

Protocolle

der medic. Fachsitzungen der medic.-naturwissenschaftlichen Section
des Erdélyi Muzéum-Egylet (Siebenbürg. Museum-Verein).

Vorsitzender: Prof. Dr. JOSEPH v. LÓTE.

Schriftführer: Dr. DANIEL KONRÁDL.

I. Fachsitzung am 30-ten Jänner 1903.

1. a) Prof. v. MARSCHALKÓ führt den Fall von *multiplem Dermatomyom* vor, welcher bereits vor 3 Jahren vorgestellt wurde. Die gleichzeitig demonstrieren microscopischen Praeparate lassen nur die Annahme zu, dass der Ausgangspunkt der Krankheit in diesem Falle in der Hautmuskulatur und zwar in den Arrectoribus pilorum zu suchen ist. Der Zustand des Kranken hat sich in den letzten drei Jahren kaum verändert, höchstens insoferne, dass sich einige neue Knötchen bildeten. Die mehrmals des Tages plötzlich auftretenden Schmerzparoxysmen bestehen ungeschwächt fort.

b) Derselbe stellt des weiteren eine Kranke mit *Rhinosclerom* vor, welche vor vier Jahren gleichfalls schon einmal vorgeführt wurde. Gleichzeitig referirt er von einem, ebenfalls an Rhinosclerom leidenden Patienten, welchen er noch im Herbst 1897 der Fachsitzung demonstrieren. Da Dieser hiesiger Insasse war, so hätte er die beste Gelegenheit geboten zur Anstellung des, nach den Veröffentlichungen RÓNA's ein gewisses Interesse bietenden Versuches, ob es nämlich gelingen könnte, aus den, dem scleromatösen Gewebe benachbarten Lymphdrüsen Kapselbakterien herauszuzüchten. Der scleromatöse Process ist bei ihm in der Nase nach rückwärts weiter vorgedrungen; der weiche Gaumen war infiltrirt und rechts liess sich beim Tasten eine etwa nussgrosse infiltrirte Lymphdrüse fühlen. Der Kranke wollte jedoch weder zur Extirpation der Drüse, noch zu ihrer einfachen Punction seine Einwilligung geben und verliess die Klinik. Er verstarb vor wenigen Wochen, die Eröffnung der Leiche war in Folge der Weigerung der Angehörigen nicht durchführbar.

Zum Versuche sollte nun die heute vorgeführte Patientin dienen, bei welcher vor vier Jahren in der Narcose die radicale Extirpation der scleromatösen Teile ausgeführt wurde, und bei welcher der scleromatöse Process seit dieser Zeit sich nicht weiter nach rückwärts ausbreitete. Die hinteren

Teile der Nasenhöhle erscheinen ganz normal, ebenso der weiche Gaumen und der Rachen. In den durch Scharren aus der Nasenhöhle gewonnenen Massen liessen sich aber Rhinosclerombacillen durch Züchtung nachweisen. Eine unter dem Kiefer liegende, etwa bohnergrosse Drüse wurde in der Narcose herausgeschnitten: mit ihrer Pulpa wurden dann Agar- und Gelatineplatten gegossen. Die Platten blieben steril; ebenso war keine Entwicklung an den, aus der frischen Drüse verfertigten und auf Agar gelegten Schnitten zu sehen. Die genaue histologische Untersuchung der Drüse ist noch nicht abgeschlossen.

Der negative bacteriologische Befund eines einzigen Falles kann keineswegs zum Anzweifeln der Angaben RÓNA's ermächtigen, umsoweniger, da der scleromatöse Process bei der Patientin mit seinem Weiterverbreiten derzeit innehält. Jene Bacterien, welche RÓNA in den aus, von scleromatösen Kranken stammenden Lymphdrüsen verfertigten Schnitten demonstirte, entsprechen in der Tat den, in scleromatösen Geweben vorfindlichen Bacillen. Es soll aber nicht unerwähnt bleiben, dass das histologische Bild der Lymphdrüse in RÓNA's Praeparaten charakteristische scleromatöse Veränderungen überhaupt nicht aufwies, da die Zellen, welche HUBER als den MIKULICZ'schen Zellen ähnliche Gebilde anführte, nicht als MIKULICZ'sche Zellen betrachtet werden dürfen. Eben darum ist aber auch die pathologische Bedeutung des Vorkommens von Rhinosclerombacillen in den „metastatischen“ Drüsen noch keineswegs zweifellos erbracht.

