

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*

Erscheint halbmonatlich

Bezugsbedingungen: Die „*Verhandlungen der Ungarischen Ärztlichen Gesellschaften*“ können durch die Post, Sortimentsbuchhandlungen und direkt vom Verlag: Budapest, V., Vadász-utca 26, bestellt werden.

Inseratenannahme durch alle Annoncen-
expeditionen und durch den Verlag. Bezugspreis: 26 Pengő. Für Deutschland und für das Ausland: 20 Mark. Für die Übersee: 5 Dollar U. S. A. Einzelnummer 2 Pengő.

Sanatorium Dr. Pajor

Budapest, VIII., Vas-utca 17.

**Für medicin.-chirurg. Nerven- und Herzranke. ⚕
Storm Van Leuven Allergiefreie Abteilungen für
Asthma, Heufieber etc. Allergische Krankheiten. ⚕
Gebärabteilung. ⚕ Stiftungsabteilung für Krebs-
forschung und Heilung. Zander, Orthopädie und
Wasserheilanstalt.**

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.

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 Kom-
fort eingerichtete Zimmer. Erstklassige
Küche. Einbettiges Zimmer von 8 - 14
Pengő, zweibettiges Zimmer von 14—24
Pengő. Thermal-Wellenbad.



St. Margaretheninsel

BUDAPEST, Ungarn

Natürliche radioaktive Schwefel- und Kohlensäure enthaltende Heilquelle. Thermalbäder im Hause. Spezial-Heilanstalt für rheumatische, neuralgische Leiden und Herzkrankheiten. Abgesonderter Park für Sanatorium-Inwohner. Herrliche Spaziergänge für Herzranke. Modernste diätetische Kur, sämtliche physikalische Heilmethoden.



Chefarzt: Professor Dr. von **DALMADY**
Obermedizinalrat: Dr. **CZYZEWSKY**
Sanatoriumchefarzt: Dr. **BASCH**

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*

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. — Ungarische Ophthalmologische Gesellschaft. — Nachrichten.

Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte.

Sitzung am 26. Februar 1932.

J. Csapó und E. Kerpel-Fronius: *Experimentelle Beiträge zur Urämiefrage.* Die Vortragenden studierten an Tieren mit unterbundenem Ureter die Fragen des Säurebasengleichgewichts und der Osmosestörung. Sie bestimmten ausser sämtlichen in Betracht kommenden anorganischen Säure- und Basenradikalen, die b.sher nur auf indirektem Weg per exclusionem berechneten organischen Säuren, ferner auch das Restnitrogen. Das Säurebasengleichgewicht erleidet infolge des Austausches der einzelnen Faktoren eine tiefgehende Veränderung, das Bild wird durch die hochgradige Vermehrung der organischen Säuren beherrscht, diese werden jedoch einerseits durch die Vermehrung der Gesamtbasen, andererseits durch den Ausfall des saueren Chlorions paralytisiert, so dass die Alkalireserve unverändert bleibt. Infolge dieser kompensierenden Veränderungen kann daher bei normalen Bicarbonat eine hochgradige organische Azidose bestehen. Der Bicarbonatwert hängt von den im Blut zustande kommenden Ionverschiebungen ab, selbst hochgradige Bicarbonatwerte schliessen eine gleichzeitig bestehende organische Azidose nicht aus. Auf Grund des Restnitrogens und der bestimmten saueren und basischen Radikale wurde der Gefrierpunkt berechnet, dieser stimmte innerhalb der Grenzen der

Versuchsfehler mit der gemessenen Gefrierpunktniedrigung überein. Ein pathologisch niedriger Gefrierpunktwert wird zum Teil durch das Restnitrogen, zum Teil aber durch die Vermehrung der organischen Säuren und der Gesamtbasen verursacht. Die Differenz zwischen dem komatösen und präkomatösen Zustand wird durch die sprunghafte Vermehrung der organischen Säuren verursacht, die mit dem Eiweisszerfall erklärt werden kann. Für das Entstehen der Toxikose wird ausser dem Osmoseschaden, der organischen Azidose eine massgebende Rolle zugesprochen, die letztere kann durch Chlorione, die aus dem Serum einwandern, verschlimmert werden. Die ausschliessliche Bestimmung eines Faktors z. B. des Bicarbonats bei Störungen des Säurebasengleichgewichtes ermöglicht keine zureichende Orientierung, denn es kann Fälle geben, wo der Chlorverlust infolge Erbrechen sehr hoch und infolge dessen das Bicarbonat so weit vermehrt sein kann, dass die gleichzeitig bestehende, eventuell hochgradige organische Azidose verborgen bleibt. Die nach der Ureterunterbindung auftretende Azidose ist zu Beginn eine organische Retentionsazidose, die mit den übrigen retinierten Stoffwechselprodukten verernt zur Toxikose und zum toxischen Eiweisszerfall führt. Derart wird auf die Retentionsazidose und Toxikose auch noch eine Azidose und Toxikose durch Eiweisszerfall superponiert.

L. Czirbesz: *Mit der Réthischen Operation geheilte ankylotische Kehlkopfstenose.* Die Stimmbänder werden durch die, den Kehlkopf verengende Muskeln und deren Antagonisten, dem Musculus posticus, bewegt. Ist daher der M. posticus gelähmt, so legen sich infolge der Aktion der verengenden Muskeln die beiden Stimmbänder exakt zusammen, wodurch schwere Atembeschwerden entstehen. Diese können durch die Réthische Operation behoben werden. Infolge der Inaktivität sind die den Kehlkopf verengenden Muskeln M. lateralis und M. transversus geschrumpft und werden reseziert. Eine solche fixierte Mittelstellung tritt nach vorausgegangenen Entzündungen und Vernarbungen auf, infolge der Starrheit des Arytaenoidgelenks. Die Lösung der ankylotischen Kehlkopfstenosen erfolgt gleichfalls mit der Réthi-Operation. Der 24-jährige junge Mann überstand im Alter von $2\frac{1}{2}$ Jahren Kehlkopfdiphtherie, die eine Tracheotomie notwendig machte. Er trägt seit 22 Jahren eine Kanüle. Die Ursache der Stenose ist die beiderseitige Ankylose des Arytaenoidknorpels und die konsekutive Medianstellung der Stimmbänder. Wir führten bei ihm die genannte Operation durch und erhielten eine Glott's von maximaler Weite. Der Kranke befindet sich seit 2 Jahren wohl. Der zweite Fall bezieht sich auf eine 41-jährige Arbeiterin, die 12 Jahre lang eine Kanüle trug und wo gleichfalls Ankylose vorlag. Auch hier brachte die Operation vollen Erfolg.

L. Móczár und D. Markó: *Multipl'es eosinophiles Myelom.* Bei dem 30-jährigen Mann entstanden im Kieferbein, in den Lücken nach Zahnextraktionen sich dauernd vergrössernde Höhlen. Ausser diesen Knochendefekten findet sich auch am Schädel ein umfangreicher, scharfrandiger Knochendefekt, wo ein zweihandtellergrosses weiches Gebiet palpiert werden kann. Die im Laufe der Jahre auch an anderen Stellen in Begleitung heftiger Kopfschmerzen sich entwickelnden Knochendefekte lenkten den Verdacht auf Myelom, weshalb er das die Kieferkavernen ausfüllende markartige, 2—3 mm dicke Gewebe exkochleierte. Die histologische

Untersuchung bestätigte diese Annahme, indem das entfernte Gewebe als Myelom definiert wurde. Auf Röntgenbestrahlung mit kleinen Dosen (300 R.) füllten sich die Knochendefekte mit normaler Knochensubstanz. Die hochgradige Radiosensibilität wird durch die Eosinophilie des Tumors erklärt.

