

Sitzungsberichte

über die medicinischen Fachsitzungen der med.-naturwissenschaftlichen
Section des Siebenbürger Museum-Vereines.

Vorsitzender: Prof. Dr. JOSEF LÖTE.

Schriftführer: Dr. DANIEL KONRÁDL.

I. Fachsitzung am 12-ten Februar 1904.

1. Krankendemonstration des Dr. MOSES HEGYL.

a) *Die Wirkung des Thyreoidin bei Kretinismus.* Der 3 Jahre und 4 Monate alte Knabe lag bei seiner Aufnahme auf die Klinik mit tragem, gekrümmtem Körper, eingezogenem Kopfe, teilnamslosen Gesichte, blödem Gesichtsausdrucke, dicker, heraushängender Zunge im Schoosse seiner Wärterin. Der Patient ist auffallend klein, Kopf und Bauch gross, die Extremitäten kurz; Schilddrüse nicht tastbar, sprechen kann er nicht, Haare und Zähne fehlen, Stuhl nur nach Klysmata u. s. w. Thyreoidin Tabletten: Nach einer Woche bereits spontane Stuhlentleerung; nach einem Monate sitzt der Kranke, nach 3 Monaten zieht er die Zunge zurück, nach 5 Monaten steht er auf den Füßen, beginnt zu gehen, das Haar wächst, die Schneidezähne sind durchgebrochen, er hört auf seinen Namen, erkennt Eltern und Geschwistern, fängt an zu sprechen.

b) *Die Wirkung des Thyreoidin bei Schilddrüsenmangel.* Der 11 Jährige Knabe hatte sich seit seiner Geburt körperlich und geistig schwach entwickelt. Bei seiner Aufnahme zeigt er sich als stark degenerirtes Individuum. Schädel assymetrisch, Stirne nieder, wegstehende Ohren, Strabismus convergens, linke Skoliose, rechter Kryptorchismus, Lähmung der Streckmuskeln der linken Hand und des linken Fusses. Er spricht nur unverständliche Worte, Gesichtsausdruck blöde, Begriffs- und Erinnerungsvermögen mangelhaft. Ist ausgelassen, spuckt, kratzt, rauft u. s. w. Schilddrüse nicht tastbar.

Thyreoidin Tabletten: Nach zwei Monaten bedeutende Veränderung des Betragens; er ist anständig, hilft den Wärtern, ist den Ärzten anhänglich, reizt seine kranken Kameraden nicht mehr. u. s. w.

2. DR. MICHAEL CSIKY. Stellt einen 35 Jahre alten, an *Lichen ruber planus* leidenden Patienten vor. Das Exanthem nimmt hauptsächlich die

Brust-, Rücken- und Kreuzgegend ein und besteht aus Confluirung ganz kleiner Pappeln, die vieleckig, dicht, abgeplattet sind, bei seitlicher Beleuchtung einen eigenartigen Wachsglanz zeigen, die mittlere Partie ist eingesunken, sie sind blass-rot, eine und die andere ist mit festhaftenden Schuppen bedeckt. Infolge ihrer Confluirung ist die Haut infiltrirt, trocken anzufühlen; ihre Oberfläche ist netzartig, dem Chagrinleder ähnlich. Die Farbe der älteren Stellen ist dunkel rotbraun. Das einzige subjective Symptom ist Jucken.

3. DR. GEORG DEMETER stellt einen Kranken vor, der an einem inoperablen Augenlidcarcinom leidet und mit Roentgenstrahlen behandelt wurde. Nach 14 tägiger Behandlung demarkierte sich die klein-faustgrosse Geschwulst nach weiteren 7 Tagen vernarbte sie. Auffallend ist es, dass eine so grosse Geschwulst sich so rasch zurückbildet und die Toleranz des Auges den Roentgenstrahlen gegenüber; ausser geringer Bindehautinjection zeigte sich keinerlei Veränderung. Patient wird weiter behandelt.

An der Discussion nimmt DR. SAMUEL BOBBÉLY, Prof. DR. MARSCHALKÓ und DR. EMERICH HEVESI teil.

4. DR. EMERICH HEVESI spricht über seine weiteren Erfahrungen bei *Sehnentransplantation* und hält die Vorausbestimmung der gesunden und gelähmten Muskeln, was präcise nur mit dem elektrischen Strome möglich ist, für sehr wichtig. Er demonstriert an Kranken die Principien, die ihn beim Planen und bei der Ausführung der Operation leiteten. Der Zweck ist die Herstellung gewisser wichtiger Bewegungen; ob dies mit Sehnenanastomose, oder mit periostaler Transplantation erreicht wird ist nebensächlich. Es sollen tunlichst ganze Sehnen transplantiert werden und eher nichtwichtige Muskelfunctionen aufgeopfert werden. Er überzeugte sich dass das Zusammenwachsen der Sehnen ein starkes ist; zerschnittene und plastisch gedehnte Sehnen verdickten, rundeten sich ab und hingen mit ihrer Umgebung mittelst lockerem Bindegewebe zusammen, das eine bedeutende Verschiebung zulässt. Bei krampfhafter Lähmung hält es schwer, die Verteilung der Muskelkraft gleich richtig zu treffen, deshalb ist es rätlicher allmählig, mit wiederholten Operationen vorzugehen.