2. Prof. BRANDT stellt drei, durch Operation von *Echinococcus* befreite Patienten vor, und weist zugleich darauf hin, dass diese Krankheit hierzulande recht selten ist. Es vergehen auch Jahre, bis ein frischer Fall vorkommt.

a) Ein 16 jähriges Mädchen hatte in der rechten Lendengegend einen ungefähr mannf Faustgrossen, rundlichen, scharf abgegrenzten fluctuirenden Tumor, welcher nur auf Druck schmerzempfindlich war; die Schmerzen strahlten in die rechte untere Extremität aus. Die Patientin bemerkte das Wachsen der Geschwulst vor einem Jahre. Operation am 1-ten Oktober 1902. Die Wand der entfernten Cyste zeigte die für *Echinococcus* charakteristische, parallel gestreifte Hyalinschicht; von der parenchymatösen Schicht waren nur Spuren vorhanden. Die Hülle der Cyste war aus fibrösem Bindegewebe, voll mit eosinophilen Leucocyten. Im Detritus *Echinococcus*häckchen. 3 Wochen nach der Operation verliess die Patientin geheilt die Klinik.

b) Ein 40 jähriger Strassenräumer verspürte seit vier Wochen Schmerzen im rechten Epigastrium und bemerkte das Anschwellen dieser Gegend. Bei der Aufnahme sah man, dass die Schwellung nach links über die Medianlinie hinübergreift und etwa 5 Querfinger breit sich unter den Rippenbogen ausdehnt. An der Haut ausser einigen dilatirten Venen nichts Abnormes. Beim Betasten in der Tiefe Fluctuation fühlbar; Schmerzempfindlichkeit auf Druck. Starke Abmagerung; kein Appetit. Temp. 39.5° C. Bei der, am 23-ten November vorgenommenen Operation war aus der, in der

Leber sitzenden Geschwulst mit Hilfe der Punction eine trübe, milchähnliche Flüssigkeit zu gewinnen. Nach dem Aufschlitzen des Tumors floss eine dicke, eiterartige Flüssigkeit heraus; in der nun zusammengesunkenen Geschwulst waren haselnuss- bis eigrosse Cysten zu sehen. Unter dem Microscop zerfallene Eiterzellen, lange nadelförmige, oder rhombische Bilirubin-Krystalle und Echinococcihäckchen. Aus der ständig drainirten Wunde floss gallehaltige Flüssigkeit heraus, deren Quantität sich stets verringerte, und die sechs Wochen nach der Operation ganz versiegte. Der Pat. nahm an Gewicht zu, hatte guten Appetit, am 28-ten Jänner 1903. verliess er geheilt die Klinik.

c) Pat. (12 jährig) bemerkte seit vier Jahren das Wachsen einer Geschwulst im linken Hypochondrium; Schmerzen waren nicht vorhanden. Bei der Aufnahme liess sich an genannter Stelle ein kindskopfgrosser, die Bauchdecken nur wenig hervorwölbender, aber genug scharf umschriebener, elastischer, fluctuirender Tumor fühlen; die über diesem Tumor nachweisbare Dämpfung veränderte sich nicht beim Aufblähen des Colons und des Rectums. Bei der, am 30-ten November 1902. vorgenommenen Operation wurden aus dem Tumor 1—2 mm. dicke, gelatinöse, weissliche Häutchen, und mit seröser Flüssigkeit gefüllte, silberkronen- bis guldengrosse flache Blasen entleert. Drainage. Nach 8 Tagen Entfernung der Drains und der Nähte. Pat. verliess am 25-ten Januar 1903. geheilt die Klinik.

3. Dr. SAMUEL BORBÉLY Oberarzt des öffentlichen Spitals in Torda berichtet:

a) über einen Fall von KRÖNLEIN'scher Hernie und deren Heilung. Bei einem 22 jährigen Manne, welcher vor zwei Jahren die Bildung des Bruches bemerkte, trat vier Tage vor seiner Überführung in's Spital Incarceration ein. Noch vor der Aufnahme wurde die Reposition mit Gewalt versucht, jedoch ohne Erfolg. Bei der Aufnahme ist Pat. sehr verfallen, Puls klein, sehr frequent und leicht zu unterdrücken; Meteorismus, Schlucksen, Erbrechen von Kotmassen. Über dem rechten Leistengraben ein faustgrosser, harter Tumor, dessen Hals nicht zu fühlen ist, und welcher einen gedämpft tympanitischen Schall gibt. Die Herniotomie wurde unter Zuhilfenahme der SCHLEICH'schen Infiltration ausgeführt. Im Bruchsack etwas fauliges Bruchwasser mässiger Menge; nach dessen Abfluss wird eine etwa 10 cm. lange gangraenöse Darmschlinge sichtbar. Der Darm wird nun so weit hervorgezogen, dass die Resection im völlig normalen und unberührt stehenden Teile durchführbar werde. Die Länge des exstirpirten Darmabschnittes betrug 40 cm. Circuläres Verschliessen mit LEMBERT—CZERNY'schen Nähten. Behandlung des Mesenteriums nach KOCHER. Die Heilung der Wunde nahm keinen ganz glatten Verlauf; schon am ersten Tage nach der Operation Fieber, rote Wundränder. Tags darauf werden alle Darmnähte entfernt; im Bindegewebe gasige Gangrän. Diese blieb local, und bei ausgiebiger Silberbehandlung waren die tiefer angelegten Nähte zu erhalten. In 6 Wochen Heilung mit breiter Hautnarbe; von der Hernie keine Spuren.