B. Röhmer: *Blasendivertikel.* Die Divertikel können in zwei Gruppen geteilt werden, in die zwischen den dissoziierten Muskelbündeln der trabekulär hypertrophierten Blase befindlichen intertrabekulären Divertikel: diese besitzen zumeist eine weite Öffnung und entleeren sich gleichzeitig mit der Blase, die Ursache einer verhinderten Harnentleerung findet sich in der Urethra, oder beim Blasenausgang, oder aber in einer spinalen Erkrankung. Das wahre Divertikel besitzt eine runde kontraktile Öffnung, hinter derselben einen flaschenförmigen Hals und einen kugeligen oder eiförmigen Körper. Während die erstgenannte Form zumeist multipel ist, findet sich die letztere einfach oder doppelt, in diesem Fall in symmetrischer Lage. Sie bilden sich am oberen und Seitenrand des Trigonums und in der Gegend der Ureteröffnungen. Sie sind angeboren, oder aber ist die Disposition vererbt — schwache Stellen in der Muskelwand — und entwickeln sich infolge eines Hindernisses. Das wahre Divertikel wird nicht gleichzeitig mit der Blase, sondern nach der Blasenentleerung in die Blase entleert. (Harnentleerung in zwei Etappen). Das Divertikel ist zumeist nach hinten oder nach hinten und unten gelegen, im letzteren Fall kann es mit dem Ureter, dem Rectum oder dem Blasenfundus zusammenhängen. Es kann lange Zeit hindurch latent bleiben und löst Symptome aus, wenn es eine gewisse Grösse erreicht hat, oder wenn darin eine Infektion entsteht (Stein, Tumor). Die Symptome sind mit Ausnahme der Harnentleerung in zwei Absätzen verschwommen. Ihre Gefahren sind Perforation in dem Bauchraum, Beckenphlegmone, Sepsis, ascendierende Infektion. Die Diagnose erfolgt mit Hilfe des Zystoskops und der Röntgenuntersuchung mit Kontrastmitteln. Löst das Divertikel Symptome aus, oder ist bereits eine Infektion, Stein oder Tumor vorhanden, so muss operiert werden, weil sonst eine Mortalität von zirka 83% eintritt. Die Operationsmortalität beträgt kaum 10%. Er schildert die typische Operation, mit welcher nicht nur das Divertikel zu reseziieren ist, sondern auch die Hindernisse, Rigidität des inneren Orificiums, Prostatahypertrophie zu lösen sind. Von seinen vier Radikaloperationen heilten alle vier Fälle, in einem Fall führte er die Neointegration des Ureters durch. Kann das Divertikel wegen der Verwachsungen von der Blase nicht gelöst werden, so ist es zu reseziieren und separat zu drainieren. In schweren Fällen führt er die Zystostomie durch und drainiert separat das Divertikel und die Blase.

G. Illyés: Die Divertikeloperationen sind sehr segensreich, bilden jedoch immer einen umfangreichen Eingriff, weil zumeist auch Prostatahypertrophie besteht und daher auch die Prostataktomie durchzuführen ist. In seinen 28 Divertikeloperationen musste zehnmal auch die Prostataktomie durchgeführt werden, ferner gab es in drei Fällen Divertikelsteine, fünfmal mündete ein Ureter in das Divertikel, so dass nach dessen Beseitigung der Ureter in die Blase implantiert werden musste, in zwei Fällen war Karzinom im Divertikel, so dass eine umfangreiche Resektion notwendig war.

Sitzung am 4. März 1932.

B. Steiner: *Skarlatina mit seltenen Komplikationen.* Bei dem 10jährigen Mädchen traten am achten Tag der Scharlacherkrankung 40^o-iges Fieber, heftige Bauchschmerzen, Diarrhoe und Erbrechen auf. Appendicitis wurde ausgeschlossen. Die beobachteten Symptome entsprechen einer Pneumokokken-Peritonitis. Mit Rücksicht auf die hohe Operationsmortalität der Pn.-Perit. wollte er der Auffassung von *Salzer* entsprechend, die Abkapselung des Exsudates abwarten. Neben der Peritonitis erschienen als weitere Komplikationen Bronchopneumonie, Otitis m. supp., Nephritis, Mastoiditis, Gefässkollaps, Erysipelas und Empyem. Trotz des schweren septischen Prozesses genas das Mädchen, das Empyem heilte nach Rippenresektion.

A. Gaál: *Hepato lienographia.* Zur Hepatolienographie wurde früher Tordiol jetzt Thorotrast verwendet. Das Thorotrast ist ein Thoriumdioxid-Sol von grober Dispersität und absorbiert infolge seines Thoriumgehalts die Röntgenstrahlen sehr stark. Im Blutstrom verhält es sich als Fremdkörper und wird durch die Retikuloendothelzellen phagozytiert. Mit seiner Hilfe kann die Lage, Form und Grösse von Leber und Milz leicht bestimmt werden, Abdominaltumoren sind gut differenzierbar, die Leber- und Milzvergrößerungen verschiedenen Ursprungs können von einander gut abgegrenzt werden. Ferner kann jeder solche Prozess in Milz und Leber leicht nachgewiesen werden, wo die Phagozyten zum Teil oder vollkommen fehlen, oder wo deren Funktion pathologisch herabgesetzt ist. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle zeigen sich bei den Verfahren keinerlei Unannehmlichkeiten, manchmal findet sich eine transitorische Temperatursteigerung. Ungeklärt ist noch, ob das Verweilen des Thorotrast im Organismus monate- eventuell jahrelang die Funktion der betreffenden Organe schädigt oder nicht.

S. Bézi: *Untersuchungen über die Wirkung des Speichels und der Tonsillenextrakte auf den Diphtheriebazillus und das Diphtherietoxin.* Er spritzte Bakterienemulsion resp. Toxinmischungen in die Kaninchenhaut und prüfte die auftretenden Reaktionsänderungen. Der Speichel verhinderte in einigen Fällen die nekrotisierende Wirkung der Dih.-Bazillen, beeinflusste jedoch das Toxin nicht. Tonsillenextrakt mit physiologischer Kochsalzlösung übte auf die Wirksamkeit der Bazillen keine Wirkung aus, wurden jedoch solche Extrakte mit einer gewissen Di.-Toxinmenge vermischt (0.02 M. L. D.) so wurde in nahezu allen Fällen die Ausbildung der Toxinnekrose ganz oder zum Teil verhindert. Eine ähnliche Wirkung hatten die Extrakte von Lymphdrüsen und von Milz. Im Speichel finden sich normal, resp. infolge der Wirkung von Di.-Infektion, keine das Toxin neutralisierende Immunkörper, die durch dieses Verfahren nachgewiesen werden können. Die Untersuchungen zeigen, dass das Di.-Toxin im menschlichen Organismus von den Tonsillen und Lymphorganen neutralisiert wird.

