

Verhandlungen der Ungarischen Ärztlichen Gesellschaften

Wissenschaftliche Berichte und Nachrichten aus Ungarn

Erscheint unter Mitwirkung des Schriftleitungsausschusses der Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte

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

Als Manuskript gedruckt.

Nachdruck der Sitzungsberichte nur in der Berichtsform zulässig.

Inhalt: Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte. — Gesellschaft der Spitalsärzte. — X. Landestagung der Ungarischen Psychiatrischen Gesellschaft. — Nachrichten: *Universitätsprofessor Dr. Josef Csiky*. — Die Syphilis.

Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte.

Sitzung am 15. Dezember 1928.

Árpád Torday: Dieluetische Aortitis. Während die Zahl der primären Sklerosen, der Haut- und Knochenlues eine Abnahme zeigt, weisen die Lues der inneren Organe, besonders aber die Aortitiden, eine hochgradige Zunahme auf. Diese Vermehrung ergibt sich auch aus der Sektionsstatistik des St.-Stefan-Spitals. In seiner Abteilung litten 50% der Kranken mit Vitium anluetischer Aortenerkrankung. Die meisten Erkrankungen traten zwischen dem 40—50. Lebensjahr auf, die Mehrzahl bildeten Kranke über 50 Jahren. Obwohl die Zahl der weiblichen Herzkranken grösser war, gab es dennoch mehr Männer mitluetischer Aortitis. Die ersten Symptome der Krankheit zeigten sich durchschnittlich 20 Jahre nach der Infektion, in einem Fall traten sie jedoch drei Jahre nach der Behandlung auf. Die Meisten, mehr als 80% haben sich nicht behandeln lassen, und besonders die Frauen wussten oft gar nicht von ihrer Infektion. Bei einem Kranken bestand aufluetischer Grundlage eine Leitungsarythmie. Nach einer Darlegung der Symptomatologie, Differentialdiagnostik und Prognostik der Aortitiden, beschäftigte sich Vortragender mit der Frage:

Möglicherweise ist die erfolgreiche Heilung seiner mit dieser Methode in Budapest zum erstenmal durchgeführten Operation ebenso ein Zufall, wie die frappante Heilung des ersten Wiener Falles, über welchen vor kurzem Professor *Neumann* referierte, ein Zufall gewesen sein kann, aber die treffliche, auf zehn Jahre zurückreichende Statistik *Lemaitres* verdient jedenfalls, dass diese Methode überall versucht werde.

Man kann natürlich nur ähnliche Fälle miteinander vergleichen und eben deshalb werden die bewusstlosen Fälle mit Meningitis, wo die Enkephalitis bereits sehr ausgedehnt ist, zu jeder Zeit und jedem Verfahren Widerstand leisten. Aufgabe des praktischen Arztes ist, die Fälle rechtzeitig in die Behandlung des Facharztes gelangen zu lassen. Zur Erkennung dieser Fälle ist keinerlei besondere Kenntnis oder Untersuchungsmethode erforderlich, man muss nur gewissenhaft und folgerichtig all das tun, was die Fachärzte seit Jahrzehnten verkünden, nämlich: 1. jede Mittelohreiterung soll als eine Erkrankung betrachtet werden, die einer Behandlung bedarf; 2. jede akute Exazerbation soll als ernste Erkrankung betrachtet werden, bei der ein Facharzt erforderlich ist; 3. bei jedem Symptom, das eine intrakranielle Komplikation anzeigt, in erster Reihe bei Schwindel mit Nystagmus und Schüttelfrost, soll der Kranke dringend in das Sanatorium oder in die Spitalsabteilung des Facharztes überführt werden.

Aussprache: Zoltán Wein: Seiner Ansicht nach ist die Methode von *Lemaitre* chirurgisch nicht entsprechend, denn wenn wir den Hirnabszess finden, so ist es von grösster Bedeutung, denselben rasch zu entleeren. Die Gefahr der Infizierung des subarachnoidealen Raumes kommt praktisch nicht in Betracht, weil der Eiter, der nach dem Orte des geringsten Druckes in der Richtung der Inzision vordringt, das ödematöse Hirngewebe bei der Entleerung vordrängt und dadurch die Lücken der Dura und Pia verschliesst.

