* Kasuistik.

Ludwig Strelinger: *Ursache und Therapie der Extremitätengangrän, Klinik und Therapie.* Als Ursachen werden Arteriosklerose und Diabetes bezeichnet.

Stefan Cserna: *Thromboangitis obliterans.* Die Krankheit besteht aus einem thrombotischen Prozess, der besonders in den Gefäßen der unteren Extremitäten schwere Veränderungen herbeiführt. Das Leiden entsteht vornehmlich bei jungen polnischen Juden, es wurde ferner bei Türken und Japanern beobachtet. Von seinen 14 Fällen waren ein Drittel kernungarischer Abstammung. Nach einer Schilderung der Klinik und des histologischen Bildes betont er die Bedeutung der Veränderungen im endokrin-vegetativen System für das Entstehen des Leidens.

Stefan Krompecher: *Histopathologie der Endarteritis obliterans.* (Teleangiostenosis.) Nach einer Schilderung des histopathologischen Bildes stellt er fest, dass das Wesen der Veränderungen in der Verengung der kleinen Gefäße besteht, dass also weder eine Entzündung, noch aber Thrombose vorhanden ist. Eben deswegen wählte er zur Bezeichnung des Leidens den Namen Teleangiostenosis.

Rudolf Valkányi: *Eine neue modifizierte chirurgische Behandlung von Hautkontrakturen nach Morestin und Arnolds.* Der Vortragende beschäftigt sich mit Kontrakturen von Extremitätengelenken, die durch einen angeborenen Defekt oder erworbene Kontraktur der Haut verursacht werden. Die häufigste Ursache der Kontrak-

turen ist eine die Gelenksfunktion beeinträchtigende Hautnarbe. Der Vortragende hat in 7 Fällen derartige Kontrakturen durch plastische Operationen behandelt und in allen Fällen durch Mobilisierung der benachbarten Hautpartien in der Form von kleinen Hautlappen Heilung erzielt. Der Vortragende beschreibt die von *Morestin* und *Arnolds* ausgearbeitete Methode, sowie die von ihm durchgeführte Modifikation derselben.

Ferdinand Zinner: *Arthroplastik des Hüft- und Kniegelenks der gleichen Extremität.* Kasuistische Demonstration.

Emerich Kopits: *Mit Arthroplastik geheilter schwerer Hallux valgus.* Der Vortragende hat diese Operation nach *Gocht* mit vollem formellen und funktionellen Erfolg wiederholt durchgeführt und demonstriert einen derartigen Fall.

Andreas Hedri: *Interessante chirurgische Fälle.* Demonstration von vier interessanten Luxationen.

Elemér Dániel: *Die Behandlung der Knöchelraktionen.* Der Vortragende referiert über die von *Lang* empfohlene Malleolenpresse und schildert eingehend deren Anwendung.

Aurel Gussich: *Frakturen der Eminentia intercondyloidea.* Der Vortragende referiert über die in der II. chirurgischen Klinik beobachteten Intercondyloideafrakturen die nach Auto- resp. Motoradunfällen entstanden sind. Die konservative Behandlung erzielte in allen Fällen Erfolg.

Balthasar Horváth: *Therapie des Hallux rigidus.* Klinik, Symptomatologie und Therapie des Leidens. Bei Arthrodosen Erwachsener sind Regressionsversuche zwecklos und es führt nur die operative Behandlung zum Ziel. Beschreibung des Operationsverfahrens.

Aurel Koós: *Operative Behandlung von Knochenfrakturen im Kindesalter.* Referat über die Behandlung von 110 Knochenfrakturen bei Kindern.

Karl Mészáros: *Neuer Streckapparat zur Frakturbehandlung.* Demonstration des Apparates.

Chirurgie des Brustkorbes.

Ernst Novák: *Über sternale Spalten.* Demonstration einer angeborenen sternalen Spalte.