Ferner spricht *Vortragender* über die Ergänzung seiner Plattfussoperations-Methode und stellt auf diese Weise operierte, geheilte Kranke vor: Uebersetzung des *Musc. tib. anticus* nach MÜLLER auf das Kahnbein, Sicherung desselben mit dem *Extensor hall. longus*, Dehnung der Achillessehne, Verkürzung des *Musc. tib. post.* und Verstärkung desselben mit einzelnen Segmenten des *Musc. triceps surae*.

5. DR. ALADÁR ELFER bespricht und demonstriert einen Fall von *Infantilismus*. Die 23 Jahre alte Patientin ist 135 cm. gross, Haare der Achselhöhle fehlen, Schaamhaare kaum vorhanden; im Bereiche der Brüste reichliche Fettablagerung; *Nystagmus oscillatorius horizontalis*; der Kopf macht in der gleichen Richtung zitternde Bewegungen; die äusseren Genitalien in ihrer Entwicklung zurückgeblieben; Menstruation bisher keine. Auf Rachitis hinweisender Brustkorb, die *Glandula thyreoidea* nicht tastbar.

Ueber den Erfolg der Thyreoidinbehandlung soll seinerzeit berichtet werden.

6. Docent Dr. NICOLAUS JANCsó stellt einen Kranken mit *Aneurysma des Arcus Aortae* vor, das aus den klinischen Symptomen gut diagnosticirbar ist. Besonders schön ist die ebenfalls demonstrierte ROENTGEN Aufnahme.

Bei einem zweiten Patienten lenkte nur die Recurrenslähmung den Verdacht auf ein Aneurysma hin, andere Symptome konnten trotz sorgfältigster Untersuchung nicht gefunden werden. Bei Durchleuchtung mit ROENTGEN-strahlen ward ein eigrosses Aneurysma am Arcus sichtbar. Die ROENTGEN Aufnahme wird demonstriert.

II. Fachsitzung am 4. März 1904.

1. Dr. DESIDERIUS VESZPRÉMI demonstriert die Organe eines 37 Tage alten Säuglings, bei dem er gelegentlich der Obduction in der Leberpforte eine haselnussgrosse käsige Drüse fand, in der Leber, Milz und den Lungen zahlreiche hirsenkorn- und linsengrosse Tuberceln. Der Säugling wurde von der Mutter, die an Miliartuberculose verstarb überhaupt nie gestillt, sondern mit Soxleth genährt. In diesem Falle scheint die Infection mit Tubercelbacillen im intrauterinen Leben, durch die im Blute der Mutter kreisenden Bacillen erfolgt zu sein. *Vortragender* giebt schliesslich seiner Meinung Ausdruck, dass der Vererbung bei der tuberculösen Infection nicht die geringste Wichtigkeit beigemessen werden kann.

2. SAMUEL BORBÉLY (Torda) stellt zwei Kranke vor:

a) *Ein durch einen freien Bruch verursachte Entzündung des Processus vermiformis. Exstirpation desselben.* Bei dem 64 Jahre alten Patienten wurde ein seit 5 Jahren bestehender, seit vier Tagen incarcerirter rechtsseitiger Leistenbruch radical operirt. 15 Tage später geheilt. Nach weiteren 4 Wochen bildet sich im oberen Drittel der Narbe ein Abscess aus welchem ein Seidenfaden herauseitert. Träge Heilung Beiläufig 8 Monate nach der Radicaloperation stellen sich von der Blinddarmgegend ausgehende heftige Bauchkrämpfe ein, Singultus, Erbrechen, Stuhlretention. Ricinus, hohe Eingiessungen, Eisumschläge, Heilung. Nach weiteren 4 Monaten wiederholen sich die gleichen Erscheinungen mit denen Patient das Spital aufsucht, wo die Untersuchung eine nussgrosse Bruchreicide an der höchsten Stelle des Leistenkanals nachweist. Operation mit SCHLEICH'scher Infiltration. Nach Eröffnung des Peritoneums, zeigt sich rechts eine einige Millimeter breite Verwachsung zwischen Gekröse und dem hyperaemischen, etwas knolligen Processus vermiformis. Entfernung desselben nach doppelter Unterbindung. Vernähung der Peritonealscheide, Tabaksbeutelnaht um den Ansatz des Proc. vermiform. und der Wand des Coecum. Versenkung des Stumpfes in den Blinddarm; Vereinigung des Peritoneums, und jedes einzelnen Gebildes der Bauchwand getrennt mit Silkvormgutnähten. Glatter Verlauf; Patient verlässt nach 21 Tagen geheilt das Spital. Hier hatten wir es mit

einer durch mechanische Ursachen hervorgerufenen Entzündung des Wurmfortsatzes zu tun.

