

REVUE

ÜBER DEN INHALT DES „ÉRTESITŐ“

SITZUNGSBERICHTE

DER MEDIZINISCHEN SEKTION DES ERDÉLYI MÚZEUM EGYESÜLET
(ERDÉLYER MUSEUM-VEREIN)

XXX. Band.

1908.

II. Heft.

Bericht über die spezialärztliche Untersuchung der Zöglinge der Taubstumm-Landesanstalt in Kolozsvar.*

Von Privatdoz. DR. BÉLA V. GÁMÁN.

Verfasser unterwarf im laufenden Schuljahre 1907/8 die Gehör- und Sprech-Organen der Zöglinge obigen Instituts einer eingehenden ärztlichen Prüfung, deren Resultate hier referiert werden.

Von den 57 Zöglingen waren 33 Knaben und 24 Mädchen, im Lebensalter von 8 bis 17 Jahren. Von denselben wurden 26=46% taub geboren, 31=54% wurden erst später und zwar 13 im ersten Lebensjahre, 18 zwischen dem ersten und dem achten Lebensjahre taub. Im Stammbuche des Instituts finden wir folgende Angaben über die Ursachen der erworbenen Taubheit: in 7 Fällen soll ein Sturz, in 6 Fällen Scharlach, in 5 Fällen Typhus, in 3 Fällen Hirnhautentzündung, in 3 Fällen Ohrenfluss, in einem Falle Gehirnkrankheit, in einem Falle Fieber, die Ursache gewesen sein; in 5 Fällen ist dieselbe unbekannt.

36 Zöglinge sind vollkommen taub; 19 hören die stärksten Geräusche, 1 vernimmt die Vokale und 1 versteht die laut in seiner Nähe gesprochenen Worte. Die letzteren sind also nicht völlig taub, da aber die Reste ihres Hörvermögens recht

* Nach einem Vortrage, gehalten in der medizinischen Sektion des Erdélyer Museum-Vereins am 2-ten Mai. 1908.

geringe sind, so müssen sie in der Taubstummenanstalt unterrichtet werden.

Das äussere Ohr war bei sämtlichen Zöglingen, abgesehen von einigen Verstopfungen durch Ohrenschmalz, gesund. Das Mittelohr war bei 24 Zöglingen, also in 42% der Fälle, gesund, bei 33 Zöglingen, also in 58% der Fälle, war irgend eine Erkrankung des Mittelohres vorhanden. Catarrh. chronicus cavi tympani wurde in 28 Ohren, Catarrh. chron. cavi tymp. et tubae Eustachii in 22 Ohren gefunden. Zwei Zöglinge hatten beiderseits Otitis media suppurativa chronica und in 12 Gehörorganen waren Zeichen einer abgelaufenen Otitis media vorhanden.

Die Nasenhöhle war bei 35 Zöglingen, also in 62% der Fälle, gesund. Rhinitis chron. simplex wurde in 9, Rhinitis chron. hypertrophica in 2, Rhinitis atrophicans in 2 Fällen, Ekzema nasi in einem Falle gefunden. Bei 8 Zöglingen lag bei sonst gesunder Nasenhöhle eine beträchtliche Deviation des Septums vor.

Adenoide Vegetationen ersten Grades waren bei 15, solche zweiten Grades bei 16, und solche dritten Grades bei 4 Zöglingen, im Ganzen bei 35 Zöglingen, also in 61% der Fälle vorhanden.

Die Rachengebilde zeigten in der Hälfte der Fälle gar keine pathologischen Abweichungen. Pharyngitis chron. s. war bei 13, Pharyngitis chron. granulosa bei 10 Zöglingen vorhanden; Pharyngitis atrophicans und Pharyngitis mixta kamen in je einem Falle und Hypertrophia tonsillarum cum Pharyngitide bei 4 Zöglingen vor. Eine Hypertrophie der lingualen Tonsille wurde in keinem Falle gefunden. Der Kehlkopf war abgesehen von 4 Fällen chronischen Catarrhes, bei sämtlichen Zöglingen gesund.

Das Verhältniss der Zahlen der angeborenen Taubheit und der erworbenen in dieser Statistik (46%—54%), stimmt mit den Angaben einer ganzen Reihe verschiedener Autoren überein. Dagegen liegen aber auch solche Mitteilungen vor, laut welchen die angeborene Taubheit viel öfters vorkäme.