Der besprochene Fall stellte anatomisch eine pro- oder praeperitoneale Hernie dar. Diese Lage des Bruches kam kaum artificiell zu Stande, da bei dem Pat. schon vor einem Jahre die KRÖNLEIN-sche Hernie diagnostisirt wurde, jedoch wollte der Kranke zu jener Zeit in die radicale Operation nicht einwilligen.

b) Vorführung eines Kranken, bei welchem wegen Carcinom die Resection des Magens und des Pylorus ausgeführt wurde.

Discussion: Auf die Anfrage des Dr. E. HEVESI, woraus auf das Vorhandensein einer praeperitonealen Hernie geschlossen wurde, entgegnet Dr. BORBÉLY, dass er sich während der Operation überzeugen konnte, dass der Bruch praeperitoneal lag. Übrigens war er schon beim ersten Anblick des Pat. dieser Ansicht; derartige Hernien haben eine so charakteristische Form, dass die Diagnose sogleich zu stellen ist.

Prof. v. SZABÓ weist in Anknüpfung an den Bericht über den zweiten Fall darauf hin, dass die Gefahren der Hypodermatoclyse durch die Anwendung von Enteroclysmen vermieden werden können. Seit Jahren gibt er schon den Kranken nach Operationen, wenn der Magen wegen Erbrechen geschont werden muss, Einläufe mit Mineralwasser, verdünntem Wein, Kochsalzlösung in Mengen von 0,25—0,5 Liter auf einmal, und lässt die Eingiessung nach Bedarf alle 4—6 Stunden wiederholen. Der Darm resorbiert die Flüssigkeit rasch; der Durst wird gestillt, und der Puls wird besser.

4. Dr. DESIDERIUS VEZSPREMI demonstrirt einige pathol. anatomische Praeparate.

a) Bei einer 70-jährigen Frau fand sich in der Leiche ein, wahrscheinlich im Omentum minus zur Entwicklung gekommenes, mit der kleinen Curvatur des Magens verwachsenes, beinahe kopfgrosses *haemorrhagisches Fibrosarcom* vor. Etwas vor dem Pylorus sass ausserdem ein etwa handtellergrosses, verflachtes *Adenocarcinom*. Das Sarcom erzeugte Metastasen in der Milz, in den Lungen und Nieren, ja sogar in der Magenschleimhaut. Dagegen waren Metastasen des Carcinoms nicht zu finden.

b) *Phthisis renalis tuberculosa*. Der Befund macht den Eindruck, dass es sich in diesem Falle um eine spontan geheilte Tuberculose der rechten Niere handelte. Der Ureter obliterirte allem Anscheine nach schon sehr früh und der tuberculöse Process beschränkte sich dann auf die Niere, was zu einer langsamen, vollständigen Verkäsung resp. Verkalkung dieses Organs führte. Die linke Niere zeigte vicariirende Hypertrophie.

5. Dr. EMERICH HEVESI führt einen Pat. der chirurg. Klinik (Prof. BRANDT) vor, bei welchem er nach Exstirpation eines Lippen- und Wangenkrebses die *Cheilomeloplastik* vornahm. Bei dem 82-jährigen Kranken wurde schon vor 7 Monaten ein kleineres Epitheliom des rechten Mundwinkels exstirpirt; der hierdurch entstandene Defect war durch einfaches Zusammenziehen und Vernähen der Wundränder zu beheben. Keine Drüsen. Ein halbes Jahr darauf Recidiv. Die Neubildung hatte nun die Form einer aussen etwa thalergrossen, innen beinahe die ganze Schleimhaut der Wange

einnehmenden, harten Infiltration mit aufgeworfenen Rändern und mit Geschwüren auf der Oberfläche. Die Zahnreihen liessen sich kaum etwas öffnen. Etwa gänsefederdicke, bündelförmige Infiltration vom Mundwinkel gegen die R. submaxillaris sich hinziehend. In diesem Gebiet, sowie auch weiter auf der rechten Seite des Halses erbsen-bis haselnussgrosse harte Drüsen.

