

Sitzungsberichte

aus der medizinischen Sektion des Erdélyer Museumvereines.

XIV. Fachsitzung am 5. Oktober 1907.

Vorsitzender: Prof. SIGMUND PURJESZ.

Schriftführer: DR. DANIEL KONÁDI.

I. Professor DR. BLASIUS KENYERES hält seinen Vortrag über die verschiedenen Verfahren der Farbenphotographie (S. Revue S. 42.)

An der Discussion nimmt Dr. ELEMÉR VERESS teil, der das Verfahren seines Vaters FRANZ VERESS kurz erörtert. Das Wesen des Verfahrens besteht darin, dass aus der Lösung verschiedener Metallnitrate und Chloride mit Hilfe von Collodium eine Emulsion hergestellt wird, die auf Glas, oder Papier eingetrocknet, gegen die Farben empfindlich ist. Wenn verschiedene Metallechloride und neben diesen Metallnitrate im Collodium mit Silbernitrat zusammengebracht werden, erhält man eine, allen Farben des Spectrums gegenüber empfindliche Lösung. Die Exposition geschieht unter farbiger Beleuchtung. Ein Nachteil des FRANZ VERESS' sehen Verfahrens ist der, dass eine relativ langdauernde Exposition und farbige Beleuchtung nötig ist, bis die Farben in entsprechender Intensität sichtbar werden, ferner dass der Ton und die Lebhaftigkeit der Farben mit den auf den Diapositiv sichtbaren Verhältnissen nicht vollkommen übereinstimmen, schliesslich dass die Zusammenstellung der Emulsion eine äusserst verwickelte ist. Die Vervollkommenung ist aber durchaus möglich. Das Verfahren steht den anderen gegenüber einzig da, da es das alleinige ist, welches auf rein chemischem Wege und auf die unmittelbarste Weise zum Ziele zu gelangen sucht.

2. Dr. LUDWIG GÓTH stellt einen Fall von *vaginalem Kaiserschnitt* vor, den er vor zwei Tagen wegen *Eklampsie* vornahm, die in der 32. Woche der Schwangerschaft bei einer V. Gr. auftrat. Chloroformnarkose, Herabziehen mittels beiderseits in die Ränder

des Muttermundes eingehackter Muzeux; vorderer Scheidenschnitt, der Länge nach vom Muttermund bis zur Hälfte der Scheide; Hinauf-schieben der Blase, Eröffnung der vorderen Cervixwand, Sprengen des Fruchtsackes, Wenden auf die Füsse, Extraction. Die Frucht in stärkerer livider Asphyxie, kommt bei *Schultze'schen* Schwingungen, Aufwärmen und Hautreizen zu sich. Der Neugeborene misst 46 cm. wiegt 2100 gm. atmet und nährt sich in der Couveuse ziemlich gut. 2 Stunden nach der Operation beginnen bei der Wöchnerin eklamptische Anfälle, die in ständigem Coma die ganze Nacht bis 8 Uhr morgens andauern (24 Paroxysmen); Vormittags noch ein Anfall, Nachmittag und am Tage der Vorstellung kein neuerer Anfall.

XV. Fachsitzung am 12. Oktober 1907.

Vorsitzender: Prof. SIGMUND PURJESZ.

Schriftführer: Dr. DÁNIEL KONRÁDI.

1. Dr. STEFAN SÁNDOR demonstriert einen Fremdkörper, der in einem Tumor der Bauchwand eingeschlossen war. Bei der 51 Jahre alten, stark abgemagerten Patientin war im linken Hypogastrium ein faustgrosser, harter, mit den tieferen Schichten der Bauchwand verwachsener Tumor vorhanden, der weder mit dem Colon sigmoideum, noch mit den Genitalien zusammenhing. Die Operation bestand in der Entfernung der mit dem Omentum, dem Ligamentum latum und Ligam. teres uteri verwachsenen Geschwulst. Die Geschwulst in der Grösse eines Gänseeies, war aus narbigem Bindegewebe gebildet, in der Mitte derselben fand sich ein 5 cm. langes, 2 mm. breites, 1 mm. dickes, an beiden Enden zugespitztes Knochenstück, in etwas Granulationsgewebe gehüllt.

2. Dr. STEFAN SÁNDOR demonstriert den *Ricard'sche Narkotisierung Apparat*, der eine Variante des *Regnier Dupont'schen* Apparates ist. Die Vorteile des Apparates sind, dass die Controlle der Atmung des Narkotisierten eine leichte ist, dass sich eine genau dosierte Luft- und Chloroformmischung verabreichen lässt und dass der Apparat eben deshalb auch dort von ausserordentlichen Nutzen sein wird, wo das Narkotisieren einem minder geübten Narcotiseur, eventuell einem Laien anvertraut werden muss.