K. Csépai: *Die Jodröntgentherapie des Basedow.* Er führt seit 1927 systematisch die Jodröntgentherapie des Basedow durch. Die Medikation wird mit täglich drei Tropfen der 5%-igen Jodkalilösung begonnen und so lange erhöht (bis zirka 10—20 Tropfen), bis eine Besserung der Symptome sich zeigt. Nun wird an zwei aufeinander folgenden Tagen die Schilddrüse in zwei Feldern mit

ungefähr $\frac{1}{3}$ Hauterythemdosis bestrahlt. Nach der Bestrahlung wird innerhalb von zirka 2 Wochen das Jod stufenweise entzogen. Nach einer Ruhepause von 2—3 Wochen wird die Röntgenperiode wiederholt. Solche Perioden können in einem Jahr zirka 4—6-mal wiederholt werden. Die Verbindung der beiden Behandlungsmethoden in der beschriebenen Weise übertrefft die Resultate aller übrigen klinischen Behandlungsmethoden, sie sind in gewissen Beziehungen sogar günstiger, als die Ergebnisse der chirurgischen Behandlung. Von den in den Jahren 1927—28 behandelten Fällen wohnen vier in Budapest, all diese sind geheilt. In der jüngsten Zeit hat er 12 Fälle länger als 6 Monate hindurch behandelt. Von diesen wurden 7 geheilt, 5 wesentlich gebessert, in keinem Fall war eine Verschlechterung des Zustandes zu beobachten. In 21 Fällen war die Behandlungsdauer kürzer als 6 Monate. Von diesen heilte ein Fall, 14 zeigen ausgesprochene Besserung, 3 sind unverändert, 1 Fall verschlimmerte sich im Anschluss an eine interkurrente Krankheit und 2 Patienten sind gestorben. Von diesen letzteren hatte der eine einen schweren Herzklappenfehler, der andere erhielt nur eine Jodröntgenperiode und wurde sodann operiert. Mit Ausnahme der zystischen Strumen ist in allen Fällen die Jodröntgentherapie zu versuchen. Bessern sich die Symptome, nach den ersten Jodröntgenperioden, so ist auch weiterhin die klinische Behandlung indiziert. Tritt keine ausgesprochene Besserung auf, so taucht die Notwendigkeit eines eventuellen chirurgischen Eingriffes auf.

E. Elischer: Mit der kombinierten Methode des Vortragenden können gute Erfolge erzielt werden, doch nicht in allen Fällen. Sind die ersten Behandlungsperioden erfolglos, dann soll diese nicht weiter forciert, sondern der operative Eingriff gewählt werden. Die Operation der mit Röntgen behandelten Strumen ist nicht wegen der Verwachsungen schwieriger, wie das früher angenommen wurde, sondern wegen der Konsistenz und Starrheit der Strumasubstanz. Er empfiehlt die Thymusbestrahlung vor der Operation.

K. Hajós: Die vom Vortragenden empfohlene systematische und periodische Jodröntgenbehandlung ist eine glückliche Idee und zur Zeit als die erfolgreichste klinische Methode zu betrachten, in Fällen, wo eine Operation oder eine langdauernde diätetisch roborende Behandlung nicht in Betracht kommen.

M. Guhr: Die demonstrierten Fälle sind zumeist jugendliche, bei diesen findet sich oft eine transitorische Besserung. Die Höhentherapie hat sich seit *Stiller* eingebürgert und nach seinen Erfahrungen erteilt die Höhentherapie dem Organismus einen Anlauf zur Besserung. Amerikanische Forscher haben einen Zusammenhang des Basedow mit der Jodarmut des Bodens und mit den klimatischen Verhältnissen nachgewiesen, indem das Leiden südlich vom 39 Breitengrad, wo das Winterwetter die Bevölkerung nicht mehr zwingt, in Wohnungen zu verweilen, nicht mehr vorkommt. Er führt aus, dass der Aufenthalt in geschlossenen Räumen, die Domestikation als kausale Ursache figuriert und verweist auf jene gemeinsamen Charakterzüge, die zwischen dem Basedow und der anderen Domestikationskrankheit, dem Diabetes, bestehen.

G. Gerlóczy betont, dass die von *Guhr* erwähnten jahreszeitlichen Schwankungen des Basedow eine Parallele mit den temporären Schwankungen des Jodumsatzes im Organismus aufweisen.

Auch im normalen Organismus ist der Jodgehalt des Blutes im Frühjahr viel grösser, als im Herbst. Der Jodgehalt im Blut von Basedowkranken ist durchwegs sehr hoch und verläuft ungefähr parallel mit dem Krankheitsprozess. Die Frühlingsexazerbation des Leidens ist auf dieser Grundlage verständlich, eben deshalb erscheint eine übermässige Betonung der exogenen Möglichkeiten — wie das der Vorredner getan hat — nicht berechtigt.

S. Tóth: In der Schwangerenambulanz finden sich sehr häufig interessante Fälle, doch sehr selten Basedow-Kranke. In der Praxis taucht jedoch oft die Frage auf, ob die Schwangerschaft bei Basedow gewahrt werden soll, oder nicht. In der Literatur finden wir, dass der Basedow eine deletäre Wirkung auf die Schwangerschaft ausübt, dem gegenüber schreiben die Franzosen der Schwangerschaft einen günstigen Einfluss auf das Leiden zu. Er sieht zumeist Fälle der besseren Mittelklasse und er beobachtete in seiner Praxis häufiger Besserungen als Verschlimmerungen des Zustandes. Anscheinend ist die zweite Hälfte der Schwangerschaft, wo der Stoffwechselumsatz stark erhöht ist, von gutem Einfluss und die Basedowsymptome werden entschieden gebessert. Er beobachtete ein junges, an Basedow leidendes Mädchen, das nach der Heirat in vier Jahren dreimal geboren hat und wo in der zweiten Schwangerschaftshälfte immer eine entschiedene Besserung eintrat. Er hat diese Fragen hier erörtert, weil man sich im allgemeinen bei Basedow leicht dazu entschliesst, die Schwangerschaft zu unterbrechen. Dieser Eingriff sollte auf jene Fälle beschränkt werden, wo die Therapie keine Besserung erzielen kann.

K. Csépai bemerkt *Guhr* gegenüber, dass das Jod besonders bei nodösem Struma Thyreotoxikose verursacht. Er schreibt wohl dem Höhenklima keine souveräne Wirkung zu, es fördert jedoch unbedingt die Jodröntgentherapie. Die Beobachtungen des Professor *Tóth* kann er nach allen Richtungen hin bestätigen. *Hajós* gegenüber bemerkt er, dass seine Methode nicht nur zur ambulanten Behandlung geeignet, sondern eine Therapie von allgemeiner Geltung ist.

Sitzung am 11. März 1932.

P. Weiner: *Phosphatsteinbildung nach Sippy-Kur.*

L. Bakay: a) *Dauerresultat nach Anastomose der N. hypoglossus — N. facialis.* Er hat die demonstrierte Kranke 1908 im Alter von 13 Jahren wegen totaler Facialislähmung operiert. Ein Jahr später demonstrierte er das Ergebnis in der Gesellschaft. Jetzt nach 24 Jahren meldete sich die Frau aus anderer Ursache, so dass das Ergebnis der damals durchgeführten Operation überprüft werden kann. Die Ursache der totalen Facialislähmung war die Sequestration des Labyrinths. Er nähte damals in den peripherischen Facialisstumpf den zentralen Stumpf des Hypoglossus end to end ein. Zur Zeit ist der Lagophthalmus vollkommen behoben, das Gesicht blieb symmetrisch und es ist keine Spur einer Verzerrung vorhanden. Das Mienenspiel ist jedoch nicht so weit hergestellt, dass bei Gemütsbewegungen nicht Verzerrungen auftreten würden. Die Kranke hat gelernt, zur Funktionierung der vom Facialis versorgten Muskeln den Reiz durch den Hypoglossus zu schicken. Dass der Reiz tatsächlich über den Hypoglossus in die Endverzweigungen des Facialis gelangt, kann damit bewiesen werden, dass elektrische

Reize vom Hypoglossuspunkt in die Muskeln gelangen, ferner dass der Cornealreflex fehlt. (Auf Berührung der Cornea schliessen sich die Lider nicht, weil die Reflexverbindung zwischen Trigeminus und Facialis fehlt.) Schliesslich, wenn die Zunge bewegt wird, ziehen sich die Ringmuskeln des Auges zusammen.

Baron A. Korányi fragt den Vortragenden, ob der Lidschlag immer vorhanden war.