Nach der in Morphium-Chloroformnarkose ausgeführten Exstirpation der Neubildung und der bündelförmigen Infiltration entstand ein Defect so zu sagen der ganzen Wange. Das Messer musste daher des weiteren so geführt werden, dass einerseits die noch zu exstirpierenden Lymphgänge — und Drüsen zugänglich werden, und andererseits dass zum Ersatz der Wange und der abgetragenen Teile der Lippen, geeignete Lappen zur Verfügung stehen sollen. Die untere Grenze des Wangendefectes lag ungefähr in der Höhe des unteren Alveolarsaumes, die seitliche dagegen am vorderen Rande des M. masseter. Der Schnitt wurde von hier nach unten und seitwärts unter den Winkel des Unterkiefers, und von da mit etwas abgerundeter Spitze in der Höhe des Zungenbeins horizontal nach vorn geführt, bis derselbe mit einem zweiten Schnitt zusammentraf, welcher von dem, bei der Exstirpation der infiltrirten Drüsen entstandenen Spalt schräg ab- und medianwärts verlief. Es entstand ein trapezförmiger Lappen von der Grösse eines halben Handtellers; derselbe stand am unteren Rande des Wangendefectes, mit der Basis — ähnlich dem sog. Gersuny'schen Lappen — nur durch sehr dünnes Bindegewebe in Zusammenhang. Derselbe konnte leicht aufgeklappt werden, und konnte mit nach der Mundhöhle gerichteter epidermaler Oberfläche, an der unteren, seitlichen und oberen Grenze des Wangendefectes an die Wundränder der Schleimhaut mit Hülfe von Catgutfäden in Form von Kürschnernaht ohne Spannung, glatt und genau vernäht werden. Der frei gebliebene mediale Saum diente zur Bildung des Mundwinkels und der Lippensäume.

Des weiteren wurde am Halse ein grosser, mit einem dünnen seitlichen Stiel versehener Lappen abpraeparirt. Der M. sternocleidomastoideus wurde nach der Seite geschoben, und dann das ganze Bindegewebe mit den Lymphgängen und -drüsen, mit der Unterkieferspeicheldrüse und mit der bis hierher herunterreichenden Spitze der Ohrspeicheldrüse exstirpirt. Der grosse Lappen konnte nun ohne jegliche Spannung und Stielverdringung an die Wange gezogen und zum Verdecken der noch bestehenden Defecte verwendet werden. Die breiten Defecte der Haut am Halse wurden durch Verschieben und Vernähen der benachbarten Teile aufgehoben.

Diese ausgedehnte Wangenplastik war nötig, um der narbigen Mundsperrre vorzubeugen. Dies gelang auch. Nach erreichter Heilung kann der Kranke den Mund beliebig weit öffnen. Die, an der nach der Mundhöhle zu gerichteten Oberfläche des hier vernähten Lappens wachsenden Barthaare wurden durch electrolytische Epilation entfernt.

6. Privatdocent Dr. NIKOLAUS JANCsó hält einen Vortrag: „Über eine zufällig entstandene häusliche Malaria-Endemie an der Klinik für innere Medicin“.

II. Fachsitzung am 21-ten Februar 1903.

1. Prof. BRANDT stellt zwei Patienten vor, bei welchen er die *Gastroplication* ausführte.

a) Bei einer 44 jährigen Tagelöhnerin mit Erweiterung des Magens und mit sog. spastischer Verengung des Pfortners, wurde am 15-ten Januar 1900. vom Assistenten Dr. E. HEVESI die Pyloroplastik und hinterher die Gastroplication ausgeführt. Bald nach der Operation war eine Erleichterung im Zustande der Pat. zu sehen. Das Körpergewicht stieg um 13·5 Kgr. und am 19-ten März desselben Jahres wurde die Kranke geheilt entlassen. Doch schon 6 Wochen später stellten sich die Beschwerden wieder ein. Pat. lag wiederholt an der medic. Klinik und wurde von dort am 23-ten Oktober 1902. wieder an die chirurg. Klinik überwiesen.

Die Klagen der Pat. bestehen in Appetitlosigkeit, saurem Aufstossen und Druckgefühl in der Magengegend. Diese ist empfindlich, mässig vorgewölbt. Oberhalb des Nabels Plätschergeräusch; unterer Rand des Magens reicht bis auf drei Querfinger unter den Nabel. Der in den Morgenstunden ausgeheberte Inhalt des nüchternen Magens enthält unverdaute Speisereste, gibt die Reactionen auf freie Salzsäure. Körpergewicht 38 Kgr.

Bei der Operation am 14-ten November 1902. zeigt es sich, dass der Magen mit dem oberen Teile und mit der unteren Oberfläche der Leber, besonders aber mit dem Netz, und zwar entlang der grossen Curvatur verwachsen ist. Am Magen sind deutlich stellenweise fingerbreite Einschnürungen als dauernde Spuren der früher ausgeführten Gastroplication zu sehen. In welcher Form und wie weit sich das Resultat dieses früheren Eingriffes auf den ganzen Magen bezieht, kann nicht genau bestimmt werden, da der Magen infolge der Verwachsungen aus der Bauchhöhle nicht herausgehoben werden kann. Ebenso kann der Pfortnerteil des Magens infolge der breiten Verwachsung mit der Leber nicht gut betastet werden, und darum ist auch die gewünschte Überzeugung von dem Resultat der am Pfortner durchgeführten operativen Erweiterung nicht zu gewinnen.