3. Dr. ÁRPÁD GYERGYAI demonstriert einen minder ausgesprochenen Fall eines *Skleroms*. Unter dem rechten Stimmbande fand sich ein kleiner Auswuchs und am Choanenseptum ein erbsengrosses Granulom, im übrigen normale Verhältnisse. Das endolaryngeal entfernte Gewebe zeigte das typische histologische Bild des Skleroms.

4. Dr. HEINRICH KANITZ stellt zwei Fälle von *Rhinosklerom* vor. Diese beiden Fälle miteingerechnet wurden an der hiesigen

dermatologischen Klinik in den letzten 10 Jahren 9 Fälle von *Rhinosklerom* beobachtet. Diese Krankheit scheint demnach in dem siebenbürgischen Theile Ungarns ziemlich häufig vorzukommen.

XVI. Fachsitzung am 19. Oktober 1907.

Vorsitzender: Prof. Dr. SIGMUND PURJESZ.

Schriftführer: Dr. DANIEL KONRÁDI.

1. Dr. HEINRICH KANITZ demonstriert mikroskopische *Praeparate* von dem einem in der letzten Fachsitzung vorgestellten *Rhinosklerom*.

2. Prof. KOLOMANN BUDAY demonstriert ein Präparat von *vollkommener Nierennekrose* durch Embolie verursacht; der Fall gewinnt dadurch an Interesse, dass bereits während seiner Beobachtung an der internen Klinik, aus den Nierenblutungen die Diagnose auf Niereninfarkt gestellt wurde. Die von Prof. KENYERES verfertigten farbigen, photographischen Aufnahmen von der Niere geben den ursprünglichen Farbenunterschied von den einzelnen Theilen derselben noch genauer zurück, als das bereits etwas verblasste Praeparat. An der Discussion nimmt Dr. ALADÁR ELFER teil.

3. Dr. JOHANN GÉBER stellt

a) ein 12 Jahre altes Mädchen mit einer *Sklerosis tonsillae* und
b) einen Fall von schweren und ausgedehnten Veränderungen von tertiärer Syphilis vor und weist an der Hand dieses Falles auf die endemische Verbreitung der Syphilis in den siebenbürgischen Theilen Ungarns hin.

4. Dr. LUDWIG GÓTH hält einen Vortrag: „*Ein neuer Handgriff zur Behandlung der nach der Geburt auftretenden (atonischen) Blutungen*“

XVII. Fachsitzung am 26. Oktober 1907.

Vorsitzender: Prof. Dr. LADISLAUS UDRÁNSZKY.

Schriftführer: Dr. DANIEL KONRÁDI.

1. Dr. FRANZ VERESS stellt zwei Fälle von *Sklerodermie* vor, nachdem er vorerst über das Wesen dieses selteneren Leidens eingehend berichtet.

Der erste Fall betrifft den 41 Jahre alten Tagelöhner G. M. In der Anamnese findet sich nur eine wichtigere Angabe, nämlich die, dass Patient einige Wochen, bevor die ersten Erscheinungen der Erkrankung auftraten, an einem kalten Wintertage, nach anstrengender Arbeit, verschwitzt, eine Nacht in einem ungeheizten Stalle

schief und als er des Morgens erwachte, derart erstarrt war, dass er seine Tiere nicht abfüttern konnte. Er lag dann eine Woche hindurch krank zu Bette und einige Wochen darauf begann sich seine Haut stellenweise zu verhärten.

An den beiden Schulter spitzen, den Oberarmen, den Unterarmen bis zur Handwurzel, beide Ellenbogenbeugen ausgenommen, mit Ausnahme der Inguinalgegenden an den Oberschenkeln, den Unterschenkeln, an den grössten Teilen des Rückens, des Brustkorbes und des Bauches ist die Haut innerhalb scharfer Grenzen eigentümlich verändert; ihre Oberfläche ist glatt, prall, sie fühlt sich stellenweise nur schwach infiltriert an, doch an den ergriffenen Stellen ist sie zum grössten Teil knorpelhart und lässt sich nicht in Falten heben. Dies zeigt sich am augenfälligsten oberhalb der Gelenke und dort wo die Haut direct auf Knochen und Sehnen liegt. Die erkrankten Hautparthien sind zumeist rötlich gefärbt, stellenweise sind sie violett oder blassgelb, wachsfarbig und glänzend, oder aber braun pigmentiert. Die Oberfläche der ergriffenen Hautstellen erhebt sich an den Schulter spitzen, am Bauche und in der Gegend des rechten Schulterblattes etwas über das Niveau der sie umgebenden Haut, ist also hier verdickt, an anderen Stellen erscheint sie gerade etwas eingesunken. Spontane Schmerzhaftigkeit besteht nur oberhalb der beiden Handwurzelgelenke und an beiden Sohlen; die Bewegung der Extremitäten verursacht ihm in der Haut ober den Gelenken Schmerzen. Die erkrankten Hautstellen fühlen sich etwas kühler an, als die sie umgebende gesunde Haut. Die Tastempfindlichkeit ist im Grossen und Ganzen unverändert, nur an der Haut ober den Knöcheln und den Handwurzeln, sowie an der Sohle ist die Empfindlichkeit vermindert, hier ist die Haut am stärksten gespannt. Ob die Verhärtung der Haut des Praeputium und der Eichel auf Sklerodermie beruhen, lässt sich gegenwärtig noch nicht sicher sagen.