Auf diese Unterschiede grossen Werth zu legen, hält Verf.

für überflüssig, denn diese Daten der Statistik haben ohne hin keinen wirklichen wissenschaftl. Werth. Die jetzt allgemein übliche Eintheilung der Taubstummen in Taubgeborene und Taubgewordene stützt sich nämlich, in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle, auf die Angabe der Angehörigen, sie ist also vollkommen unverlässlich. Sie ruht übrigens überhaupt auf einer unrichtigen Basis, indem sie nicht den Grund, sondern den Zeitpunkt der Ertaubung berücksichtigt. Richtiger wäre es zwei Klassen der Taubstummen aufzustellen: in die erste Klasse sollten diejenigen eingereicht werden, welche an endemischer Taubheit, an mangelhafter Entwicklung des Gehörorganes leiden, sei es, dass sie nach der Geburt noch eine Zeitlang Gehörreste besaßen, oder nicht; in die zweite Klasse würden diejenigen Taubstummen gehören, bei welchen eine nachweisbare Erkrankung des Gehörorganes die Ursache der Ertaubung war. Die Eintheilung in zwei Klassen wäre also anstatt der unsicheren anamnestischen, auf der sicheren pathologischen Grundlage vorzunehmen. Dies wurde schon von *Hammerschlag* angeregt und Verf. schliesst sich dieser Anregung vollkommen an.

Es ist auffallend, dass während *FLEISCHMANN* in seiner Mitteilung aus der *Váczer* Taubstummenanstalt nur bei 10% seiner Fälle, pathologisch anatomische Veränderungen der Gehörorgane gefunden zu haben angibt, Verfasser solche in 58% seiner Fälle fand. *URBANTSCHITSCH* dagegen behauptet in seiner Statistik aus Wien und Wiener-Neustadt, solche in 97·2% gesehen zu haben. Dieser grosse Unterschied in den Angaben (10%—97%) ist nicht anders zu erklären, als durch die Annahme, dass der eine Autor nur die gröberen Veränderungen beachtete, der andere dagegen schon kleine Trübungen des Trommelfells, als Zeichen eines abgelauenen Catarrhs auffasste.

Die Resultate der Untersuchung des Epipharynx sind recht interessant. Bei 31 Zöglingen nämlich, also in 61% der untersuchten Fälle, waren adenoide Vegetationen d. h. Hypertrophie der Tonsilla pharyngea vorhanden. Die Übereinstimmung der Zahlen der adenoiden Vegetationen (61%) und der Erkrankungen des Mittelohrs (58%), würde schon allein für einen Zusammenhang beider Erkrankungen sprechen, selbst

wenn wir nicht wüssten, dass die adenoiden Vegetationen in der Ätiologie der Mittelohrkrankheiten tatsächlich eine hervorragende Rolle spielen. Bei den mit adenoiden Vegetationen behafteten Zöglingen war das Mittelohr in der Tat nur bei 6, d. h. 17% gesund, bei 29 d. h. 83% war das Mittelohr angegriffen, und zwar bei 23 (66%) waren die Symptome des chronischen Catarrhs, bei 6 (17%) die einer noch bestehenden, oder schon abgelaufenen eiterigen Mittelohrentzündung vorhanden. Bei den von adenoiden Vegetationen freien Zöglingen dagegen war das Mittelohr in 16 Fällen (72·5%) vollkommen gesund und nur bei 6 (27·5%) wurden pathologische Veränderungen beobachtet. Unter den an adenoiden Vegetationen leidenden kam also eine Erkrankung des Mittelohrs in 83%, bei den an adenoiden Vegetationen *nicht* leidenden aber nur in 27·5% vor.

Verf. stellt die Indication zur Entfernung der adenoid. Vegetationen auch kleineren Umfanges, in allen Fällen auf, wo neben Hörresten catarrh. Erscheinungen im Mittelohre vorhanden sind, indem er von der Adenotomie mittelbare Besserung der Schalleitungsverhältnisse erhofft. Tritt dies wirklich ein, so wird dadurch die Möglichkeit zu einer besseren Ausnützung der Hörreste gegeben.