Paul Balkányi: *Die Thorakoplastik.* Entwicklung, Indikationen und Methoden der Thorakoplastik und Empfehlung der extrapleurale Thorakoplastik als Methode der Wahl bei der chirurgischen Behandlung der Lungentuberkulose.

Eugen Kiszely: *Operativ geheilte Herzverletzung.* Kasuistische *kulose.* Referat über 18 Fälle von Lungenplombage.

Eugen Kiszely: *Operativ geheilte Herzverletzung.* Kasuistische Demonstration.

Aussprache: **Georg Matolay.**

Chirurgie der Niere und der Harnwege.

Albin Schmidt: *Interessanter Fall eines Peniskarzinoms.* Kasuistische Demonstration.

Andreas Kaufmann: *Über Urachuseiterungen.* Demonstration von einschlägigen Fällen.

Josef Marx: *Eine neue Methode zur Behebung der postoperativen Harnretention.* Referat über 100 Behandlungen der postopera-

tiven Harnretention nach *Koehler*, durch Einführung von 3%iger Alypinlösung in die untere Partie der Ampulla recti.

Kornél Scholtz: *Über die zu errichtende staatliche Anstalt zur Behandlung von Geschwulstkranken.* Demonstration der Pläne der im Anschluss an das staatliche hygienische Institut zu errichtenden Anstalt für die Strahlentherapie von Tumorkranken.

NACHRICHTEN.

Ungarische Ärztewoche. Unter den von den Ungarischen Ärztlichen Gesellschaften am 1—7. Juni d. J. im Rahmen einer ungarischen Ärztewoche zu veranstaltenden wissenschaftlichen Beratungen wird auch die *Ungarische Urologische Gesellschaft* mit einer Reihe von wichtigen Vorträgen teilnehmen.

Das alljährlich erscheinende „**Ärztliche Jahr- und Adressenbuch für Ungarn**“ (Magyarország orvosainak évkönyve és címtára) redigiert von *Emil* und *Ernst Pesti*, Budapest, Verlag der „*Petőfi*“ lit. Unternehmung ist gleichzeitig ein genauer Spiegel der Entwicklung des ungarischen Ärztestandes. Das diesjährige Jahrbuch zählt 8053 in Ungarn praktizierende Ärzte auf, um 500 mehr als im Vorjahre. Von diesen üben in der Hauptstadt Budapest 3540, in der Provinz 4543 ihre Praxis aus. Während in Budapest die Ärztezah! sich seit dem Vorjahr um 160 vermehrt hat, ist die Zunahme in der Provinz die Doppelte. An den ungarischen medizinischen Fakultäten wirken 64 Universitätsprofessoren, an deren Seite weitere 270 Lehrkräfte stehen. Nach diesen wertvollen statistischen Angaben werden die Personalien und Einteilung der Universitätsanstalten der amtlichen Zentralstellen, medizinischen Körperschaften, Spitäler, Heil- und Ordinationsanstalten, Sanatorien, Privatheilanstalten, der staatlichen, hauptstädtischen und Militäranstalten für Krankenfürsorge angeführt. Des weiteren enthält der Band einen Nachweis der ärztlichen Gesellschaften, Fachblätter und der Apotheken. Im Adressenteil findet sich das alphabetische Verzeichnis der Budapester Ärzte und Fachärzte, sowie der Ärzte in der Provinz. Das Werk ist ein wertvolles und unentbehrliches Quellenwerk für alle den ungarischen Ärztestand betreffenden Fragen.

Ärztewoche in Balatonfüred. Die Ärztewoche in Balatonfüred fand vom 11. bis 16. Mai d. J. statt. Diese wissenschaftliche und praktische Veranstaltung bot der Ärzteschaft ausgezeichnete Gelegenheit die natürlichen und therapeutischen Heilfaktoren des Plattensees aus eigener Erfahrung und Anschauung kennenzulernen. Die Kurverwaltung gewährte die Unterkunft für Ärzte unentgeltlich, für Familienmitglieder wurden pro Person 3.20 Pengö berechnet.

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.