b) *Aus dem Bereiche der brandigen Brüche.* Bei dem 37 Jahre alten Kranken wurde die Herniotomie 7 Stunden nach erfolgter Incarceration vorgenommen und schon da zeigte sich die in dem Bruchsacke befindliche Dünndarmschlinge brandig, so dass die Resection einer 30 cm. langen Darmschlinge nötig war. Aus dem Heilungsverlauf muss erwähnt werden, dass dies der erste Patient war, bei dem ich nach der Incarceration Albuminurie beobachtete. Heilung per primam. Das resecirte Darmstück zeigt, dass aus der Zeitdauer der Incarceration ein Schluss auf die Lebensfähigkeit, oder auf den Zustand des incarcerateden Eingeweidcs nicht gezogen werden kann; weiters dass in dem incarcerateden Darmstück sich eine grosse Zahl von äusserst virulente Mikroben befinden. Schliesslich ist das Darmstück besonders zur Demonstration der Sugillationen geeignet, von denen häufig die Rede ist und die die Ursache dessen sind, dass wenn bei brandigen Brüchen eine genügend ausgedehnte Resection nicht gemacht wird, der Kranke leicht das Opfer einer Perforation wird.

c) *Geheilte Fall einer wegen Gallenstein vorgenommenen primären Cholecystotomie.* Die 42 Jahre alte Kranke, die ihr Leiden auf 7 Jahre zurückführt, hat seit 2 Jahren häufigere und in den letzten Wochen nahezu ununterbrochen andauernde Magenkrämpfe, Erbrechen; sie ist so herabgekommen, dass sie sich kaum schleppen kann. Untere Grenze des aufgeblaschen Magens 3 Querfinger ober dem Nabel. Magenwaschung nach dem Probefrühstück ergibt kaum einen Esslöffel, brauner Flüssigkeit, mit positiver Salzsäurereaction. Leber hat normale Grenzen; besonders knapp vor den Krampfanfällen, ist etwas nach aussen und unten vom Pylorus, der Lage der Gallenblase nicht entsprechend, weil oberhalb von derselben, ein härteres, elastisches, ganz eigrosses Gebilde fühlbar. Kotentleerung weist auf Obstipation hin.

Die weiteren Beobachtungen, welche *Vortragender* eingehend erörtert, berechtigten zu folgenden Annahmen. Eine primäre Pankreatitis, oder Pankreascyste muss ausgeschlossen werden, die fühlbare Geschwulst ist die gefüllte, gespannte Gallenblase, die nicht derartig verschlossen ist, dass Resorption der Galle und Icterus auftreten würde; mit Rücksicht auf den ständig fieberlosen Zustand der Patientin ist Infection der Blase nicht vorhanden es handelt sich also um eine einfache Cholecystitis, deren Ursache entweder die durch die atypische Lage der Gallenblase bedingte Knickung, oder eine Sanduhrförmige Gallenblase ist, oder schliesslich und dies ist das wahrscheinlichste, die atypische Lage der Gallenblase ist nur eine secundäre Erscheinung und die Ursache der Cholecystitis ist ein in der Gallenblase liegender Stein; dieser verursachte die Entzündung der Gallenblase, später eine Pericholecystitis, die zu Anwachungen führte, die dann die wieder-natürliche Lage der Gallenblase zufolge hatte. Mit Rücksicht auf den stets negativen Befund des Kotes auf Gallenstein, kann angenommen werden,

dass in der Gallenblase ein Stein vorhanden und dass dieser ziemlich gross und mobil ist.

Am 8 Februar wurde in tiefer Chloroformnarkose die Bauchhöhle in der Mitellinie eröffnet. Der Magen ist kaum erweitert, der Pylorus normal, die Gallenblase nach oben geschoben und in der Ausdehnung von einigen cm. an den Rand der Leber gewachsen, ist vergrössert, eigross, am Halse derselben zeigt der Ductus cysticus eine grössere Ausbuchtung und in dieser befindet sich ein grösserer, beweglicher Stein. Hierauf wird die Leber in die Höhe gezogen, von der Leber gelöst, am Fundus angezapft, worauf sich 40 cm.³ einer teils blassgelben, fadenziehenden Flüssigkeit, teils reiner Galle entleeren. Eröffnung der Gallenblase, Extrahierung des Steines, was wegen der grossen Brüchigkeit derselben etwas umständlich ist. Naht; entsprechende Toilette, Senkung der Gallenblase, Vereinigung der Leberwunde mittelst Seide, schichtenweiser Verschluss der Bauchhöhle. Der Operation folgte glatte Heilung, die Anfälle hörten auf, der Appetit stellte sich wieder ein, Harnausscheidung wurde normal und jetzt ist Patientin gesund.