Die zwischen den Einschnürungen liegenden weiten Ausbuchtungen des Magens wurden mit durch die Serosa und Muscularis geführten Catgutnähten in breite Falten gezogen. Acht Tage nach der Operation wurden die Nähte entfernt; Heilung der Wunde per primam. Grosse Anaemie und Schwäche; Appetit fehlt. Temperatur normal; kein Erbrechen. Seit dem 10-ten Januar 1903. ist die Pat. lebhafter; der Appetit hat sich gehoben, die Anaemie liess nach, das Körpergewicht ist um 2 Kgr. gestiegen.

b) Ein 47 jähriger Schuhmacher wurde mit ausgesprochenen Symptomen des dyspeptischen chronischen Magencatarrhs und der Magenerweiterung am 17-ten October 1902. von der medic. Klinik an die chirurg. Klinik überwiesen. Körpergewicht 54·5 Kgr.

Operation am 19-ten October 1902. 15 cm. langer Hautschnitt vom

Schwertfortsatz abwärts in der Linea alba. Nach dem Eröffnen der Bauchhöhle erweist sich der Pfortner als normal; die Magenwände sind hypertrophisch verdickt. Mit Hülfe von 6 an der vorderen, und 5 an der hinteren Wand des Magens angebrachten, bis zur Muscularis reichenden Catgutnähten wurden Falten gebildet derart, dass diese gegen die Mitte des Magens zu, wo dessen Hohlraum weiter ist, höher seien. Durch Zusammenziehen der Falten wurde die Höhlung des Magens wesentlich verringert.

Die Nähte wurden 8 Tage nach der Operation entfernt. Bei gewissenhaft controllirter, aber ausgiebiger Diät stieg das Körpergewicht des Pat. bis heute um 12·3 Kgr.

2. Dr. E. HEVESI führt in Anknüpfung an einem Fall, die Symptome des Genu valgum vor.

3. Prof. K. BUDAY demonstriert path. anat. Praeparate.

a) *Vitium cordis congenitum.*

Halbjähriges Kind, Körpergewicht 4·2 Kgr., Körperlänge 62 cm. Allgemeine Cyanose, Abmagerung. Rachitischer Schädel; verdickte Rippen-Epiphysen. Coecum und Colon ascendens haben in der Länge von 8—9 cm. ein gemeinsames Gekröse. Linker Lappen der Leber ebenso gross, wie der rechte; Gallenblase links vom Lig. suspens. am linken Lappen. Milz fehlt; Schwanzteil der Bauchspeicheldrüse ist nicht fixirt.

Herzbeutel besonders in der Querrichtung gross. Linke Herzhälfte klein, die rechte stark vergrössert, besonders am Conus hervorgewölbt. Aorta entspringt rechts vorne, ganz aus der rechten Kammer; sie ist weiter als normal (Dm. 16 mm.), steigt beinahe vertical aufwärts. A. pulmonalis liegt von der linken Auricula bedeckt, links hinter der Aorta, sehr dünn (Dm. 2 mm.). Wände der rechten Kammer verdickt und consistent. Am oberen Teile des Sept. ventriculorum 12×15 mm. grosser ovaler Defect; beinahe ähnlich grosser Defect am Sept. atriorum. Aorta gegen die linke Kammer durch den vorderen Teil des Sept. ventriculorum abgeschlossen; A. pulmonalis communicirt weder mit der rechten, noch mit der linken Kammer; ihr obliterirtes unteres Ende verliert sich im Sept. ventriculorum.

Die bindfadenförmige A. pulmonalis spaltet sich 1·5 cm. vom Herzen in zwei Äste, deren jeder weiter ist, als der Stamm. Diese Aeste gehen zur linken und rechten Lunge. Die vertical aufsteigende Aorta ascendens geht in den Bogen über, welcher sich über den rechten Bronchus umbiegt; die Aorta descendens verläuft rechts von der Wirbelsäule. Aus dem Aortenbogen entspringt links eine A. anonyma, welche die linke A. carotis und subclavia abgibt, während diese letztgenannten Arterien auf der rechten Seite aus der Aorta getrennt hervorgehen. Aus der Aorta entspringen ausserdem sehr starke bronchiale Arterien., welche anstatt der obliterirten A. pulmonalis die Lungen mit Blut speisen. Nach Abgabe dieser Aeste wird die Aorta descendens merklich dünner.

Die rechte V. jugularis und subclavia geben mit einander vereint eine V. cava superior dextra ab, welche in den rechten Vorhof mündet. In

ähnlicher Weise wird links eine V. cava superior gebildet, die zum linken Vorhof führt. Die Lungenvenen der beiden Seiten münden gleichfalls getrennt in den rechten resp. linken Vorhof. Die V. cava inferior liegt in ihrem ganzen Verlauf links von der Aorta und durchbohrt den hinteren Teil des linken Leberlappens.