Der zweite Fall bezieht sich auf den 45 Jahre alten Landmann *M. K.*, der nie an Syphilis gelitten und Alcohol stets nur mässig genossen haben will. Rund um die Knöcheln und auf die Füsse übergreifend ist die Haut glatt, gespannt, glänzend und fühlt sich sehr hart an. Auch das untere Drittel beider Unterschenkeln wird von glatter, praller, dünner, doch weniger harter Haut bedeckt. Die Grenze des Leidens reicht nach oben auf 3—4 Querfinger unter das Kniegelenk, ist aber derart verschwommen, dass die verhärtete Haut nahezu unsichtbar in die gesunde übergeht. In der Mitte der vorderen Fläche des rechten Oberschenkels ist die Haut in Gestalt einer dreiästigen fingerbreiten Linie, an der linken Seite des Bauches in der Form eines runden, etwa Kronengrossen Fleckes ebenfalls verhärtet. Hier erscheint sie braunrot pigmentiert

und ist ihre Empfindlichkeit, hier ebenso, wie im äusseren unteren Teile der Knöcheln, vermindert.

Beide Fälle werden von Prof. MARSCHALKÓ histologisch aufgearbeitet.

2. Dr. PAUL STEINER stellt einen *operierten und geheilten Fall eines Stiches der Niere* vor. Der 28 Jahre alte Mann erhielt vor einem Monate einen Messerstich in die linke Lumbalgegend und wurde Nachts 3 Uhr an die Klinik gebracht. Der etwas collabierte Patient ist bei Bewusstsein; Puls kleinwellig, 104; Temperat. 36·8, Zahl der Atmung 34. In der linken Lumbalgegend eine 3 cm. breite, auf $\frac{1}{2}$ cm. klaffende, scharfrandige Stichwunde. Morgens stellt sich starke Haematurie ein, der Collaps hat zugenommen. Die Operation bestand in einem hinteren Lumbalschnitt mit Freilegung der Niere (Prof. MAKARA), bei welcher Gelegenheit eine die Nierenkapsel durchdringende, die hintere Oberfläche der Niere, ca. 3 cm. ober ihrem unteren Pole treffende, 1 cm. lange Stichwunde gefunden wurde. Selbe wurde mit einer Catgutnaht vereinigt, die Niere reponiert, um dieselbe zwei Gazestreifen gelegt, die Muskel-Hautwunde verengt und offene Wundbehandlung eingeleitet.

3. Dr. PAUL STEINER stellt weiters *zwei schwere Fälle medicinaler Quecksilbervergiftung* vor. In dem einen Falle stellte sich nach 9 antiluetischen Injectionen unter Mundsperrre ein übelriechendes, belegtes Geschwür an der rechten Mandel, Gaumenbogen, rechten Zungenhälfte u. s. w.-ein, während in dem anderen Falle die acute Quecksilbervergiftung nach Anwendung von Verbänden mit gelber Quecksilbersalbe gegen Phlegmone des Unterschenkels und Fusses auftrat.

An der Discussion nehmen Prof. MARSCHALKÓ, FRANZ VERESS und ERNST PAPP teil.

4. Vortrag des Dr. ERNST FÉLEGYHÁZI: *Ein Fall von teilweisen Riesenwuchs mit Geschwulstbildung gepaart.* (Siehe Revue Seite 43.)

An der Discussion nimmt Dr. ALADÁR ELFER teil.

5. Dr. HEINRICH KÁNITZ stellt einen Fall von *Psoriasis vulgaris* vor, der deshalb von Interesse ist, als die psoriasischen Veränderungen sich in der vom Bauche auf den Ellenbogen transplantierten Haut entwickelten. Dieser Fall liefert für die Pathogenese der Psoriasis verwertbare Daten.