An der Discussion nimmt Professor PURJESZ und Prof. UDRÁNSZKY teil.

3. Vortrag des DR. EMERICH HEVESI: *Neuere Daten über die Entstehung und Behandlung der angeborenen Luxationen des Hüftgelenkes.* H. demonstriert an mehreren in Behandlung stehenden und bereits geheilten Fällen beziehungsweise an den bei diesen aufgenommenen, zumeist stereoskopischen Roentgenbildern folgende Principien. Nach der unblutigen Reposition hält er die zur Fixirung bestimmten 5—6 Monate für all zu kurz. Hauptsächlich in der ersten Stellung muss die Extremität viel länger als 2—3 Monate gehalten werden. Dieser kurzen Zeit schreibt er es zu, dass in vielen Fällen die anatomische Reposition später in Transposition übergeht. Die Abduction darf nur dann vermindert werden, wenn die ROENTGEN-untersuchung von der erfolgten Ausbildung des Deckels der Gelenkspfanne Zeugnis giebt. Dass die zu frühe Abductionsverminderung Reluxation veranlassen kann, zum Beweise dessen demonstriert er das Bild eines Falles wo 4 Monate nach correcter Reposition Reluxation eintrat, da der locker gewordene Verband beizeiten nicht erneuert wurde. In einem zweiten Falle musste auf Wunsch der Eltern die erste Stellung vor der Zeit verlassen werden, die Folge war, dass an der einen Seite der Schenkelknochen sich etwas nach vorne und oben verschob und in Transposition steht.

Das Gelenk kann nur dann fest sein, wenn die Gelenkspfanne genügend tief wird, beziehungsweise, wenn ihr Deckel sich genügend breit neubildet. Desshalb muss der Schenkel in der ersten Stellung lange fixirt bleiben, damit die Belastung zu Knochenbildung reize. H. stellt einen 7 Jahre alten Knaben vor, bei dem nach 9 monatlicher Fixirung in der ersten Stellung, die neugebildete Gelenkspfanne tiefer, ihr Deckel breiter ist, als an der gesunden Seite. Aber selbst diese Zeit kann ungenügend sein, wie dies das ROENTGENBILD eines Patienten beweist bei dem Vortragender schon 13 Monate hindurch die erste Stellung aufrecht erhält; die Knochenbildung ist

noch immer eine zu geringe um an die Verminderung der Abduction denken zu können.

Bei den ROENTGEN-aufnahmen sieht man zumeist, dass bei einseitigen Luxationen, an der klinisch gesunden Seite die Gelenkspfanne seichter als normal, und ihr Deckel nicht genügend breit entwickelt ist. *Hoffa* erklärt dies damit, dass der Schenkelknochen, im embryonalen Leben wegen Raum-mangel, neben der Gelenkspfanne in seinem Wachstum vorübergeht und die Pfanne dann in ihrer Entwicklung zurückbleibt, da ihr der physiologische Reiz des Druckes des Schenkelkopfes fehlt. Vortragender meint, dass dieser Befund weit eher dafür spricht, dass die ungenügende Entwicklung das Primäre ist. Dies bedingt eine angeborene Disposition und nach deren Grade entwickelt sich eine Luxation, oder auch nicht.

4. DR. ELEMÉR VERESS: *Ueber den Verlauf der Muskelstarre* (Siehe Revue Seite: 1.).

III. Fachsitzung am 23. April 1904.

Vorsitzender: Professor Dr. SIGMUND PURJESZ.

Schriftführer: Dr. DANIEL KONRÁDI.

1. Professor MARSCHALKÓ stellt einen Kranken mit *Sklerodermie* vor. Die Sklerodermie ist eine der leider zahlreichen Hautkrankheiten, deren klinische Symptome, Verlauf u. s. w. wir ganz gut kennen, ohne dass das eigentliche Wesen der Erkrankung, die Aetiologie derselben u. s. w. bekannt wäre.

Die Anamnese des 37 Jahre alten Landmannes weist nichts des Nennenswerten nach; auf sein Hautleiden wurde er erst aufmerksam, als ihm die Spannung der Haut unangenehm wurde und in den Bewegungen hinderte, dies geschah vor etwa vier Monaten. Auffallend ist die grosse Ausdehnung des Hautübels und dessen symmetrische Anordnung. Das Leiden localisirt sich hauptsächlich an den Extremitäten und dem Stamme. Auffallend ist es dass die Finger und die Zehen ebenso wie die Haut des Kopfes und Gesichtes intact sind. Die Hautveränderungen sind an beiden Schultern teils in Form handtellergrosser Flecken, teils in Form von Streifen situirt, bei denen die symmetrische Anordnung augenfällig ist. Am Rumpfe sind die sclerodermischen Veränderungen gürtelförmig gelagert, der hinten vom VI. Brustwirbel an bis etwa zum III. Lendenwirbel, vorne von der Mitte des Brustbeines, bis auf einige cm. unter den Nabel reicht. Die übrigen Partien des Bauches und der Lendengegend sind intact; an den oberen Extremitäten beginnen die Veränderungen an der Grenze des oberen und mittleren Drittels des Oberarmes mit scharfer Grenze und reichen bis zum Handgelenk herunter, an den unteren Extremitäten rückwärts in der Gluteal-gegend, vorne unter dem POUPART'schen Bande, bis zur Mitte des Vorderfusses, rückwärts bis zur Fersengegend. Rückwärts an der unteren Grenze der Glutealgegend je ein ganz symmetrisch gelegener intacter Hautstreif.