An den Lungen überzählige kleine Lappen. Beiderseits, nahe zum Hilus, käsige Herde. Lungen-spitzen und -ränder emphysematös; in den hinteren Teilen catarrhale Pneumonie. Im microscop. Bilde Riesenzellen, Tuberkelbacillen. Nierenbecken und -kelche beiderseits erweitert; die Nieren im übrigen gesund. Am Dünndarm MECKEL'sche Divertikel.

Es ist zu bewundern, dass das Kind mit so hochgradigen Entwicklungsfehlern ein halbes Jahr leben konnte; für gewöhnlich pflegt in ähnlichen Fällen der Tod bald nach der Geburt einzutreten. Man kann es sich aber vorstellen, dass im gegebenen Falle die grossen Defecte am Septum ventriculorum und atriorum ermöglichten, dass das gesammte venöse Blut der rechten Kammer zuströme und da die Ausgangsöffnung der Aorta über der rechten Kammer lag und von der linken Kammer völlig abgeschieden war, so konnte wiederum die rechte Kammer die ganze, zu ihr gelangte Blutmenge der Aorta überweisen. Trotz der Obliteration der A. pulmonalis war in Folge der gewaltigen Ausbildung der Bronchialarterien die Oxydation möglich, wenn auch in bei weitem unvollkommenerem Grade, als bei ganz geschlossenem kleinen Kreislauf.

Bezüglich des Verhältnisses der Entwicklungsfehler am Herzen zu den Abnormitäten an anderen Organen gewinnt man den Eindruck, dass sich ein Situs inversus entwickeln wollte, jedoch in seiner Entwicklung Störung erlitt. Das gleichzeitige Vorkommen einer transponirten Leber und eines transponirten Herzens wurde auch von Anderen schon beobachtet.

Die Tuberculose der Lungen und der Bronchialdrüsen hat sich bei dem Kinde verhältnissmässig früh entwickelt. Nach mehrfachen Erfahrungen gibt diessbezüglich die Stenose der A. pulmonalis ein begünstigendes Moment ab.

Discussion: Privatdocent Dr. G. GENERSICH hat den Fall in seiner Privatpraxis zu beobachten Gelegenheit gehabt, und macht einige Mitteilungen über den Krankheitsverlauf. Das Kind hat sich verhältnissmässig gut genährt. 2 Monate war es an der Brust der Mutter; dann wurde es mit Kuhmilch und später von einer Amme ernährt. Trotz der Atembeschwerden und des Hustens, hat das Kind wenig geweint und war im Allgemeinen guter Stimmung. Die Cyanose wurde zuerst 5 Wochen nach der Geburt bemerkt. Über den Lungen liessen sich bei der Percussion kleinere umschriebene Dämpfungen merken; an diesen Stellen waren verstärktes und bronchiales Atmen sowie auch Rasselgeräusche hörbar. Kochi'sche Bacillen konnten im Sputum nicht nachgewiesen werden.

Der Spitzenstoss war an der üblichen Stelle nicht zu fühlen; am rechten Rande des Brustbeins konnte vom Herzstoss etwas wahrgenommen

werden. Die Herzschläge waren immer sehr frequent (120—140 i. d. M.). Geräusche waren über dem Herzen nicht zu hören. Die Körpertemperatur war mässig erhöht.

b) Aktinomykosis cerebri.

In der Leiche einer, an chronischer Nephritis verstorbenen 30-jährigen Frau war beim Eröffnen des dritten Gehirnventrikels, zwischen den vorderen Schenkeln des Fornix ein haselnussgrosser, gestielter Tumor zu sehen, welcher in seinem centrale Teile Aktinomycescolonien in Form von kleinen weissen Körnchen enthielt. Fäden waren nicht vorzufinden. Die Zähne waren gesund; die Spuren des Eindringens des Pilzes waren weder an der Haut, noch an den Schleimhäuten zu sehen. Der Fall zeigt Analogie mit dem, von BOLLINGER beschrieben.

4. Privatdocent Dr. G. GENERSICH stellt zwei Patienten vor.

a) Meningitis serosa.

Bei einem 5 Monate altem Säugling war nach 6-mal wiederholter QUINCKE'scher Lumbalpunktion und nach Behandlung mit Syr. ferri iodati, später mit Schmierkur, eine Besserung, resp. ein Zurückgehen der meningitischen Symptome zu sehen. Schon aus diesem Grunde kann eine eitrige oder tuberc. Meningitis ausgeschlossen werden.

b) Hydrocephalus chronicus.