6. Dr. TIBOR PÉTERFI hält einen Vortrag: „*Ueber ein neues Verfahren zur massenhaften Aufbewahrung histologischer Praeparate.*“

XVIII. Fachsitzung am 9. November 1907.

Vorsitzender: Prof. LADISLAUS UDRÁNSZKY,

Schriftführer: Dr. KONRÁDI DÁNIEL,

1. Prof. SIGMUND PURJESZ stellt einen Kranken vor mit *Neugebilde in der Brusthöhle*, mit ausgedehnten Thrombosen, jedoch ohne Oedem.

2. Dr. PAUL STEINER: „*Geheilte Fall einer nach Freyer vollzogenen transvesicalen Prostatektomie*“ Die chirurgische Behandlung der Prostatahypertrophie hat seitdem bedeutende Fortschritte gemacht, seitdem die Annahme, jeder an Hypertrophie der Prostata leidende Kranke wäre arteriosklerotisch, abgelehnt erscheint. Die Hypertrophie der Prostata wird heute als eine locale, primäre Erkrankung angesehen und seitdem sich diese Lehre verbreitet hat, tritt eine ganze Reihe von Operationen auf. Diese lassen sich am zweckmässigsten in zwei Gruppen teilen in die *mittelbaren operativen Verfahren* und in die *unmittelbaren operativen Verfahren*. Zu ersteren rechnen wir a) die beiderseitige *Unterbindung der Arteria iliaca interna*, ein Verfahren, welches Bier vorschlug, nach weiteren 4 Jahren riet er jedoch selbst zum Verlassen dieser Operation. b) *Die sexuellen Operationen* u. zw. die *Castration* (RAMM) und die *Resection des Ductus deferens* nach ISNARDI. Die unmittelbaren Verfahren sind: a) die BORTINI'sche *galvanokautische Methode* und b) die *Prostatektomie*. Der Zweck dieser Operation besteht in der teilweisen oder vollkommenen Entfernung der Prostata. Diese wurde auf verschiedenem Wege versucht, durch die Harnröhre hindurch, auf infrapubischem und sacralen, ja sogar auf transanorectalem Wege, immer mit ungenügendem Erfolge. Einer eigentlichen Verbreitung erfreut sich die Prostatektomie jedoch erst seit dem Momente an, seitdem die Operateure eine Enucleation derselben innerhalb der Kapsel vornehmen. Heute dreht sich die Frage nicht mehr um die Berechtigung der Prostatektomie, und nur über den Zeitpunkt des Eingriffes und dem Wege derselben sind die Anschauungen noch verschieden. Die Franzosen mit ALBARRAN an der Spitze sind Anhänger der *perinealen Methode*, die Engländer sind für die FREYER'sche *transvesicale Methode*. Das transvesicale Verfahren hat sehr viele Vorteile aufzuweisen, ein Nachteil desselben besteht darin, dass bei fetten Individuen die Entfernung der Prostata auf diese Weise, mit Schwierigkeiten verbunden ist. Was den Zeitpunkt des Eingriffes anbelangt, so wird die Operation in jenen Fällen, wo wir mit aseptischen Catheterisieren gut auskommen, überhaupt nicht vorzuschlagen sein, dagegen werden wir sie zu empfehlen haben, wenn das Katheterisieren

immer schwieriger wird und mit profusen Blutungen einhergeht, wenn eine schwere Infektion der Harnblase vorhanden ist und wenn eventuell Steinbildung in derselben constatiert wird. Contraindicirt ist die Operation in erster Linie bei Niereninsuffizienz, bei hochgradiger Schwäche, schwerer Arteriosklerose und bei diffuser Bronchitis. Schliesslich soll noch hervorgehoben werden, dass bei der Prostatektomie die BIER'sche Lumbalanalgesie vorzüglich geeignet erscheint.