Während in beiden Ellenbogenbeugen die Haut in der Ausdehnung eines Handtellers vollkommen unverändert ist, sind die Veränderungen in den beiden Kniebeugen äusserst ausgeprägt, so dass die Haut hier glänzend, bretthart, nicht faltbar ist, mit der Unterlage fest zusammenhängt, so dass an dieser Stelle bereits das atrophische Stadium beginnen mag. Im unteren Teile des Vorderarmes, im unteren Drittel des Unterschenkels und am Fussrücken ist die Haut geschwellt, prall, desquamierend, erythematös.

Bei dem Patienten handelt es sich um eine, nahezu die Hälfte der Hautdecken einnehmende Sclerodermie, die stellenweise ganz deutlich das Bild der Sclerodermie en plaques und en bandes zeigt, von der es sich jedoch erst nach weiterer Beobachtung mit grösserer Sicherheit sagen lassen wird, ob der Fall nicht eher in die Kategorie der generalisirten Sclerodermie zu reihen ist.

2. Professor Dr. KOLOMAN BUDAY stellt einen Fall von *knochenbildenden Krebs* vor.

Die Benennung *Carcinosis osteoplastica* rührt von RECKLINGHAUSEN her, welcher jene Form, der in den Knochen sich entwickelnden metastatischen krebsigen Geschwülste so bezeichnete, bei denen an den krebsig erkrankten Knochenpartien eine massenhafte Gewebsproduction stattfindet; ebenso stellte es RECKLINGHAUSEN fest, dass zumeist bei primärem Krebse der Prostata sich in den Knochenmetastasen die Knochenverdichtung ausbildet. Der bei uns zur Section gelangte Fall entspricht vollkommen dem RECKLINGHAUSEN'schen Krankheitsbilde, wiewohl die Diagnose keine leichte war, da weder die klinischen Symptome, noch der pathologisch-anatomische Befund einen sicheren Anhaltspunkt zur Constatirung des Wesens der Erkrankung boten und es nur nach durchgeführten histologischen Untersuchungen möglich wurde, sich mit Entschiedenheit zu äussern.

Die klinischen Daten sind folgende: Ein 63 Jahre alter Tagelöhner stellte sich mit der Klage an der medicinischen Klinik ein, dass ihn seine Füsse seit dem Winter schmerzen; seit drei Tagen muss er im Bette liegen. Der abgemagerte Kranke kann seine Füsse im Bette liegend kaum bewegen; es entwickeln sich allmählig Contracturen, an der Wirbelsäule äusserlich keinerlei Veränderungen; das Harnlassen ist etwas behindert.

Auf Grund dieser Erscheinungen musste ein Druck auf die Nervenwurzeln angenommen werden.

Gelegentlich der Obduction fanden sich folgende Veränderungen. Von der Innenfläche des Schädels erheben sich flache Geschwülste, deren oberflächliche Partien weicher und rötlich gefärbt, die übrigen Teile aber knochenhart sind. Die Wirbelkörper sind massig, breit, hauptsächlich im unteren Lendentheil, auseinandergesägt sind sie compacter: um die Nervengeflechte der Lenden und des Kreuzes bedeutende sulzige Infiltration. Die Hüftenteller sind massig, unförmig. An den Rippen zahlreiche nuss- bis hühner-eigrosse Geschwülste. Die äusseren Teile dieser sind ebenfalls roth gefärbt, weich, während die mittleren Teile aus verdichtetem Knochengewebe bestehen,

Im oberen Teile des Schenkelknochens, weissfarbige, scharf abgegrenzte Geschwülste, die knochenhart sind.

Die Wand der Harnblase ist dicker, trabeculär. Die beiden Seitenlappen der Prostata sind nussgross, compact, Schnittfläche gelblich-grau, wenig Secret.

Die Section ergab demnach dass die Erscheinungen des Druckes der Wurzeln durch in den Körpern der Wirbeln getegene Geschwülste bedingt wurden. Schwerer war die Entscheidung, welcher Natur die mehrfachen Knochengeschwülste wären. Die Massigkeit der Hüftknochen, die ausge dehnte Geschwulstbildung in den Wirbeln ähnelten ausserordentlich dem Bilde, das wir bei Verbreitung des Krebses in den Knochen zu sehen gewohnt sind. Eine primäre Geschwulst konnte jedoch nicht mit Sicherheit nachgewiesen werden; die Vergrösserung der Prostata unterschied sich scheinbar gar nicht von dem gewöhnlichen Bilde der gutartigen Hypertrophie.