Im Institute waren 8 solche Zöglinge, bei allen wurde die Operation durch den Verfasser ausgeführt; bei einem zeigte sich das Resultat bereits nach 3 Wochen in erfreulicher Weise in der Besserung des Gehörs. Von einer vollkommenen Restitution des Gehörs kann aber natürlich in keinem Falle die Rede sein.

Bei völlig Tauben kann die Exstirpation der adenoiden Vegetationen in Bezug auf das Hören nichts helfen, hier ist die Adenotomie aber auch angezeigt, wenn gleichzeitig auch chron. pharyngo-laryngeale Catarrhe vorhanden sind, oder die Vegetationen einen so grossen Umfang besitzen, dass sie die Nasenathmung hindern und nasale Töne verursachen. Auf Grund dieser Indikation wurde die Operation bei zwei Zöglingen ausgeführt.

MITTEILUNG AUS DER CHIRURGISCHEN KLINIK DER KÖNIGLICH
UNG. FRANZ JOSEF UNIVERSITÄT IN KOLOZSVÁR.

Director: PROF. DR. LUDWIG MAKARA.

Über die Wirkung der Bier'schen Stauung bei der chirurgischen Tuberculose.*

VON DR. E. FÉLEGYHÁZI.

Auf Veranlassung des Herrn Prof. MAKARA untersuchte Verfasser histologisch tuberkulose Gewebe, Fisteln, Lymphome und Granulationen aus Fällen, in welchen die Saug- und Stauungsbehandlung durchgeführt wurde. Die genannten Gewebe wurden zum Teil unmittelbar nach dem $\frac{1}{4}$, $\frac{1}{2}$, $\frac{3}{4}$, 1 Stunde dauerndem Saugen mit dem KLAPP-schen Apparat, zum Teil nach 1, 2, 4, 5, 7, 15 Monate dauernder Saug- und Stauungs-Behandlung geprüft und um in den Gang des Heilungsprozesses einen Einblick zu gewinnen, mit den gleichen, jedoch nicht behandelten Geweben verglichen. Die ausgeschnittenen Stücke wurden in 4% Formalin und Alkohol fixiert und nach APÁTHY in Celloidin eingebettet. Die Schnitte von 6—8 μ wurden mit Hämatoxylin-Eosin nach *van Gieson* gefärbt, die dünneren Schnitte dienten zur Untersuchung auf Tuberkelbazillen.

Die unmittelbare Wirkung der KLAPP-schen Saugapparate besteht in der Hervorrufung von Hyperämie, Transsudation und Auswanderung von Leukozyten. Ausserdem ist es sehr wichtig dass die pyogene Infektion durch die Saugungshyperämie ver-

* Nach einem Vortrage gehalten in der medizinischen Sektion des Erdélyer Museum-Vereins am 9-en Mai, 1908. Vollinhaltlich erschienen im 93 Bd. der Zeitschrift für Chirurgie.

nichtet wird. Sekundäre Infektionen wurden während der Behandlung nie beobachtet und die Sekretion war stets sehr gering. Blutungen kommen während der Saugbehandlung sehr oft vor, diesen ist aber keine besondere Bedeutung zuzuschreiben.

Nach länger dauernder Saug- und Stauungs-Behandlung kann man die Bildung von Blutgefäßen und Bindegewebe beobachten. Das Wesen der Methode ist die Verflüssigung der kranken Gewebe nebst einer sklerotisierenden Wirkung.

Wie sehr auch der Organismus bestrebt sei, seine Leukozyten auf das angegriffene Gebiet zu senden, damit sie daselbst gegen die Tuberkelbazillen den Kampf aufnehmen, scheint derselbe dennoch erfolglos zu enden und so bleibt dem Organismus nichts übrig, als sich mit Bindegewebswällen gegen die tuberkulösen Herde zu schützen, die gefährvolle Keime in sich schliessen. Die Tuberkel werden demnach durch Bindegewebe eingeschlossen; ob in diesen verborgenen Herden die Tuberkelbazillen absterben oder aber ob sie nach der Unterlassung der BIER-schen Behandlung durch traumatische oder andere Einflüsse wieder belebt werden können, bleibt noch unentschieden. Die Frage bedarf noch weiterer klinischer und experimenteller Beobachtung.

Um den Erfolg der BIER-schen Behandlung zu demonstrieren führt Verf. drei Fälle von Tuberkulose am Fusse vor.

Sitzungsberichte

der ärztlichen Fachsitzungen des „Erdélyer Museumvereines“.