Tibor Germán: Die postoperative Meningitis bildet eine wenig häufige Komplikation. Eben deshalb fühlen wir kaum den Mangel eines solchen Operationsverfahrens, dessen Zweck die Verhinderung derselben wäre. Die breite Freilegung kann gute Ergebnisse bieten. Der grosse Unterschied in der Prognose von Hirnabszessen im Kleinhirn und im Schläfenlappen wird durch die mit

dem Kleinhirnabszess gleichzeitig vorhandenen anderen schweren Komplikationen (Sinusthrombose, Labyrinthitis purulenta, bereits bestehende Meningitis) erklärt. Komplikationsfreie Kleinhirnabszesse können ebenso heilen, wie solche im Schläfenlappen, was am besten durch jene Erfahrung der Ohrenklinik bewiesen wird, dass die als akzidenteller Befund in der latenten Periode gefundenen und eröffneten Kleinhirnabszesse — besonders, wenn sich diese abgekapselt haben — eine gute Prognose bieten.

Paul Kepes: Steht ihm die Wahl der Operationsmethode frei, so wählt er die alte chirurgische Freilegung. Die meningitische Komplikation kommt nämlich nicht nur dadurch zustande, dass Eiter in die arachnoidealen Räume fließt, sondern bei Grosshirnabszessen auch in der Weise, dass der Abszess in die Seitenventrikel einbricht. Bei Kleinhirnabszessen wird die letale Komplikation nicht nur durch die Meningitis herbeigeführt, sondern es kann durch den Druck des Abszesses auf das verlängerte Mark der Erstickungstod eintreten.

Wissenschaftliche Sitzung am 12. Januar 1929.

Demonstration. Andreas Hedri: Geheilter Fall eines zum viertenmal operierten Icterus nach Cholecystektomie. Bei der 40jährigen Frau wurde in einem anderen Spital vor vier Jahren wegen gangränöser Cholecystitis eine Cholecystektomie durchgeführt. Darauf Icterus mit Krämpfen. Bei der zweiten Operation wurden aus dem D. choledochus zahlreiche Steine entfernt und der Choledochus drainiert. An Stelle der Choledochotomie bildete sich eine Striktur, wegen dieser wurde sie zum drittenmal operiert und eine Choledochoduodenostomie vorgenommen. Nach einem halben Jahr verschloss sich auch diese und es trat abermals Gelbsucht mit Krämpfen, Fieber, Schüttelfrösten auf, wegen dieser nahm er die Hepatico-Duodenostomie vor. Sie ist seit der Operation gesund und hat an Körpergewicht 20 kg. zugenommen.

Ulcus pepticum jejuni. Wegen Ulcus duodeni wurde im Jahre 1927 die hintere Gastroenterostomie durchgeführt. Nach einem Jahr, 2—3 Stunden nach der Mahlzeit, heftige Schmerzen. Die Röntgendurchleuchtung zeigt an Stelle der Anastomose Druckempfindlichkeit und an der gleichen Stelle Kontrastschatten an. Ulcus pepticum jejuni postoperativum, wegen diesem, im Juni 1928 neuerliche Operation. In der Anastomose findet sich ein pengögrosses Kratergeschwür, dasselbe wird in toto reseziert. Der Dünndarm wird zirkulär, Magen und Darm nach *Reichel-Pólya*, vereinigt. Primäre Wundheilung,

seit der Operation beschwerdefrei. Das alte Duodenalgeschwür war bei der zweiten Operation, trotz der Anastomose, offen.

Vortrag. Emil v. Grösz: Das Sarkom der Uvea macht wegen seiner hochgradigen Malignität die frühzeitige Entfernung des Auges notwendig. Bedingung hierfür ist die Frühdiagnose. Zur Sicherung derselben hat der Vortragende bereits im Jahre 1895 eine Methode vorgeschlagen: die mikroskopische Untersuchung der durch Punktion gewonnenen subretinalen Flüssigkeit. Er hat schon damals nachgewiesen, dass die Flüssigkeit bei einfacher Retina-Ablösung keine solchen Zellen enthält, die mit den zumeist stark pigmentierten Zellen verwechselt werden könnten. Die diasklerale Durchleuchtung hat diese Methode zurückgedrängt, aber *Meisner* empfiehlt sie im Jahre 1923 neuerdings und mit Rücksicht darauf, dass sehr oft von der Entfernung eines sehenden Auges die Rede ist, muss die Diagnose mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln gesichert werden. Seine Methode bietet mehr Sicherheit, als die Betastungsmethode von *Schmidt-Rimpler* und die Punktionmethode von *Hirschberg* und *Fuchs*. Die Analyse der histopathologischen Befunde führt zu lehrreichen Konklusionen. Aufgearbeitet wurden während 25 Jahren 200 mit der Diagnose Sarcoma uveae enukleirte Augen. Seine Schülerin *Margit Péterfi* wies im Jahre 1926 nach, dass bei allen noch Sehkraft besitzenden Augen die Diagnose bestätigt wurde. In 68 blinden und aus anderen Ursachen, aber mit Sarkomverdacht enukleirten Augen war jedoch in 42 Fällen kein Tumor sondern Glaukoma absolutum, Iridochorioiditis chronica, Tbc. chorioideae, *Cysticercus subretinalis* vorhanden. Die zweite Frage, ob vielleicht die aus anderen Ursachen enukleirten Augen Sarkom enthalten, hat auf seine Anregung *Franz Papolczy* zu beantworten versucht. Von dem während 25 Jahren enukleirten 4004 Augen wurden 1600 aufgearbeitet. Unter diesen finden sich 25 solche Augen, in welchen kein Verdacht auf Sarkom war, die histologische Untersuchung jedoch einen Tumor entdeckte. Die Diagnose in vivo lautete: Atrophia, Phthisis bulbi, Iridocyclitis plastica. 16 absolut primäre und 6 sekundäre Glaukome, also war in 22 Fällen Glaukom.