Der operierte Fall betraff einen 75 Jahre alten Mann; bei dem das Leiden vor ca. 5 Jahren mit häufigem Urinieren begann, vor 5 Tagen trat plötzlich Harnretention auf, worauf er katheterisiert wurde; seit dieser Zeit entleert sich der Harn nur tropfenweise und verursacht im das Urinieren fürchterliche Schmerzen. Die Untersuchung per Rectum zeigt, dass die Prostata diffuse vergrössert und auf Druck etwas empfindlich ist; der linke Lappen etwas grösser, als der rechte. Die cystoskopische Untersuchung lässt die Blase im hohen Grade trabeculär, injiciert erscheinen, die Uretheröffnungen schlitzförmig. Der mittlere Lappen der Prostata ist von der Grösse einer kleinen Haselnuss und wölbt sich in die Blase vor. Am 12. Oktober wurde die transvesicale Prostatektomie nach FREYER vorgenommen. Die Blase wird durch einen Nelatonkatheter hindurch mit 200 cm.³ Borlösung angefüllt und der Katheter dort gelassen. Hoher Blasenschnitt. Die Schleimhaut ober der Prostata wird mit Skalpell durchschnitten und dann stumpf mit den Fingern und unter Schonung der Harnblase zuerst der rechte und der mittlere, dann der linke Lappen ausgeschält. Blutung minimal. Die Blasenwunde wird mit zweischichtiger Naht vollkommen geschlossen, die Wunde an der Bauchwand verengt, in das Cavum praevesicale ein Jodoformgazestreifen eingeführt. Ständiger Nelatonkatheter No. 16.

Die entfernte Prostata wiegt 20 gm. ist gelappt und hat eine Breite von 5 $\frac{1}{2}$ cm., ihr Diameter antero-post. beträgt 3 cm. Verlauf vollkommen ohne Störung; Heilung.

3. DR. ALEXANDER BLUMENFELD referiert über einen Fall von Lungenblutung mit tölichem Ausgange und demonstriert das pathologisch-anatomische Präparat des Falles.

4. DR. OSKAR VÉRTES: *Ueber die Heissluftbehandlung in der Gynaekologie.* VERFASSER gelangt auf Grund der an der geburts-hilflichen und gynaekologischen Klinik durchgeführten Behandlungsversuchen zu folgenden Schlüssen: 1. Die Heissluftbehandlung ist eines der mächtigsten Behandlungsverfahren in der conservativen Gynaekologie, so dass es an keiner gynaekologischen Klinik oder gynaekologischen Abteilung entbehrt werden kann. 2. Besonders auffällig ist seine Wirkung auf Beckenexsudate bindegewebiger oder

seromembranöser Natur, geringer auf die entzündlichen Leiden der Adnexe. 3. Zumindestens symptomatisch, schmerzlindernd ist es zu versuchen, selbst wenn der Befund an den Genitalien normal ist hauptsächlich wenn nach abgelaufener Entzündung derartige Klagen fortbestehen. 4. Indiciert erscheint es zur Beschleunigung von Stumpfsudaten. 5. Wegen Aufsaugung von Exsudaten um Adnextumoren, ist es behufs Stellung einer genaueren Diagnose vorzüglich geeignet und weiters zur Vorbereitung von Adnextumoren zur Operation. 6. Es entwickelt nur bei frischen Processen seine energische aufsaugende Wirkung, je älter der Process ist, als desto weniger einflussreich stellt sich die Behandlung heraus. 7. Bedingung der Behandlung ist die normale Körpertemperatur und die Unempfindlichkeit gelegentlich der Untersuchung: Fieber und Empfindlichkeit contraindicieren das Verfahren in absoluter Weise; die geringste Temperaturerhöhung gebietet sofortige Einstellung der Behandlung.

An der Discussion nehmen Dr. KARL ÁKONTZ, Dr. ALADÁR ELFER und Prof. Dr. DIONYS SZABÓ teil.

5. Prof. Dr. BLASIUS KENYERES berichtet über den Congress zu Dresden.

XIX. Fachsitzung am 16. November 1907.

Vorsitzender: Dr. SIGMUND PURJESZ,
Schriftführer: Dr. DANIEL KONRÁDI.

1. Dr. DESIDERIUS VESZPRÉMI demonstriert das von einem Neugeborenen herrührende pathol. anatom. Praeparat. Der obere Teil der Speiseröhre bildet einen blind endenden, vom unteren Teil getrennten Sack, während der untere Teil mit der Kehle durch eine Öffnung communiciert, die an der hinteren Wand derselben oberhalb der Bifurcation liegt.

Er demonstriert das Dickdarmpraeparat eines an acuter Bauchfellentzündung verstorbenen Geisteskranken; am Dickdarm sieht man ein chronisches Geschwür, das in der Mitte perforiert ist. An dieser Stelle des Darmes wurden mehrere Fremdkörper, so ein Kiesel, ein Stück Leder, ein Pfirsichkern u. s. w. gefunden. Die Perforation dürfte durch das spitze Ende des Kernes verursacht worden sein, da dieses stärker in den Grund des Geschwüres eingeklebt war.