X. Fachsitzung am 4. April 1908.

1. Privatdoz. GUSTAV GENERSICH demonstriert einen Säugling mit *Stenosis Pylori*.

An der Diskussion nehmen Prof. MAKARA und Prof. BUDAY teil.

2. DR. PAUL STEINER: *Durch Operation geheilter Fall von subkutaner Darmruptur*. Ein 18 jähriger Mann erlitt in der linken Hälfte seines Bauches durch eine Wagen-Deichsel einen heftigen Stoss. Er fiel ohnmächtig zusammen und erbrach später unter heftigen Schmerzen. 9 Stunden nach der Verletzung, bei seiner Aufnahme in die Klinik, war sein Sensorium rein, die linke Bauchhälfte sehr schmerzhaft, mit ausgepregtem reflektorischen Muskelkontraktionen. Nach der Magenspülung und dem Ablassen des Harnes wurde sofort die Laparotomie in der Medianlinie unter dem Nabel ausgeführt. Aus der Bauchhöhle entleerte sich ein trübes sero-fibrinöses Exsudat, die Gedärme waren injiziert und am Jejunum zeigte sich eine bohngrosse Ruptur, durch welche die Schleimhaut lippenförmig hervordrang.

Die Ruptur wurde in zwei Schichten geschlossen, die Bauchhöhle mit 40 Liter Kochsalzlösung ausgespült und die Bauchwunde zugenäht. Die Heilung erfolgte per primam intentionem ungestört.

Es ist hervorzuheben, dass die Schliessung der Ruptur und die sorgfältige Ausspülung der Bauchhöhle, trotz der bereits vorhandenen allgemeinen Peritonitis zur Heilung führte.

Diskussion: Prof. MAKARA schreibt den glatten Verlauf, der gründlichen Ausspülung der Bauchhöhle mit Kochsalzlösung zu.

3. DR. FRANZ VERESS demonstriert einen Fall von *Pityriasis lichenoides chronica*. Am ganzen Körper des vorgeführten 23 jährigen Mannes sind, mit Ausnahme des Kopfes, der Handflächen und der Fusssohlen, zahlreiche etwa linsengrosse, trockene, ein wenig die Oberfläche der Haut überragende Infiltrationen ganz regellos zerstreut. Die meisten sind mit silberweissen Schuppen bedeckt; nach dem Abkratzen dieser kommen glatte, manchmal etwas blu-

tende Flächen zum Vorschein. Die Effloreszenz trat vor 3 Jahren zuerst am linken Oberarme auf und verbreitete sich von hier aus auf den ganzen Körper, ohne jedoch allgemeine oder subjektive Symptome zu verursachen. Die Anamnese wirft auf die Ätiologie der Erkrankung gar kein Licht.

4. DR. STEFAN SÁNDOR hält einen Vortrag über die BARDENHEUER-sche Behandlung der Frakturen und demonstriert die BARDENHEUER-schen Apparate.

5. DR. STEFAN SÁNDOR demonstriert einige interessante X-Bilder.

XI. Fachsitzung am 2. Mai 1908.

1. DR. PAUL STEINER: *Elephantiasis penis et praeputii*. Der 48 jährige Patient wurde vor 24 Jahren luetisch infiziert und unterwarf sich einer Schmierkur. Vor einem Jahre begann sein Penis an zu schwellen, da schmierte er auf denselben im Laufe von drei Monaten 300 g. Quecksilbersalbe ein. Sein Glied nahm während dieser Behandlung stets zu, seine Länge beträgt jetzt im erschlafften Zustande 16 cm., sein Umfang 15 cm. Die Haut ist auffallend dick, das Praeputium lässt sich nicht zurückziehen.

In diesem Falle kommt einerseits der Syphilis, andererseits aber dem durch die Einreibung der Quecksilbersalbe bedingten Reiz, eine Rolle zu. Diese Erkrankung ist sogar unter den Tropen und im Osten, in der Heimat der Elephantiasis selten. Die Prognose ist ungünstig. Man beabsichtigt die Vorhaut zu entfernen und eventuell einige keilförmige Lappen auszuschneiden.

2. DR. FRANZ VERESS führt einen 45 jährigen Kranken vor, welcher seit 7 Monaten an *Hyperkeratosis subungualis syphilitica* leidet.