Die histologische Untersuchung entschied es auf das Bestimmteste, dass sowohl die Vergrösserung der Prostata, als auch die Knochengeschwülste krebsiger Natur sind. In der Prostata nämlich zeigt sich in ziemlich grosser Ausdehnung das ausgeprägte Bild des faserigen Krebses. In den Knochengeschwülsten ist ein Teil der Krebsnester ganz compact, ein anderer Teil derselben bildet mit Cylinderepithel ausgekleidete Röhren; die Gewebstruction ist nahezu ganz die gleiche, wie jene des Prostatakrebses.

Aus den Angedeuteten ist es ersichtlich, dass der kleine faserige Krebs der Prostata, der bei dem Kranken nur geringe Harnbeschwerden verursachte und auch bei der Section nur den Eindruck einer geringfügigen Hypertrophie machte, den Ausgangspunkt der Knochenveränderungen bildete, die wieder bloss von Seite der Wirbelsäule Symptome hervorriefen, welche sich unter dem klinischen Bilde des Druckes auf die Nervenwurzeln äusserten. Auch den Mitteilungen RECKLINGHAUSEN's nach, sind weder diese zumeist kleinen narbig-faserigen Formen des Prostatakrebses, noch die mit diesen verbundenen Knochenmetastasen leicht zu diagnosticiren.

Professor Dr. S. PURJESZ führt die klinischen Symptome an. Man nahm Druck auf die Nervenwurzeln an, obwohl man auch auf Neuritis alcoholica dachte. Dass der Kranke abnahm und abmagerte, konnte bei einem an Bronchitis und Emphysem leidenden 63 Jahre alten Individuum nicht Wunder nehmen. Klinisch war sonst kein Symptom vorhanden.

3. Demonstrationen des Dr. EMERICH HEVESI:

- a) *Ein Fall von Coxitis,*
- b) *Caries in der Fusswurzel,*
- c) *Offene Schultergelenkluxation,*
- d) *Operirter und geheilter Fall von Skoliose.*

4. Docent Dr. NIKOLAUS JANCÓ demonstriert mikroskopische Praeparate und Mikrophotogramme eines Falles von *Angina Vincenti*.

Diese Praeparate rühren von einem 22 Jahre alten Patienten her, bei welchem an der linken Tonsille ein kreuzergrosser, an der linken hinteren

Gaumenwand ein bohnengrosser, grau-weisser, schwer zu entfernender Belag vorhanden war. An den Praeparaten sind in grosser Anzahl und in Reincultur, teils ganz unordentlich verteilte, teils strahlenförmige Knäuel bildende Massen von Spirillen und *Bacillus fusiformis* sichtbar. Eine Züchtung der Bakterien gelang auf keinem Nährboden. *Vortragender* erhielt den Eindruck, dass die Erkrankung durch diese Mikroorganismen veranlasst wurde und dass sie nicht nur zufällig dort waren, da sie sich nahezu in Reinculturen selbst in den tiefsten Teilen des Belages vorfanden. Obgleich sowohl der *Bacillus fusiformis*, als auch der *Spirillum* in massenhafter Anzahl vorhanden war, kam Exulceration doch nicht zustande und heilte der Process in einigen Tagen.

Professor DR. BUDAY: Er habe die Demonstration mit umso grösserer Interesse vernommen, da er sich auf Grund eigener Untersuchungen davon überzeugen konnte, dass der *Bacillus fusiformis* teils allein, teils mit dem, ihm zumeist vergesellschafteten *Spirillum* auch bei anderen Erkrankungen des Mundes und Rachens eine hervorragende Rolle spielt. So sah er bei jenen Formen der Diphtheritis faucium, bei welchen der Belag missriechend, schmutzig-braun wird, wiederholt eine massenhafte Anhäufung des *Bacillus fusiformis* an der Oberfläche der Pseudomembran. Bei Noma und ähnlichen brandigen Schlunderkrankungen fand er Spirillen in grosser Zahl an der Grenze der Nekrose und unmittelbar daneben den *Bacillus fusiformis* ebenfalls in grosser Anhäufung. Ueber diese Untersuchungen wird seinerzeit eingehend berichtet werden.