Bei 73,5 cm. Körperlänge und 45 cm. Brustumfang hat der Schädel des 3-jährigen Kindes einen Umfang von 530 mm. Alle Symptome weisen auf Hydrocephalus chron. hin. Der Torticollis und die Paralyse des Facialis sprechen dafür, dass die Ursache der Krankheit an umschriebener Stelle, wahrscheinlich in der Gegend der VAROL'schen Brücke liegt.

5. Dr. RUD. FABINYI hält einen Vortrag: „Über die syphilitische Erkrankungen der Arterien an der Gehirnbasis“.

(S. diese Revue S. 22).

6. Dr. E. HEVESI trägt über „Sehnentransplantationen“ vor.

(S. diese Revue S. 12).

III. Fachsitzung am 3-ten April 1903.

1. Prof. BRANDT stellt zwei Kranke vor.

a) Ein 15-jähriges Mädchen verschluckte eine Nähnadel. Da diese mit dem Stuhl nicht abging und die Körpertemperatur etwas erhöht war, wurde 12 Tage nach dem Unfall, die Nadel aus dem caudalen Abschnitt des Duodenum durch Laparotomie entfernt. Heilung per primam.

Auf eine Anfrage des Prof. PURJESZ bemerkt Vortr. dass die Lage der Nadel mit Hülfe der Röntgenstrahlen nicht bestimmt werden konnte.

b) Echinococcus, durch Operation geheilt.

2. Dr. E. HEVESI, demonstriert an den, in der vorigen Fachsitzung bereits vorgeführten Kranken, die, mit den Sehnentransplantationen erzielten Resultate. An der Discussion beteiligen sich die Proff. v. MARSCHALKÓ, v. SZABÓ und PURJESZ.

3. Dr. EDUARD KUGEL spricht über *Ovariectomie bei einer Graviden*. Eine 34-jährige Frau, die bereits viermal gebar, merkte bald nach dem letzten Wochenbett links im Bauche eine Geschwulst. Bei der Aufnahme betrug der Umfang des Abdomens in der Höhe des Nabels 113 cm. Aus den Brüsten war seröse Flüssigkeit herauszupressen. Die linke Hälfte des Abdomens war stark hervorgewölbt, die rechte gegen die Lendengegend eher verflacht. Links und vorne war lebhaft Fluctuation zu finden, während das von diesem Gebiet etwas abgetrennte, und die rechte Lumbalgegend hervorwölbende Segment keine Fluctuation zeigte. Die Schleimhaut des Scheideneinganges war ausgesprochen livid, die der Scheide aufgeweicht. Der Körper der Gebärmutter war in Fortsetzung des Scheidenteiles nicht zu fühlen. Das vordere und das hintere Scheidengewölbe waren durch ein elastisches, weiches Gebilde abwärts vorgebuchtet. Die Diagnose lautete: *Kystoma ovar. (bilat.?) graviditas?*

Bei der Laparotomie (Prof. v. SZABÓ) kam zunächst eine mit dem Peritoneum und mit dem Netz breit verwachsene Cyste zum Vorschein, aus welcher durch Punction 9 Liter schmutzig kaffeebrauner Flüssigkeit entleert wurden. Nach dem Herauswälzen der ganzen Geschwulst war ein, durch die Adnexen des Uterus gebildeter Stiel zu sehen. Dieser wurde doppelt unterbunden und der Tumor dann abgetrennt. Die, auf der rechten Seite gefühlte Geschwulst erwies sich als die, ungefähr am Anfang des VII Monates stehende, schwangere Gebärmutter. Die Adnexen waren rechts normal. Kurze Zeit nach der Operation traten Wehen auf, welche jedoch bald aufhörten.

Heilung der Wunde per primam. Schwangerschaft besteht fort. Die histologische Analyse zeigte, das der exstirpierte Tumor ein einfaches papilläres Ovarialcystom war.

4. Dr. DESIDERIUS VESZPRÉMI demonstriert Praeparate, welche aus der Leiche einer, an *acuter Leukämie* verstorbenen, 25 jährigen Frau gewonnen wurden. Das klinische Bild des Krankheitsverlaufes sprach für Typhus abd. Das Blut gab wiederholt positive VIDAL'sche Reaction. Ausserdem waren noch das andauernd hohe Fieber, grosse Prostration, belegte Zunge, Appetitlosigkeit, erbsensuppenähnliche dünne Stühle und Meteorismus die wesentlichsten Symptome.