2. Dr. HEINRICH KANITZ hält einen Vortrag *Ueber die Behandlung der Syphilis mit Atoxyl*. Seine Erfahrungen fasst er folgend zusammen: 1. Das Atoxyl wirkt entschieden auf die verschiedensten

Erscheinungen der Lues. Primäre, secundäre und tertiäre Veränderungen können durch atoxyle Behandlung zum Schwinden gebracht werden. 2. Der Einfluss des Atoxyls ist je nach den Stadien der Erkrankung ein verschiedener. Am sichersten und energischsten ist die Wirkung im tertiären Stadium, dessen Producte, zum mindestens was die Haut- und Schleimhautsyphilide anbelangt, fast immer rasch heilen. Weit weniger verlässlich ist die Wirkung des Praeparates im frühen, also im primären und im secundären Stadium, dessen Erscheinungen nicht immer zum Schwinden gebracht werden können. 3. Besonders auffällig ist die rasche und günstige Wirkung des Atoxyls in den Fällen der Lues maligna praecox. 4. Bei maligner Syphilis und bei den tertiärenluetischen Veränderungen wetteifert das Atoxyl was seine Wirkung anbelangt mit jener des Quecksilbers, dagegen bleibt es in seiner Wirkung auf die Sklerosen und auf die secundären Veränderungen hinter dem Quecksilber zurück. 5. In Fällen von secundärer Lues, selbst wenn dieselben auf die Behandlung ausgesprochen reagiert hatten, ist die Wirkung des Atoxyl keine anhaltende. In vielen Fällen stellen sich schon in kurzer Zeit nach der Behandlung Recidiven ein. 6. Die locale atoxyle Behandlung in Form von Salben, Pflastern und Pinselungen ist nur bei den tertiären Erscheinungen und bei den Veränderungen der Mundschleimhaut von Nutzen. Bei Sklerosen beschleunigt die locale atoxyle Behandlung den Gang der Heilung nicht. 7. Dieluetischen Veränderungen der Schleimhaut können geradeso zum Schwinden gebracht werden, wie die Syphilide der Haut. 8. Beim Gebrauch des Atoxyls können sich milderere, oder schwerere Vergiftungserscheinungen einstellen, die bei Verwendung des Mittels zu grosser Vorsicht mahnen.

An der Discussion nehmen Prof. MARSCHALKÓ, Dr. DESIDERIUS POTOCKY, Dr. ALADÁR ELFER und Prof. Dr. SIGMUND PURJESZ teil.

XX. Fachsitzung am 23. November 1907.

Vorsitzender: Dr. JOHANN TURCSA,
Schriftführer: Dr. DANIEL KONRÁDI.

Vortrag des Prof. Dr. SIGMUND PURJESZ: *Ueber die Bedeutung der frühen Diagnose und über die CALMETTE'sche Ophthalmoreaction.* (Siehe Revue S. 47.)

XXI. Fachsitzung am 30. November 1907.

Vorsitzender: Prof. LADISLAUS UDRÁNSZKY.

Schriftführer: Dr. DANIEL KONRÁDI.

1. Dr. FRANZ VERESS referiert über einen tödlichen Fall von *Skleroma neonatorum*. Das vier Wochen alte Kind erkrankte an seinem 17-ten Lebenstage. Die unteren Extremitäten schwellen allmählig auf das 2—3 fache ihres ursprünglichen Umfanges an; in der 4-ten Lebenswoche als der Fall zur Beobachtung gelangte war der ganze Unterleib und die unteren Extremitäten bretthart, bedeutend verdickt, von blasser Farbe und an den erkrankten Teilen waren stellenweise umschriebene Hautblutungen sichtbar. Die Lebenskraft des Kindes nahm zusehends ab und der Tod erfolgte in der 4-ten Lebenswoche, am 11. Tage der Erkrankung.

An der Discussion nimmt Prof. MARSCHALKÓ teil.

2. Prof. STEFAN APÁTHY hält einen Vortrag mit dem Titel: *Die Fixierbarkeit und Färbbarkeit als physiologische Kennzeichen* und demonstriert die entsprechenden mikroskopischen Praeparate.

XXII. Fachsitzung am 7. Dezember 1907.

Vorsitzender: Dr. JOHANN TURCSA.

Schriftführer; Dr. DANIEL KONRÁDI.

1. Dr. LUDWIG GÓTH: *Ein durch Laparotomie geheilter Fall eines Eizstockperithelioms mit innerer Verblutung drohend.* (Siehe Revue S. 53.)