5. Professor DR. DIONYSIUS SZABÓ stellt einen *operirten Fall einer in der Tube abgelaufenen Gravidität* vor.

Die 32 Jahre alte Frau eines Landmannes, die noch nie geboren hatte, menstruirte vierwöchentlich; vor einem Jahre blieben die Menses aus, Ungefähr acht Wochen nach dem Ausbleiben derselben überkam sie beim Brunnen ein Schwindel. Dies und das Ausbleiben der Menstruation erregte den Verdacht auf Gravidität. Ihr Unterleib vergrösserte sich auch tatsächlich, besonders linkerseits; um die Zeit der Ernte fühlte sie Fruchtbewegungen, zu Weihnachten blutete sie einen Tag hindurch mässig, auch Schmerzen stellten sich ein, die Frucht bewegte sich äusserst lebhaft, eine Geburt kam jedoch nicht zustande. Als die Fruchtbewegungen vollkommen ausblieben, bekam sie lebhafte Schmerzen im Unterleibe, dass Allgemeinbefinden wurde ein schlechtes und die Atmung kürzer.

Bei der am 12. April erfolgten Aufnahme an die Klinik ist Patientin appetitlos, schlaflos, ihre Zunge stark belegt, die sichtbaren Schleimhäute blass, Temperatur 37.2, Puls 122. Unterleib vorgewölbt, in der Mitte ein brauner Streif, zu beiden Seiten striae graviditatis. Im Unterleibe zieht ein hartes, prall anzuführendes rundliches Gebilde zum Beckeneingang, endigt gegen die Magengrube hin kegelförmig, im unteren Teile ist es hart, empfindlich. Brüste schlapp, Brustwarzen pigmentirt, spontane Entleerung molkigen Cholostrums. Äussere Genitalien schlaff, Scheideneingang gerötet, Entleerung einer grösseren Menge eitrigten Secrets. Scheidenteil $1\frac{1}{2}$ cm.,

linsengrosser Muttermund, Uteruskörper scheinbar gegen die Symphyse verschoben, Fundus nicht genau erkennbar.

Am 16. April lässt sich in Morphium-Chloroformnarkose, die etwas vergrösserte Gebärmutter mit ihrem Fundus nach rechts geneigt, auf der rechten Kante liegend durch das Scheidengewölbe hindurch fühlen.

Bei dem Bauchschnitte erreicht das Messer schmutzig braunes necrotisches Gewebe, so dass das Bauchfell in der Gegend des Nabels eröffnet, von der Geschwulst stumpf gelöst wird. Die Wandung der sackartigen Geschwulst wird unterhalb des Nabels von der Bauchwand gelöst, an der Spitze ist die Geschwulst mit dem Gekröse und mit Gedärmen verwachsen; nachdem die Geschwulst ausserhalb der Bauchwand gebracht ist, zeigen sich an ihrer hinteren Fläche Verwachsungen mit den Gedärmen, am unteren Teile solche mit der Gebärmutter und der Harnblase, während sie mit dem linken Eileiter mittelst eines 3 Querfinger breiten, nicht dicken Stiel zusammenhängt. Der Stiel wird zwischen zwei Zangen gezwängt, durchschnitten und die Geschwulst vollkommen entfernt. Die ganze Operation dauert 95 Minuten wovon 20 M. auf die Entfernung der Geschwulst, 27 M. auf die Versorgung des Bauchfelles und des Stieles, 48 M. auf die Nähte der Bauchwand entfallen.

Das Gewicht der heraus genommenen Geschwulst ist 5·8 Klgrm.; bei ihrer Eröffnung entleeren sich 2·5 Liter einer trüben, schmutzig-braunen Flüssigkeit; das ohne Wasser 4·35 Klgrm. schwere Gebilde zeigt gegen den Stiel einen Höcker, in welchem die grosse Placenta sitzt. In der durch eine leicht zerreissbare Membran umspannten Nische befindet sich eine ausgelegene, gut entwickelte Frucht in normaler Haltung mit dem Rücken gegen die Placenta.

Am Nachmittage der Operation Temperatur: 36·9, Puls: 122, wegen der Schmerzen schlummert Patientin nur nach Morphium Injectionen. Nächsten Morgen 38·3, Puls 130; Nachmittag 38·5, Puls 140; Weineingiessungen, Campher und Champagner zur Stärkung des Herzes. Das Ansteigen der Körpertemperatur und der Zahl der Pulsschläge, ihre leichte Unterdrückbarkeit, der zeitweilig auftretende Singultus, der Verfall der Kräfte machte einen höchst unangenehmen Eindruck, so dass ich es mit subcutanen Injectionen von Blutserum versuchte.

Von dem mir von Dr. HUGO PREISZ zur Verfügung gestellten reinen Blutserum eines Pferdes injicirte ich am 17. April 20 cm³, bei einer Körpertemperatur von 38·5 und bei 140 Pulsschlägen. 18. April V. M. T.: 36·2, P.: 124; N. M.: 36·4, P.: 122. 19. April V. M. T.: 36·2, P.: 116; N. M. T.: 36·2, P.: 112. 22. April V. M. T.: 36·3, P.: 96; N. M.: 37·4, P.: 96. Auffällig ist das rasche Abfallen der Körpertemperatur; auch die Zahl der Pulsschläge zeigt eine bedeutende Abnahme. Der günstige Einfluss war auch auf das Allgemeinbefinden ein ausgesprochener, wenn auch kein momentaner; Heilung verlief günstig; bei Abnahme des Verbandes am 27. April hatte sich die Bauchwunde linear geschlossen, die Nähte wurden entfernt. Am 19. Mai wurde Patientin über eigenes Verlangen entlassen.