L. Bakay: Anfangs blieb der Lidschlag aus, später funktionierte er gleichzeitig mit dem anderen Auge.

Baron A. Korányi hat von 40 Jahren experimentell nachgewiesen, dass der zielgemässe Verlauf von zentrifugalen Reizen nicht nur durch die Kontinuität von Verbindungen mit geringstem Widerstand zwischen den Zentren und der Peripherie, sondern auch durch eine derartige Zusammenstimmung von Zentren und Peripherie gesichert wird, die einen Vergleich zur Resonanz bietet und die nach Unterbrechen der Kontinuität von Bahnen mit geringstem Widerstand eine mehr-minder entsprechende Restitution der Funktion auf Umwegen ermöglicht. Zu einem hiemit vollkommen übereinstimmenden Resultat gelangte jüngst Weiss mit seiner Aufsehen erregenden Beobachtung, dass die Innervation einer in den Rücken von Kaltblütern eingepflanzten fünften Extremität in einer Weise erfolgt, dass diese konform mit der entsprechenden Extremität sich bewegt. Hieran erinnert der Lidschlag des Kranken, wo doch motorische Impulse in den Facialis nur im Wege des Hypoglossus gelangen können.

L. Bakay: b) *Zwei Trepanationen bei epileptischen Symptomen.* 1. Der Kranke fiel 1921 vom Dachboden und erlitt eine Impression des Schädeldaches. Er lag 14 Tage lang bewusstlos und wurde noch im selben Jahr in der II. chirurgischen Klinik trepaniert. Wenige Monate später epileptische Anfälle, die sich 7—8-mal täglich wiederholten. Die Krämpfe begannen am Hals, verbreiteten sich auf die rechte obere Extremität und auf den Fuss, er verlor jedesmal das Bewusstsein und ist oft gefallen. Er operierte den Kranken 1926, der Befund war: zirkumskripte Meningitis in der Gegend des Gyrus praecentralis. Nach Beseitigung der entsprechenden Partie der weichen Hirnhaut wurde der Knochendefekt mit Knochenplastik bedeckt. Seit 1926 kein Anfall. 2. Der Kranke litt an multipler Caries. Seit 1922 immer häufigere epileptische Anfälle. Das Zucken setzte an der linken Hand ein, verbreitete sich auf den linken Arm und auf die untere Extremität. Anfangs keine Bewusstlosigkeit, später länger dauernde Bewusstseinstörungen. Vom 10.—15. November 1922 eine ununterbrochene Kette von Anfällen im bewusstlosen Zustand. Die Operation zeigte seröse zirkumskripte Meningitis der motorischen Felder mit verstreuten stecknadelkopfgrossen Tuberkeln. Beseitigung der entsprechenden weichen Hirnhautpartie. Am Tage nach der Operation 5 Anfälle, deren Zahl sodann abnahm. Seit dieser Zeit anfallsfrei. Der erste Fall entspricht dem von Payr als Meningitis serosa traumatica non infectiosa bezeichneten Typus, der zweite Fall dem Typus der M. serosa comitans. In diesem letzteren Fall steht der Prozess mit der Tbc in Verbindung. In beiden Fällen hat jedoch die normale Liquorströmung eine Störung erlitten. Diese Strömung wird durch die Sekretion des Plexus chorioideus, die Hirnpulsation, den negativen Sinusdruck und die Schwerkraft gerichtet und erhalten. Werden die feinen arachnoidalen Spalten durch posttraumatische Blutung toxische Einwirkun-

gen, wie z. B. Tbc verklebt, so tritt eine Zirkulationsstörung und Flüssigkeitsansammlung, also Stauung auf, die auf die betreffenden Zentren einen Druck ausüben kann. Er ist überzeugt, dass die explorative Trepanation in Fällen, wo eine Klärung des Krankheitsbildes zu hoffen ist, häufiger durchgeführt werden sollte.

A. Winternitz: Chirurgische Eingriffe liefern nur bei fokalen Epilepsieformen, bei der sogenannten Jackson-Epilepsie zufriedenstellende Resultate, wo in der Rinde vorhandene Prozesse das Leiden aufrecht erhalten. Die mit allgemeinen Krämpfen einsetzende sogenannte genuine Epilepsie ist kaum beeinflussbar und in solchen Fällen ist daher die Operation nicht indiziert. Erscheint die Rinde makroskopisch normal, so ist der primäre Krampfherd durch elektrischen Reiz aufzusuchen und zu beseitigen.

L. Bakay stimmt mit den Darlegungen des Vorredners überein.

E. Balogh: *Die unmittelbaren Todesursachen bei Krebskranken.* Er studierte nicht die ziffermässigen Daten der Krebsmortalität, sondern jene pathologischen Prozesse, welche die unmittelbare Todesursache bildeten. Sein Ziel ist erreicht, wenn die angeführten Beispiele in dem einen oder anderen ähnlichen Fall zur Lebensverlängerung des Patienten verwendbare Lehren liefern. Im Material der Karzinomtodesfälle (229) der vier letzten Arbeitsjahre des II. Instituts für pathologische Anatomie seien von einander unbedingt zu scheiden: 1. die frischoperierten (155), und 2. die nicht operierten Patienten. So stellt sich den Verallgemeinerungen der französischen Autoren gegenüber heraus, dass z. B. die Bronchopneumonie nur in der ersten Kategorie eine auffallend häufige Todesursache bildet. Neben den immer durchgeführten makroskopischen, die onkologischen Verhältnisse umfassenden mikroskopischen und klinischen Beobachtungen mussten häufig auch (in zirka 136 Fällen) die auf die inneren lebenswichtigen Organen sich erstreckenden histologischen und bakteriologischen Untersuchungen durchgeführt werden, um die wichtigste, der mit einander oft konkurrierenden Todesursachen herauszufinden. Mit materieller Unterstützung der Stefan Széchenyi-Wissenschaftlichen Gesellschaft wurden auch zahlreiche Tierversuche durchgeführt. Bei Prüfung der wichtigsten terminalen Todesursachen verweist er darauf, dass die Synkope nach rasch eingetretener Herzschwäche, besonders nach der Durchführung von grossen Radikaloperationen zu erwarten ist. Sie findet ihre Erklärung nicht nur in Herzläsionen älteren Ursprungs, sondern oft auch in der inneren Karzinomintoxikation des Herzens. Es sei wünschenswert, dass diese vorher klinisch mit Hilfe des Elektrokardiographen festgestellt werde. Das Herz des Krebskranken erleidet die schwerste Schädigung durch die Kachexie, was auch durch die grosse Zahl der Thrombosen in diesem Stadium (bis zu 25%) bestätigt wird. Tod per asphyxiam kann durch das Wachstum von Krebsen aus dem Mediastinum und der Lunge eintreten. In der Form von Shock oft unter dem Bilde von Mors per apoplexiam führen Hirnmetastasen den Tod herbei. An Kachexie infolge Inanition ging weniger als ein Drittel der ihrem Schicksal überlassenen und ein verschwindend geringer Teil (2 von 155) der frisch operierten Krebsfälle zu Grunde. Die genaue Feststellung der Konditionsdaten der Leichen (Feststellung des Körpergewichts usw.) zeigte, dass in gewissen Altersklassen das

durchschnittliche Körpergewicht der Krebsleichen jenes der nicht an Krebs Verstorbenen übertreffen kann. Er konnte die sogenannte paradoxe Fettleibigkeit von Krebskranken bei Frauen nach der Menopause beobachten. Diesbezüglich führt er ausser den einschlägigen Darlegungen von *Wohlwill*, *Kiomo*, *Mathias*, auch seine eigenen Beobachtungen an, so z. B. a) die auf Strahlenbehandlung eintretende Kastration von Uteruskrebsfällen geraume Zeit vor dem Klimax, b) Pankreasschädigungen auf Einwirkung von Geschwulstzellen-Embolien, c) die wiederholt beobachtete Vergrösserung der Langerhans-Inseln bei Krebs, was nach der Deutung von *Falta* zur insularen Hyperfunktion führt usw. Die Arten der terminalen Todesursachen beleuchtet er mit klinisch interessanten kasuistischen Fällen. Er lenkte die Aufmerksamkeit auf die Geschwulstmetastasen der oft auffallend grossen Nebennieren von Karzinomkranken, was seines Wissens vom pathologischem Gesichtspunkt bisher nicht entsprechend gewürdigt wurde. Solche Fälle fanden sich in 10% seines 4jährigen Materials, u. zw. zur Hälfte im Anschluss an primären Lungenkrebs. Geht die Substanz beider Nebennieren rapid zu Grunde, so kann dieser Umstand nicht unberücksichtigt bleiben. Die Rolle der bakteriellen, infektiös-toxischen Schädigungen wurde an den in seinem Institut durchgeführten Tierversuchen studiert. Nicht nur das Geschwulstgewebe von karzinomkranken Tieren (weissen Mäusen), sondern auch deren ganzer Organismus, kann zahlreichen Mikrobenarten zum Opfer fallen, denen gegenüber geschwulstfreie Tiere gleicher Art die weitestgehende Widerstandskraft zeigen. Ausser der Behandlung der erwähnten Herzscheidigungen und Störungen bildet die Bekämpfung der bakteriellen Infektions- und toxischen Prozesse ein dankbares Terrain für die klinische Therapie.