Bei der Obduction fielen zunächst die weitverbreiteten Blutungen auf. Die Darmfollikel waren geschwollen; im Ileum und Coecum sassen einige silberkronengrosse Geschwüre. Die Milz war vergrössert, weich, und zeigte einige keilförmige graue necrotische Stellen. Die Mesenterialdrüsen waren gleichfalls vergrössert, markartig, von grau-roter Farbe. Das anat. Bild schien also für den ersten Blick die klin. Diagnose des Typhus abd. zu erhärten; nur die ungewöhnlich zahlreichen und bedeutenden Blutungen und die Necrose der Milz stimmten damit nicht ganz überein. Man musste an eine sehr schwere allgemeine Infection mit toxischen Erscheinungen denken. Die histologische Untersuchung ergab keine Anhaltspunkte für die Annahme

von Typhus. Dagegen war in der Milz, in den Drüsen und in anderen Organen, besonders aber im Gehirn, eine gewaltige Anhäufung von grossen Lymphocyten zu sehen, im stärksten Grade an den Stellen, wo die Blutungen lagen. Für die locale und fortdauernde Vermehrung der Lymphocyten sprachen auch noch die vielfach sichtbaren Kernteilungsfiguren.

Die genauere Analyse der Lymphocyten zeigte, dass es sich in diesem Fall um solche Leucocytenformen handelte, welche von allen Autoren für die acute lymphat. Leukaemie charakteristisch gehalten werden. Der besprochene Fall deutet auch auf die diagnostische Wichtigkeit der schweren haemorrhagischen Diathese hin.

5. Dr. LUDWIG GÖTH spricht von einer eigentümlichen Hautaffection bei einer Schwangeren und führt den bezüglichen Fall vor.

IV. Fachsitzung am 9-ten Mai 1903.

1. Dr. FRANZ PARÁDI, Director des öffentl. Spitals in Dés, stellt einen Fall von schwerer *Ichthyose* vor. Beinahe die ganze Haut des 13 jährigen Knaben ist von der Krankheit befallen. Der Fall bietet wenig Aussicht auf Heilung. Es ist höchstens eine Besserung bei sorgfältiger Behandlung, Bäder mit grüner Seife, die verhornten Massen lösende resp. aufweichende Salben — zu erhoffen.

2. Dr. SAMUEL BORBÉLY, Oberarzt des öffentl. Spitals in Torda, bespricht die Resultate, die er bei 100 Bruchoperationen erzielt hat.

In der *Discussion* betont Dr. E. HEVESI, dass als Ursache der vom Vortr. erwähnten Blasenblutung nicht Infection, sondern mechanische Momente anzusehen sind.

3. Prof. C. v. LECHNER hält einen Vortrag: „Über Reflextypen. Psychophysiologische Bemerkungen zur Discussion über den, die Sehnen-*transplantationen behandelnden Vortrag des Herrn Dr E. Hevesi.* (*S. diese Revue S. 29.*)

Discussion: Prof. v. UDRÁNSZKY weist darauf hin, dass die zwischen den Muskeln (und anderen Arbeitsorganen der Peripherie) und den höchstgelegenen Ganglienzellen die leitende Verbindung abgebenden Bahnen keineswegs als, im Leben des Individuums invariable anatomische Einheiten betrachtet werden dürfen. Bei der Analyse der Function von, aus ihren ursprünglichen Insertionsstellen weggerückten Muskeln dürfte auch das Studium aller Modalitäten des Verhältnisses, in welchem Synergisten zu Antagonisten stehen, von Nutzen sein. Ebenso dürfte es vom Interesse sein, zu erforschen, ob die Reizbarkeit der, zu in einem solchen Verhältniss zu einander stehenden Muskelgruppen führenden motorischen Nerven Unterschiede aufweist.

An der Discussion beteiligte sich auch Prof. BRANDT.

V. Fachsitzung am 16-ten Mai 1903.

1. Dr. JENŐ PATAKI hält einen Vortrag: „*Beiträge zur Geschichte der Ausbildung ungarischer Ärzte*“. (S. diese Revue S. 45).

2. Dr. NICOLAUS JANCÓS hält einen Vortrag: „*Beiträge zur bacteriologischen Diagnose des Typhus abdominalis*“ (S. diese Revue S. 35).

Prof. BUDAY wirft die Frage auf, ob es nicht zweckmässig wäre, nicht nur Bouillon- sondern auch Agarculturen anzulegen, da solche auch von der Zahl der Bacterien Aufschlüsse geben. Votr. erwiedert, dass er in seiner Arbeit auch diesen Punkt berücksichtigt hat.

VI. Fachsitzung am 12-ten Juni 1903.

1. Dr. SAMUEL BORBÉLY stellt Kranke vor.

2. Dr. ELEMÉR VERESS hält einen Vortrag: „*Über Farbmischung in Folge der chromatischen Aberration des Auges*“. (S. diese Revue S. 42).

3. Prof. J. v. LÖTE berichtet über Untersuchungen, welche bezüglich der experimentellen Lyssa im, seiner Leitung untergestellten Institut ausgeführt werden.

4. Dr. DANIEL KONRÁDI hält zwei Vorträge:

a) „*Die Lebensdauer von krankheitserregenden Bacterien in Wasser*“.

b) „*Nachweis von Typhusbacillen im Brunnenwasser*“.