Nachdem ich reines Blutserum ohne jedes Antitoxin verwendete, kommt die Wirkung auch nur diesem allein zu und rechtfertigt auch einigermaßen meine Anschauung wo der Schwerpunkt der Wirkung des Diphtherieserums zu suchen ist, wenn es mir auch ferne liegt aus diesem einen Fall allgemeine Schlüsse ziehen zu wollen.

IV. Fachsitzung am 27. Mai 1904.

1. Professor Dr. D. SZABÓ referiert über eine *Porro-Operation* und stellt die durch die Operation zur Welt gebrachte Frucht vor.

Die 27 Jahre alte Frau eines Tagelöhners menstruierte in ihrem 16 Jahre zuerst. Erste Geburt in ihrem 21-ten, zweite in ihrem 22-ten Lebensjahre. Gelegentlich der letzteren Gravidität, hatte sie bedeutende Kreuzschmerzen, die Geburt war eine leichte, doch dauerte das Kindesbett der heftigen Kreuzschmerzen halber 6 Wochen. Das drittemal gebar sie in ihrem 24-ten Jahre, Geburt zwar leicht, jedoch zwei Monate nach derselben begannen auch ihre Füße zu schmerzen, die Schmerzen fühlte sie direct in dem Knochen, ihre unteren Extremitäten wurden gebogen, ihr Körper wurde niedriger. Am 23-ten März 1903 liess sie sich auf die medizinische Klinik aufnehmen, wo sie gegen *Osteomalacie* mit *Merck'schen* Ovarialtabletten, später mit Phosphorpillen behandelt und endlich am 18. Juni geheilt entlassen wurde.

Im Monate August desselben Jahres blieben die Menses aus, von da ab nach weiteren 10 Wochen wurde zuerst ihr Becken, dann die unteren Extremitäten derart schmerzhaft, dass sie nicht mehr gehen konnte. In den ersten Tagen des Jahres 1904 wurde sie wegen eines Exanthems an die dermatologische Klinik aufgenommen, wo Patientin infolge der Osteomalacie derart empfindlich war dass ihr jede Bewegung im Bette die grössten Schmerzen verursachte. An der linken Schamlippe hellergrosse, hypertrophirte und exulcerirte Pappeln, ähnliche in den Mundwinkeln, an den Tonsillen, den harten Gaumen und zerstreut an der Haut. Die im VIII. Monate gravide Patientin bekam täglich (in 6 Touren) 3 grm.-ige Quecksilber-einreibungen, dabei 1 mgrm. Phosphor in Leberthran. Am 17. März 1904 wurde sie der geburtshilfflichen Klinik übergeben.

Die Osteomalacie besserte sich bedeutend. Bei der Patientin waren demnach die Gravidität und das derselben folgende Stillen jene Erscheinungen, welche die Krankheit stets steigerten. Die an der Klinik erfolgte genaue Untersuchung des Beckens indicirte den Kaiserschnitt unbedingt und da jede Gravidität und das Säugen das Weiterschreiten der Osteomalacie begünstigte, war es ratsam der Wiederholung der Gravidität zu steuern.

Die 51 cm. Lange, 3650 grm. schwere männliche Frucht wurde am 7. Mai 1904 mit Eröffnung der Bauchwand und der Uteruswand entfernt. Durch die lange Bauchwunde hindurch wurde die ganze Gebärmutter herausgehoben, bei Einschnitt in die vordere Wand des Uterus stülpt sich die Blase vor, nach Sprengung derselben wird der rechte Arm der Frucht ergriffen,

während die andere Hand des Operateurs den Kopf heraushebt, die entfernte Frucht atmet sogleich. Die Porro-Operation wird sodann auf die gewöhnliche Weise vorgenommen. Die Bauchwunde in drei Schichten vereinigt. Dauer der Operation 102 Minuten. Heilungsverlauf günstig; bei Abnahme des Verbandes am XI. Tag ist die Bauchwunde linear vernarbt. Der Neugeborene nimmt bei Soxleth gut zu.

2. DR. ALADÁR ELFER demonstriert ein 20 Monate altes Mädchen, bei welchem eine bedeutende *Makroglossie* besteht. Der Fall gewinnt dadurch an Interesse, dass das Kind übrigens gut entwickelt ist und auch ein Zurückbleiben der geistigen Fähigkeiten nicht bemerkbar ist. Es soll mit Thyreoidin-tabletten der Behandlungsversuch gemacht werden.

3. Vortrag des DR. SIGMUND JAKABHÁZY: „*Untersuchungen über die Wirkung des Aspirins auf Muskeln und Nerven*“ (Siehe Revue Seite 4.).