E. Kubányi: In der II. chirurgischen Klinik meldeten sich in der Zeit 1926—32: 1201 Karzinomkranke, bei diesen wurde festgestellt die Zahl der inoperablen Fälle, der durchgeführten radikalen, resp. palliativen Operationen, die Zahl der Röntgen- resp. Röntgen- und Radiumbehandlungen, ferner wie viel dieser Fälle je nach der Lokalisation noch am leben ist. Im Laufe der Datensammlung meldeten sich 47 Patienten nach dem Erhalt des Fragebogens mit Rezidiven, die operativ oder mit Strahlentherapie behandelt werden konnten.

Gesellschaft der Spitalsärzte.

Sitzung am 3. Februar 1932.

A. Liteczky: *Lungenkrebs.* Der 58jährige Mann hustet, entleert blutig tingiertes Sputum, ferner Aortitis luetica, das Herz ist wesentlich vergrössert, Wa. R. ++++. Nicht charakteristischer physikalischer und Röntgenbefund, beschleunigte Blutkörperchensenkung. Mit Hilfe der im Sputum nachweisbaren Tumorzellen gelang es den Lungenkrebs zu diagnostizieren.

D. O. Kuthy: In Städten gibt es mehr Fälle von Lungenkrebs als in der Provinz, vielleicht wird die Luft durch den lebhaften Autoverkehr verunreinigt. Staub disponiert nicht, weil sich unter den Silikate einatmenden Asbestarbeitern eine tödtliche Fibrose, aber

kein Lungenkrebs entwickelt. Die Lungenkrebsendemie in Schneeberg sei wahrscheinlich auf Radiumemanation zurückzuführen, was auch durch die Beobachtungen in Joachimstal unterstützt wird. Die Tbc ist anscheinend ein Antagonist des Cc.

E. Blaur: *Diagnostisches Verfahren vor Durchführung der irreversiblen Kollapstherapie.* Vor Anlegung eines irreversiblen Kollapses prüft er den Zustand der kollateralen Lungenhälfte mit Karyon-Reaktivum 0.5 — 1 kcm. i. v. Zeigen sich in der anderen Lungenhälfte vorübergehend Rasselgeräusche, so darf weder die Phrenicus-Exairese, noch die Thorakoplastik durchgeführt werden.

L. Peschky: Auf Grund eines mit Röntgen kontrollierten Falles kann er die Spezifität des Mittels nicht akzeptieren, dasselbe sei weniger empfindlich, als das Tuberkulin.

Z. Giesz: *Paraffin-Expektoration nach Plombe.* Der 34jährige Kranke erhielt im November 1929 links eine Lungenplombe, ferner Phrenicus-Exairese. Im September 1931 unterheftigen Hustenanfällen Paraffin-Expektoration, mit hohem Fieber. Unter der Plombe wird eine schwere Progression konstatiert. Links wird nun die Thorakoplastik durchgeführt.

J. Farkas: Die Expektoration der Plombenmasse kommt ziemlich häufig vor. Schilderung eines Falles.

J. Sebestyén: Gegen die Anlegung der extrapleurale Plombe sprechen folgende Motive: 1. Die Schwierigkeit der Indikationsstellung, 2. sie erzielt keinen Kollaps, sondern eine Kompression, 3. die Möglichkeit der Fistelbildung, 4. die künstliche Verschiebung des Prozesses zum Mediastinum. Er empfiehlt an Stelle der Plombe die Graf-sche Operation. Das Wesen derselben ist die selektive Thorakoplastik, sie ermöglicht ein langsames Schrumpfen und verursacht keine Deformation.

O. Országh: Nach der Plombenoperation ist kein Erfolg zu erwarten, wenn das Cavum nicht komprimiert wurde. Das Ansehen dieser Operation wurde durch den Umstand geschädigt, dass sie auch bei grossen Kavernen indiziert wurde, und die ungenügende Menge der Plombe nicht im Stande war, dieselbe zu komprimieren. Sie ist kein grosser Eingriff und erzielte in vielen Fällen vorzügliche Resultate. Er liess die Operation an Stelle der Plastik deshalb durchführen, weil er nach derselben keinen Todesfall beobachtete. Seitdem jedoch die Chirurgen auch bei uns bereit sind, die ungefährliche partielle Plastik durchzuführen, indiziert er lieber diese letztere Operation. Die Plombe ist bei Lungen-Tbc nur in gut gewählten Fällen zur Komprimierung von kleineren, unter der Lungenspitze befindlichen Kavernen indiziert, wenn die Anlegung des Pneumothorax nicht möglich ist. Die Indikationsgrenzen können nur nach Verbesserung des Plombenmaterials erweitert werden.

J. Kitzreiber: *Intervertebraler Poncet.* In der Lunge des 53jährigen Mannes beruhigte Phth. chr. cavernosa, seit einem Jahr schmerzhaftes Versteifung der Wirbelsäule. Bei der Aufnahme ist die Hebung der beiden oberen Extremitäten nur bis 45 Grad durchführbar, Atophanyl- und Eigenblutbehandlung unwirksam. Auf i. v. Injektion von Karyon-Reaktivum wurde die Funktionsbeschränkung der Arme behoben.

O. D. Kuthy referiert über einige mit Karyon erfolgreich behandelte Fälle. Er schildert sodann das Hautfaltensymptom von

Sorgo. Der Vortragende schildert ein vor 100 Jahren veröffentlichtes englisches Werk über die Tuberkulose von Franz Ramadge *Hopkins*. Das Werk ist 1836 auch in ungarischer Übersetzung erschienen und stellt auf Grund von 3000 Sektionen lange vor *Nägei* fest, dass in mehr als einem Viertel der Leichen Erwachsener geheilte Lungennarben zu finden sind. Der Vortragende hat in der Tbc-Tagung in Rózsahegy im Jahre 1917 dafür Stellung genommen, dass der Ausgangspunkt der Tuberkulose zumeist der Lungenhilus ist, welche Auffassung gegen die Annahme der Lungenspitzen als Ausgangspunkt der Lungen-Tbc spricht. Der französische Autor Léon Bernard nimmt nun in seiner neuesten Arbeit gleichfalls für seine Auffassung Stellung.