2. Dr. FRANZ VERESS: *Ein Fall einer mit Paraffinprothese verbesserten Sattelnase.* Bei dem an tertiärer Lues leidenden jungen Mann, sank die Mitte der Nase vor ca. 7 Monaten, infolge der bestandenen Gummien und der Perforation des Septums ein. Die Correctur gelang ganz gut, der Nasenrücken wölbt sich entsprechend hervor und dies verleiht dem Patienten ein ganz angenehmes Profil.

An der Discussion nimmt Dr. AURÉL ANKA teil.

3. Prof. Dr. LUDWIG MAKARA stellt *einen Fall eines inoperablen mit Radiotherapie behandelten Brustkrebses* vor. Bei der 65 Jahre alten Patientin zeigte sich gelegentlich der ersten Untersuchung im Jänner des 1. J. im oberen-äusseren Quadranten der linken Brust eine krebsige Geschwulst in der Grösse einer Männer

faust, die teils mit den Brustmuskeln, teils mit dem Brustkorbe innig verwachsen war und deren Oberfläche im Durchmesser von 10 cm. tief, kraterartig exulceriert war. In der Achselhöhle, oberhalb und unterhalb des Schlüsselbeines sind vergrösserte, krebsige Drüsenknoten sichtbar und fühlbar. Da das Leiden die Grenze der Möglichkeit der radicalen Entfernung überschritten hatte, wurde Roentgenbehandlung, innerlich arseniges Wasser von Pará und locale Sonnenbestrahlung verordnet. Die Röntgenbehandlung begann am 30. Januar und wurde bis Ende April jeden zehnten Tag, drei Monate hindurch jede zweite Woche und von da ab monatlich einmal vorgenommen, so dass bis jetzt 21-mal exponiert wurde. Die Radiotherapie von der Arsen und Sonnenlichtbehandlung unterstützt, veranlasste eine vollkommene Überhäutung des grossen Geschwüres. Die Ausdehnung des Geschwüres wird durch den schnurartig emporgehobenen krebsigen Saum gezeichnet. Die Geschwulst selbst ist während der 10 Monate kleiner geworden, dasselbe lässt sich auch von den Drüsenknoten sagen. Der allgemeine Kräftezustand der Patientin ist ein sehr zufriedenstellender. Schmerzen hat sie keine.

Dem die Plagen des exulcerierten Brustkrebses bekannt sind, der wird das mit dieser palliativen Heilmethode erzielte Resultat, vollauf zu würdigen wissen. Es ist hier nicht von Heilung die Rede, nur davon, dass es gelang die Ueberhäutung des Geschwüres zu veranlassen und der Weiterentwicklung der Geschwulst vorzubeugen, was zweifellos ein nennenswertes Resultat ist.

Gelegentlich der im vergangenen Jahre in Budapest abgehaltenen Landes-Krebs-Conferenz, wurde darüber beratschlagt, in welcher Art auch wir an dem Kampfe gegen den Krebs teilnehmen sollten. Hauptsächlich wurde die Frage erörtert, wie es zu erreichen möglich wäre, dass sich der Krebskranke bei Zeiten zur Operation vorstelle. *Vortragender* verspricht sich von den unter den Patienten zu verteilenden Mahnungsblättern nicht sehr viel, will übrigens gegenwärtig nur darauf aufmerksam machen, dass über die Verbesserung des Schicksales der s. g. inoperablen Krebskranken nicht ein Wort verlautete, während wir gerade hier in dem Kampfe gegen den Krebs, praktisch-nützlich zu leisten imstande sind. Auch der gegenwärtige Fall beweist es, dass die Behandlung des inoperablen Krebskranken durchaus kein ganz unfruchtbares Gebiet ist. Hieher gehört neben der Roentgenbehandlung, die Sonnenstrahlen- und Arsenbehandlung, mit der man sich gegenwärtig wieder in Form des Atoxyls versucht. Kurz der Standpunkt, dass die einzige Waffe gegen den Krebs das Messer wäre und wo dieses nicht mehr angewendet werden könne, dort mögen wir den Kranken ohne Hilfe hinsterber lassen, ist ein ganz ungerechtfertigter. Wir werden und wir müssen das Heilmittel des Krebses finden, wenn wir den Kampf

mit der Hoffnung des Erfolges und nicht mit Resignation aufnehmen. Doch ist zur Erreichung des Erfolges die Aufstellung von Krebsabteilungen im modernen Sinne nötig.

4. Dr. TIBOR PÉTERFI spricht über das „*Beschreiben von Glas mit Bleistift*“ und demonstriert die von ihm hergestellte Mischung, die auf das Glas, Objectiv etc. aufgestrichen wird, wo sie in einigen Minuten eintrocknet, worauf dann auf das betreffende Glas mit Bleistift, oder farbigen Crayons geschrieben werden kann. Die Schrift verblasst in Flüssigkeiten nur nach 2—3 Tagen. Wollen wir bleibende Bleistiftzeichen, so können wir die Schrift mit GÜNTHER-WAGNER'schem Fixativ bestreichen, dann löst sich die Schrift in keinerlei Flüssigkeit.