Von den 166 aufgearbeiteten sarkomatösen Augen befanden sich im I. Stadium (Ablatio retinae) 25%, im II. (sekundäres Glaukom) 50% und im III. (Durchbruch) 25%. Nach dem Alter waren unter dem 40. Lebensjahr 17%, 40—50 : 58%, über 60: 25%. Es ist sehr schwer, festzustellen, in wie viel Fällen Metastasen vorhanden waren, weil eigentlich nur die mit der Sektion bestätigten Fälle sicher sind. Zweifellos treten auch unter den im ersten Stadium Enukleirten sehr oft Metastasen auf und mehr als die Hälfte der Kranken sterben an Lebermetastase. Um so seltener ist die lokale Rezidive.

schwulst vorgedrängt, wobei die Grösse der Vordrängung nicht unbedingt mit der Grösse der bulbären Geschwulst im Verhältnis steht. Bei dem zweiten Typ fehlt bereits der Bulbus und das Geschwulstgewebe wächst aus dem retrobulbären Bindegewebe hervor, indem es einen Exophthalmus nachahmt. Nach seinen Erfahrungen nehmen diese bulbären Sarkome hinsichtlich ihrer Malignität eine Mittelstelle zwischen den eigentlichen Bindegewebssarkomen: den Fibro-, Myo-, Osteosarkomen und den absolut malignen Lymphgewebesarkomen, namentlich deren gefürchteten Vertreter den Chloromen ein. Diese letzteren wachsen mit wahrnehmbarer Raschheit, sind wenige Wochen nach dem Erscheinen des Exophthalmus bereits tödlich und jeder operative Radikalismus erweist sich diesen gegenüber vergeblich. Bei der radikalen Exstirpation der gewöhnlichen Sarkome aber sind die Erfahrungen verhältnismässig günstig. Diese Fälle zeigten weder Rezidive, noch Metastasen. Das Schicksal der Exophthalmus verursachenden Bulbussarkome kann dahin zusammengefasst werden, dass wenn das Geschwulstgewebe nicht in den Stamm des Sehnervens eindringt, wie das vor allem bei den Gliomen der Fall ist, und das Geschwulstgewebe in dem retrobulbären Bindegewebe keine zerstreuten kleine Knoten bildet, wie das wieder die Gewohnheit der Melanome ist, so kann die Gefahr der Rezidive nach der radikalen Exstirpation, die natürlich nur mit der Krönleinoperation und Eviszeration vollkommen durchgeführt werden kann, vorgebeugt werden. Eine endgültige Heilung zeigten rund 50 Prozent seiner Fälle, die andere Hälfte ging durchschnittlich innerhalb eines Jahres an Rezidiven zugrunde, die hauptsächlich bei Stumpfrezidiven einen stürmischen Verlauf zeigen.

Julius Singer referiert über einen Fall von Chorioidealsarkom infolge einer Metastase aus der Blase. Es ist das der einzige Fall in der Literatur, wo der primäre Herd in der Blase war.

Gesellschaft der Spitalsärzte.

Sitzung am 12. Dezember 1928.

(Fortsetzung.)

Vortrag. Franz Faykiss: Die Wunddiphtherie. Nach Anführung der Literaturangaben, schildert er seine eigene Beobachtungen, die er in zwei Gruppen einteilt. In der ersten erörtert er die von ihm beobachteten Fälle wahrer Wunddiphtherie, von diesen hat er 53 beobachtet, sieben dieser Fälle erhielten keine Serumbehandlung. Von den 46 mit Serum behandelten Fällen, heilten 41. Auf Grund dieser Erfahrungen betrachtet er die Serumbehandlung als wirksamstes Heilmittel der Wunddiphtherie und empfiehlt zurzeit die Anwendung von 16,000 I. E. für die Impfung. In der zweiten Gruppe referiert er über die bakteriologische Untersuchung von 54 tuberkulotischen Fisteln. Das