A. Puder: Die Annahme, dass die Phthise von den Hilusdrüsen ausgeht, ist einseitig, und könnte nur mit einer retrograden Lymphströmung erklärt werden, die aber nach den Untersuchungen von *Tende'oo* ziemlich selten ist. Der Ausgangspunkt der Tbc ist noch nicht entschieden. Nach seinen an 300 Leichen durchgeführten Untersuchungen finden sich die typischen parenchymatösen Tbc-Herde nahezu ausschliesslich in den Lungenspitzen, u. zw. in 24%. Sie sind zumeist erbsengross, mit käsigen Massen und Kavernen. Vom anatomischen Gesichtspunkt widerspricht dieser Befund den Auffassungen von *Bard*, *Brauning* und *Neumann* über die vollkommene Ungefährlichkeit von solchen abortiven Tbc. Die Histogenese der Tuberkulose ist auch noch nicht entschieden. Nach der dogmatischen Lehre von *Hübschmann* ist jeder Prozess zu Beginn exsudativ und erst später proliferativ. Seiner Ansicht nach darf man die Genese des Tbc-Prozesses nicht in starre Schemen einordnen, weil die Gewebsreaktion immer eine Resultante der gegenseitigen Wirkung von Gewebe und Virus ist.

I. Kerékgyártó: *Demonstration eines in die Blase perforierten Pyosalpinx.*

Ungarische Ophthalmologische Gesellschaft.

XXIV. Jahresversammlung in Budapest und in Szeged.

Präsident: **Prof. Dr. Leo v. Liebermann.**

Offizieller Bericht von **Priv.-Doz. Dr. G. Horay,**

Schriftführer der Gesellschaft.

(Fortsetzung.)

IV. wissenschaftliche Sitzung

(am 12. Juni in Szeged).

Vorträge: J. Petres (Budapest): *Über gewerbliche Augenschädigungen.* Berichtet über eigene Beobachtungen und Erfahrungen. Unterscheidet das Auge unmittelbar treffende Schädigungen und solche, wo die Augenkrankheit nur die Folge einer industriellen Allgemeinerkrankung ist. Die schädlichen Stoffe sind teils tierischer und pflanzlicher, teils anorganischer Natur. Die Ursache der massenhaften Konjunktivitiden bei Kunstseidarbeitern schreibt er den bei der Fabrikation gebräuchlichen schwefelsaurem Ammoniak und

Schwefelkohlenstoff enthaltenden Stoffen zu. Die durch Kohlenmonoxyd und Kohlensäure verursachten Pupillen- und Sehstörungen hält Votr. für zentral bedingt. Bei Silberarbeitern beobachtete er manchmal Argyrose. Säure-, Kalk- und Laugenverätzungen sind in Ungarn leider sehr häufig. Erwähnt die Methyl- und Allylalkohol-, die Naphthaln- und Anilinschädigungen. Zuletzt bespricht Votr. die sog. physikalischen Gewerbeschädigungen, darunter die Licht- und Wärmestrahlungen, welche letztere vorzeitige Presbyopie und Kataraktbildung verursachen können.

P. Weinstein (Budapest): *Vergleichende Untersuchungen über den Stoffwechsel der Netzhaut und der grauen Hirnsubstanz.* Die Entwicklungsgeschichte und die Histologie lehrt uns, dass das Stützgewebe der Netzhaut aus derselben Zellenlage her stammt, aus welcher die Nervenzelle und deren Fortsätze; die komplizierte histologische Struktur der Retina hat viel ähnliches mit der der grauen Hirnsubstanz. Es war demnach naheliegend, dass dieser entwicklungsgeschichtliche Zusammenhang auch durch andere biologische Beziehungen unterstützt werden könnte. Votr. benützte bei seinen Untersuchungen den Warburg-schen Apparat. Nach Besprechung der Methodik und der Bedeutung des Wärmequotienten zieht Votr. den Schluss, dass nach Vergleichung des Stoffwechsels von Tumoren, Leber, Nierenmark, Nierenrinde, Netzhaut und grauer Hirnsubstanz, in energetischer Hinsicht Retina und graue Hirnsubstanz einander am nächsten sind: die entwicklungsgeschichtliche Verwandtschaft der beiden wird somit durch die Ähnlichkeit ihres Stoffwechsels auch physiologisch unterstützt.

K. Albrich (Pécs): *Beiträge zur experimentellen Hypotonie.* 1. Demonstration eines Apparates der die Volumänderungen des Auges durch sofort eintretende Spannungsveränderungen veranschaulicht. 2. Den Messungsergebnissen von *Schmidt* gegenüber fand Votr., dass weichere Augen im Allgemeinen viel leichter sind, als härtere; falls man Sorge trägt, dass bei der Entfernung des Auges kein Blutverlust aus dem Augenninneren entsteht, so ist das weichere Auge desselben Tieres immer auch das Leichtere.

F. Kukán (Pécs): *Weitere Angaben zur experimentellen Hypotonie und Hypertonie.* Benützte bei seinen Tierversuchen einen Saugnapf von 6 mm Durchmesser, der einerseits am Limbus haftete, andererseits mit einer Wasser-Saugpumpe und einem Quecksilbermanometer verbunden war. Zu Beginn des Saugens steigt die Tension sprunghaft in die Höhe um dann allmählich abzunehmen; nach einer halben Stunde verlangsamt sich das Tempo noch mehr. Hört man mit dem Saugen auf, so fällt die Tension ebenso steil, und zwar unter das Normale. Die Tensionsabnahme ist mit dem negativen Druck, mit der angesaugten Oberfläche und der Dauer des Saugens proportional. Unter dem starken negativen Drucke gelangt kein Fluoreszein in die Kammer; nach dem Aufhören des Saugens erscheint es dann sofort. Die Druckverhältnisse sind zu Anfang des Saugens durch die Dehnung der Sklera und eine minimale Volumänderung des Augeninhaltes bedingt. Die allmähliche Abnahme des während des Saugens erhöhten Druckes ist mit der Menge des durch die Ableitungswege hinausgedrängten Kammerwassers und Blutes proportional. Bei der plötzlichen Drucksenkung nach der Ansaugung spielt ausser dem minimalen Kammerwasserverlust auch noch die durch die Dehnung erzeugte Elastizitäts-

Verringerung der Sklera eine Rolle. Die Normalisierung der Tension erfolgt durch die Regeneration des Kammerwassers und infolge der allmählich zurückkehrenden Elastizität der Sklera. Die konsensuale Druckschwankung des normalen Auges bei jedem Versuch weist auf die wichtige Rolle der Gefäße hin. Auf Grund seiner Erfolge bei Buphthalmus erhofft Votr. eine ausgedehntere therapeutische Anwendung des Verfahrens.

Aussprache: A. Rötth: Nach Muskelvorlagerungen beobachtete R. wiederholt Hypertonie, die $\frac{1}{4}$ Stunde lang dauert und dann allmählich einer Tage langen Hypotonie Platz gibt. Bei dem durch den Zug deformierten Bulbus entsteht ein Missverhältnis zwischen Oberfläche und Volum, was anfangs zu Drucksteigerung führt.

M. Nagy (Szeged): Einschlusskörper-Befunde bei Trachom und anderartigen Bindehauterkrankungen. Berichtet über den Befund von 159, teils an der Univ.-Augenklinik No. II., Wien, teils an der Univ.-Augenklinik, Szeged, beobachteten Fällen. Die Untersuchungen ergaben Folgendes: 1. Ausser bei Trachom und Einschlussblennorrhoe konnten bei keiner mit Follkelbildung und papillärer Hypertrophie einhergehenden Bindehauterkrankung *Prowaczek*-sche Körper nachgewiesen werden, einen Fall von mit Gonoblennorrhoe gemischter Infektion ausgenommen. 2. Bei initialem Trachom und Einschlussblennorrhoe fanden sich *Prowaczek*-sche Körper in 100%, bei chronischem Trachom in 46%, 3. Mittels der bisher üblichen therapeutischen Methoden, der Kupfersulfat und Lapis-Behandlung sind die Einschlusskörper bis zum Zeitpunkt der klinischen Symptomfreiheit nicht zum Verschwinden zu bringen. Die mechanische Behandlung löst sogar eine, zumindest eine vorübergehende Vermehrung derselben aus. Das Erscheinen der Einschlusskörper geht Hand in Hand mit den klinischen Symptomen des trachomatösen Prozesses, wie dies schon *Taboriski* beobachtete, das Schwinden derselben jedoch nicht, indem Einschlusskörper auch bei klinisch symptomfreien Patienten vorhanden sind. 5. Ist das Bindehautepithel während der Remissionen nicht Einschlussfrei, so ist ein Rezidiv immer zu befürchten.