XXIII. Fachsitzung am 14. Dezember 1907.

Vorsitzender: Prof. Dr. SIGMUND PURJESZ.

Schriftführer: Dr. DANIEL KONRÁDI.

1. Dr. PAUL STEINER. *Referiert über einen Fall einer operierten und geheilten subcutanen Darmruptur.* Die Prognose der subcutanen Darmverletzungen ist eine äusserst ungünstige. Die Ursache hievon ist nicht nur die, dass die Diagnose eine schwerere ist, als die der offenen Verletzungen, denn selbst eine innerhalb der ersten 12 Stunden vorgenommene Operation ist häufig nicht imstande das Leben des Kranken zu retten. An der chirurgischen Klinik beobachteten wir schon 6 Fälle von subcutaner Darmruptur, die Cardinalsymptome derselben, als Shok, Erbrechen, die reflektorische Zusammenziehung der Bauchmuskeln, waren in sämtlichen Fällen vorhanden. Zwei Fälle wurden auf operativem Wege geheilt, der gegenwärtig zur Vorstellung gelangende Fall ist deshalb von besonderem Interesse, da die Operation erst 63 Stunden nach erlittener Verletzung vorgenommen werden konnte.

Der 30 Jahre alte Mann stiess 63 Stunden vor seiner Aufnahme im Finsternen mit derartiger Heftigkeit an einem stehenden Lastwagen, dass dieser ins Rollen gelangte. Es stellten sich bei dem Manne sogleich heftige Schmerzen im Unterleibe ein, Patient fiel zur Erde und konnte sich kaum erheben. Als bald trat Schluchzen und Erbrechen ein, wiederholt Stuhlretention und Koterbrechen. Bei der Aufnahme ist die Bauchwand des schwer collabierten Patienten stramm gespannt, diffus empfindlich, hauptsächlich aber im linken Hypogastrium, Puls oberflächlich, 104; hochgradiger Meteorismus. Am bedeutendsten ist die reflektorische Muskelzusammenziehung im linken Hypogastrium. Durch Katheter 150 cm³ Harn, der keine fremden Bestandteile enthält. Sofortige Laparatomie ober-

halb der auffälligsten Muskelcontraction im linken Hypogastrium (fec. Prof. MAKARA). Aus der Bauchhöhle ergiesst sich eine grössere Menge eines trüben, rötlichen Serums, die serösen Häute des Dünndarmes sind diffus injiziert, einzelne Dünndarmschlingen der Fläche nach verwachsen; im *Douglas*'schen Raume eine grosse Menge, rötlichen, eckelhaft riechenden Exsudates. Der *Douglas*'sche Raum wird vom Mastdarme aus drainiert, ebenso wird die Bauchhöhle drainiert; offene Wundbehandlung. Am Tage nach der Operation auf Eingiessung Stuhlentleerung, das Erbrechen hat aufgehört. Drainierung des *Douglas*'schen Raumes wird am 6. Tage sistiert. Heilung innerhalb 8. Wochen.

2. Dr. ÁRPÁD GYERGYAI stellt einen 40 Jahre alten Tagelöhner vor, den Prof. MAKARA wegen *Stenose des Pylorus* mit dem gebräuchlichen Verfahren der Gastroenterostomia retrocolica posterior operiert hat. Aus der kleinen Curvatur wurden behufs histologischer Untersuchung zwei kleine Stückchen herausgeschnitten, die sich als in Bindegewebe zwischen Fibroblasten und Riesenzellen eingekapselte Weizen- und Roggen Körnerhüllen erwiesen.

Vortragender erklärt sich das Zustandekommen des Falles so, dass wahrscheinlich infolge eines Ulcus pepticum Perforation auftrat, durch welche aus dem Verdauungstracte Inhalt desselben in die freie Bauchhöhle gelangte, die Perforation schloss sich jedoch alsbald, und der Darminhalt mit den Pflanzenteilen kapselte sich im Bauchfelle ab.

An der Discussion nehmen Dr. STEFAN SÁNDOR und Prof. MAKARA teil.

3. Dr. ELFER ALADÁR berichtet über einen Fall von *Menigitis cerebrospinalis epidemica*.

4. Dr. TIBOR PÉTERFI Vortrag: *Demonstration eines 2.5 mm. langen menschlichen Embriums* (mit projicierten Bildern).