Aussprache: A. Kreiker: Die Einschlusskörper sind am seltensten und am schwersten beim Trachom aufzufinden. Das sog. initiale Trachom hält K. nicht für Trachom. Seine morphologischen Untersuchungen bestärken ihn immer mehr in seiner Überzeugung, dass der Einschluss ein zur Zeit noch unbekanntes Degenerationsprodukt der Epithelzelle darstellt. Das Trachom selbst ist eine Epitheliose, die schweren Veränderungen des Epithels können beim trachomatösen Prozess als primär betrachtet werden, da das zu den Übergangsepithelien gehörende Bindehautepithel auf verhältnismässig geringe Läsionen mit dauernden Degenerationen reagieren kann.

A. Rötth: Untersuchungen, ältere sowohl wie neuere (*Gifford*, *Trapezontzewa*), die die Einschlusskörper für ein Degenerationsprodukt betrachten, beruhen auf Irrtum. Zumeist werden solche Gebilde für Trachom-Einschlüsse angesehen, die mit Letzteren nichts gemein haben. Demonstriert an Bildern die mit den *Prowaczek*-schen Körpern leicht zu verwechselnden anderartigen Einschlüsse. Die Einschlüsse von *Gifford*, welche dieser mittels Nikotin erzeugte, sind abgespaltete Kernteile. Bei papillärem Tra-

chom sind Einschlüsse tatsächlich öfter zu finden, als bei der granulären Form; die Ursache dessen ist jedoch, dass sich unter Letztere auch Fälle von Conjunctivitis follicularis und Follikulose beimengen.

G. László: *Über die Behandlung der toxischen Neuritis retrobulbaris mit Natrium nitrosum.* Berichtet über 19 Fälle, die er an der Univ.-Augenklinik No. 1., Budapest, beobachtet hat. Nach je 20 Injektionen von Natrium nitrosum erfolgte in jedem Falle hochgradige Besserung des Sehvermögens, obschon das Skotom auch später noch nachweisbar war. Er konnte sogar bei solchen Kranken eine Besserung beobachten, die die Abstinenz nicht einhielten. Empfiehlt das im Übrigen gefahrlose Mittel wärmstens zur Behandlung der toxischen Amblyopie.

J. Dallos (Budapest): *Erfahrungen mit Amylnitrit-Einatmungen.* Die Amylnitrit-Therapie will *Deutschmann* in die ophthalmologische Therapie eingeführt haben, in Ungarn wendete sie zuerst *Schulek* an. Die Indikation, welche lange auf Gefässspasmen beschränkt war, bereitete *Imre jun.*, auf eine Reihe von chronischen Augenhintergrund-Erkrankungen aus. Vortr. berichtet über 35 Fälle der Univ.-Augenklinik No. 1., Budapest, welche er über 10 Monate lang beobachtet hatte. Die Erfolge sind bei chronischer Chorioiditis, Chorioretinitis und Retinitis manchmal überraschend, auch bei Gefässerkrankungen des Fundus, bei Pigmentdegeneration der Netzhaut und bei retrobulbärer Neuritis oft sehr günstig. Bei tabischer Sehnervenatrophie war keine Besserung zu beobachten, doch blieb das Sehvermögen während der Beobachtungszeit konstant. Besprechung der Technik der Einatmungen und des Wirkungsmechanismus. Bei gehöriger Vorsicht und individueller Behandlung gibt es so gut wie keine Kontraindikationen. Die Einatmungen sollten bei chorioretinalen Funktionsstörungen immer versucht werden.

Aussprache: Imre J. jun.: Aus der ursprünglichen Mitteilung von *Deutschmann* ist ersichtlich, dass ihn die Erfolge anderer Autoren zur Anwendung des Amylnitrits veranlasst haben. Die Anwendung des Amylnitrits bei chronischen Augenkrankheiten ist vermutlich darum völlig in Vergessenheit geraten, weil die vor 50 Jahren übliche unachtsame Inhalation — man liess den Patienten aus einem offenen Fläschchen einatmen — leicht zur Überdosierung führte, wodurch die vorübergehende unschädliche Hyperämie einer schweren Gehirnämie Platz gab. Es genügt vollständig, wenn man ein Wattebäuschchen mit 2—3 Tropfen eines verlässlichen Amylnitrit-Präparates dem Pat. vor die Nase hält: alsbald tritt die Rötung des Gesichtes und damit die erwünschte Wirkung ein. Bei der ersten Gelegenheit soll man jedenfalls selbst das Mittel ausprobieren und es dem Pat. nur dann anvertrauen, wenn es keine übermässige Reaktion hervorrief. Hoher Blutdruck bildet keine Kontraindikation, hat doch die Einatmung eine mässige Abnahme des Blutdruckes zu Folge. I. versucht das Mittel auch bei einfacher Sehnervenatrophie, da ausnahmsweise auch in diesen Fällen eine einigermaßen günstige Wirkung beobachtet werden kann. In Fällen von chronischer Ader- und Netzhauterkrankungen gibt I. nach den Einatmungen Acetylcholinchlorid-Injektionen, welche in mehreren Fällen eine weitere Besserung — hauptsächlich des Gesichtsfeldes — bewirkten.

E. Grósz: Dass *Deutschmann* und *Schulek* das Amylnitrit in

der Therapie von Augenleiden schon früher angewandt haben, kann die Verdienste von *Imre* jun. nicht schmälern, hatte doch *Imre* das Mittel wieder empfohlen und das Indikationsgebiet ausbreitet. Die Erfolge sind überraschend, da auch in solchen Fällen von Chorioretinitis eine Besserung eintrat, wo dies auf Grund des objektiven Befundes nicht zu erwarten war. In Fällen von *Atrophia nervi optici e neuritide* ist eine Besserung begreiflich, bei einfacher Sehnervenatrophie mit vollständiger Degeneration ist natürlich nichts zu erwarten.

P. Weinstein: *Erinnert an die Untersuchungen von Mansfeld*, wonach das Nikotin im Tierversuch die Gefäße des Herzens erweitert. Es ist wahrscheinlich, dass die Wirkung des Amylnitrits und des Natrium nitrosum keine einfache Gefässdilatation ist, es handelt sich viel mehr um einen komplexen Prozess.

G. Balás: *Über die Wirkung des elektrischen Lichtes auf das Auge.* (I. Teil.) Wendet man bei den ophthalmologischen Untersuchungsgeräten elektrisches Licht an, so ist — unabhängig von Wetter und Tageszeit — eine konstante Intensität der Beleuchtung erreichbar. Subminimale Beleuchtung bedeutet dem Auge einen Arbeitsüberschuss, dagegen ist starkes elektrisches Licht, das keine ultravioletten Strahlen enthält, für das Auge unschädlich. Die Blendung kann als ein unangenehme Empfindungen erregender Zusammenstoß von entgegengesetzten, auf die Wirkung voneinander stark verschieden intensiver Beleuchtungen erzeugen physiologischen Reizen aufgefasst werden. Bei Störungen des Farbensinns und mit Photophobie einhergehenden Erkrankungen haben wir in einem richtig zusammengestellten elektrischen Lichte ein wirksames therapeutisches Hilfsmittel. Zur Erzeugung gelenkter Strahlen ist die elektrische Beleuchtung besonders geeignet, sie ermöglicht die Ophthalmoskopie in hellen Räumen, andererseits das Lesen usw., wo dies (z. B. bei Glaskörper- und Linsentrübungen) nur bei besonders starker Beleuchtung möglich ist.

K. Incze (Szeged): *Beiträge zu den hereditären Augenleiden.* Demonstriert drei Stammbäume: 1. antizipierend erbliche Kortikal-katarakt; 2. dominant vererbliche Degeneratio pigmentosa retinae; 3. mit Taubstummheit komplizierte Pigmentdegeneration der Netzhaut.

Aussprache: **A. Rötth** beobachtete in Szeged vor 8 Jahren eine Familie, wo sich die Degeneratio pigmentosa retinae drei Generationen hindurch dominant vererbt hatte.

L. Fehér (Szeged): *Klinische Erfahrungen über die lymphatischen Augenleiden von Szeged und Umgebung.* Bei der Durchprüfung des Krankenmaterials der Univ.-Augenklinik, Szeged, im letzten Jahrzehnt, fand Vortr., dass 41.4% der Kranken an entzündlichen Erkrankungen litt, 11.6% der Letzteren war lymphatisch. Seit 1928 bekamen diese Kranken ausser der üblichen lokalen Behandlung noch kohlenhydratreiche, an tierischem Fett arme Kost, Devitol und Fertoinin. Seither steigerte sich der Prozentsatz der geheilt entlassenen Fälle von 43.2 Prozent zu 52.8 Prozent. Nach den Untersuchungen mehrerer Autoren ist bei den Lymphatikern die Pirquet-Reaktion in 70—100 Prozent positiv. Da Szeged unter den mit Tuberkulose versuchten Städten Ungarns an zweiter Stelle steht, hält er die gefundenen 11.6 Prozent nicht für zu hoch.

Aussprache: G. Dirói: J. Imre sen. befasste sich schon 1911 mit der diätetischen Behandlung der lymphatischen Augenkrankheiten. Seine Untersuchungen zeigten, dass eine besondere Diät auf die Heilung dieser Erkrankungen keinen Einfluss hat. Dies ist bezüglich der Behandlung ärmerer Volksklassen sehr beruhigend.

(Fortsetzung folgt.)

NACHRICHTEN.

Verleihung. Der Reichsverweser hat dem Dozenten an der Debrecener Stefan Tisza-Universität *Thomas Preininger* in Anerkennung seiner Verdienste für die Ärztebildung und Fachliteratur den Titel eines a. o. Universitätsprofessors verliehen.

Habilitierung. Der Kultus- und Unterrichtsminister hat die Habilitierung folgender neuen Privatdozenten an der medizinischen Fakultät der Pécs-Elisabeth-Universität gutheissend zur Kenntnis genommen und sie in dieser Eigenschaft bestätigt: des Spitalsprimarius von Baja Dr. *Ladislau Maranghy* für „Pathologische Anatomie der Blut- und Lymphbildungsorgane“; des Spitalsprimarius von Kaposvár Dr. *Nikolaus Melczer* für „Histobiologie der Haut“ und des Universitätsadjunkten Dr. *Geza Niemczik* für „Röntgentherapie“.


Kongress. Die italienische Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie hält am 20—22. April 1933 ihren 31. Kongress in Bari. Als Referenten fungieren Professor *Bertino* über die „Vaginale Cöliotomie“ und *A. Acconi* über die weiblichen Genitalhormone. Teilnehmergebühr 50 Lire. Anmeldungen sind bis 20. März an Prof. *Galfami* in Bari (Clinica Ostetrico-Ginecologica) zu richten. Die von ihm den Teilnehmern zugesendeten Zertifikate berechtigen sodann zu Fahrpreismässigungen auf den italienischen Bahnen.

Die Gesellschaft der Spitalsärzte hielt am 18. Januar ihre Generalversammlung, die vom Präsidenten *Josef Guszmann* mit einer Ansprache eröffnet wurde, in der er einen Rückblick auf das 40jährige Wirken der Gesellschaft warf. Es folgte sodann die Preisverteilung. Den Eugen Szili-gynaekologischen Preis erhielten *A. Zágón* und *S. Sulyák*, den A. Hasenfeld-Preis für Arbeiten auf dem Gebiet der internen Medizin *T. Wizer*, *B. Bernolák* und *S. Zorkóczy*, den Egger-Preis erhielt *G. Pilau* und den Furka-Preis *L. Pleskó*. Es folgte sodann die Neuwahl des Bureaus. Präsident wurde Primarius *A. Furka*, zweiter Präsident Professor *A. Torday*, Generalsekretär *S. Bézi*.

Schliesslich hielt Universitätsprofessor *W. Mamminger* den Semmelweis-Festvortrag über *Wundinfektion*.


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.



Erfolgreiche
Wundbehandlung

WETOL-WUNDÖL



Ätherische
Öltherapie der Wunden

Bei Hämorrhoiden Anugen-Zäpfchen

Anfertigung:

APOTHEKE BÉLA ZOLTÁN
Budapest, V., Szabadság-tér

ORGANOTHERAPEUTISCHE PRÄPARATE


Enthalten sämtliche Wirkungsstoffe der innersekretorischen Drüsen.

Toxin- und eiweißfrei! Steril! Haltbar!

TABL. OVARIUM „RICHTER“ GLANDUOVIN

Zur Behandlung der Amenorrhoea. Bei allen Störungen der Eierstockfunktion.
In Schachteln à 3 und 6 Ampullen zu 1 ccm.

Tonogen (Adrenalin) „RICHTER“
Salzsaures wässriges Extrakt der
Nebenniere (1:1000).



GLANDUITRIN
Wässriges Extrakt aus dem Hinter-
lappen der Hypophyse. 1 cm³ enthält
10 internationale Einheiten.

SYNERGETISCH WIRKENDE, PLURIGLANDULÄRE PRÄPARATE

Hormogland „Richter“

die wirksamen Stoffe verschiedener Drüsen,
in Tabletten und Injektionen zur individuellen Organotherapie.

CHEMISCHE FABRIK GEDEON RICHTER A.-G.
Budapest, X.

SANATORIUM GRÜNWALD

BUDAPEST

VII., Vilma királynő-út 11-15.

Abteilungen für Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe. Modern eingerichtete Röntgen- und chemische Laboratorien. Interne diagnostische und diätetische Abteilungen. Radium-Behandlung. Kaltwasserheilanstalt. Behandlungen auch für ambulante Kranke. Mässige Preise. Freie Ärzewahl.

TELEPHON: JÓZSEF 462-59.

PETER FISCHER & COMP. A.-G.

Fabrik medizinisch-chirurgischer Instrumente

BUDAPEST

VI., Vilmos császár-út 53, I. Stock.

GEGRÜNDET IM JAHRE 1856.

Besitzer zahlreicher Auszeichnungen.

TELEPHON :

Automat 115-13 und 115-19.

Ärztliche Einrichtungen in erstklassiger Ausführung und zu sehr mässigen Preisen. Alleinvertrieb der rostfreien Instrumente von

STILLES STOCKHOLM
in Ungarn.



... Schreiben ermüdet Sie nicht, weil

Sie mit keiner aus Stahl-, sondern mit einer aus schmiegsamer Metallkomposition hergestellten Feder mit glänzender und spiegelglatter Oberfläche schreiben, die so leicht auf dem Papier gleitet, dass Sie dessen Berührung kaum fühlen.

Sie schreiben nämlich mit



Die *Ajusto* Feder stellt die Firma

GEO W. HUGHES

Birmingham her.

SPEZIALOFFERT.

Senden Sie dem Vertreter in Ungarn *Emil Alföldi*, Budapest, VII., Peterdyutca 4, Kön. Ung. Postsparkassenkonto Nr. 43078, 1 Pengő und er schickt Ihnen eine Musterschachtel mit 12 sortierten Federn (6 AJUSTO, 2 wunderbare rostfreie und 4 Federn anderer Sorte).

Verlangen Sie *noch heute* die Musterkollektion, damit Sie derart um einen Tag früher Freude am Schreiben haben.