3. Privatdoz. BÉLA GÁMÁN berichtet über seine *spezialärztlichen Untersuchungen der Zöglinge der Taubstumm-Landesanstalt in Kolozsvár* (Siehe Revue S. 41—44.).

4. DR. HEINRICH KANITZ. *Über die MORO-sche perkutane Tuberkulinreaktion*. Vortragender prüfte das Verfahren an 98 sicher tuberkulösen, an 42 verdächtigen und an 200 nicht tuberkulösen Personen und fasst seine Resultate folgendes zusammen: 1. Es besteht zwar zwischen der Tuberkulose und dieser Reaktion ein gewisser Zusammenhang, die Reaktion ist jedoch nicht spezifisch. 2. Die positive Reaktion weist nicht immer auf sichere Tuberkulose hin, wie auch das Ausbleiben der Reaktion die Tuberkulose nicht sicher ausschliessen lässt.; es besteht sogar oft das Gegenteil. 3. Man kann also die Tuberkulose mit Hilfe dieser Reaktion weder sicher erkennen, noch sicher ausschliessen. 4. Bezüglich der Verwertbarkeit der kutanen Tuberkulinreaktion wären sämtliche Umstände

genau zu prüfen, welche die Reaktionsfähigkeit der Haut dem Tuberkulin gegenüber beeinflussen können.

Diskussion: Prof. UDRÁNSZKY weist darauf hin, dass die Bestimmung, des durch die Haut resorbierten Anteiles des spezifisch aktiven Körpers, meistens auf unüberwindbare Schwierigkeiten stösst.

DR. A. BLUMMENFELD hält die Methode für überflüssig. Bei seinen Untersuchungen fiel die Reaktion in 60 Fällen von durch andere Methoden sicher erkennbarer Tuberkulose nur 15–20-mal positiv aus. Er äussert sich gegen die angebliche völlige Gefährlosigkeit der Probe, da die Erfahrung zeigt, dass die Hautreaktion nach therapeutischen Tuberkulininjektionen in verstärktem Grade wiederkehrt und die Patienten auch nach mehreren Wochen, über Jucken und das Bestehen des Ausschlages klagen.

Privatdoz. REINBOLD: Der praktischen Verwertbarkeit der Tuberkulinreaktionen steht ihre grosse Empfindlichkeit im Wege, da sie auch bei gesunden Personen, nach längst abgelaufenen tuberkulösen Prozessen positiv ausfallen. Eine Verminderung der Empfindlichkeit wäre vom Standpunkte der praktischen Verwendbarkeit wünschenswert. Diese dürfte jedoch nicht durch die excessive Verminderung der eingeführten Tuberkulindosen angestrebt werden, wie dies in den neueren Modifikationen der Tuberkulinreaktionen geschieht, da die Reaktion dadurch nur unsicher wird, ihre Spezifität aber nicht gesteigert werden kann.

An der Diskussion nehmen noch die Herren Privatdoz. JANCÓ und DR. ELFER teil.

Der Vortragende gibt zu, dass eine genaue Dosierung der eingeführten Tuberkulinmengen bei der perkutanen Anwendung nicht möglich ist, diese ist aber seiner Meinung nach, auch bei den subkutanen Injektionen des Tuberkulins unsicher.

Zur qualitativen Prüfung des Verlaufes der Reaktion, ist die Haut, durch ihre leichte Zugänglichkeit besonders geeignet.

XII. Fachsitzung am 9. Mai 1908.

1. DR. HEINRICH KANITZ: a) *Pellagrafälle.* Im Verlaufe der Pellagra kommen Besserungen und Verschlimmerungen abwechselnd vor. Die für Pellagra charakteristischen Veränderungen bilden sich in den Wintermonaten gewöhnlich zurück, wenn aber die Kranken ihre Lebensweise nicht ändern, namentlich wenn sie weiter Mais verzehren, erscheinen sie im Frühjahr wieder. Die Pellagrafälle gelangen darum meistens im Frühjahr zur Beobachtung. An der dermatologischen Klinik meldeten sich seit Herbst keine Pellagrakranken, im Laufe der letzten Woche erschienen gleich zwei.

Frau A. G. aus Száva (Komitat Szolnok-Doboka). Die Krankheit besteht seit zwei Jahren, die jetzt vorhandenen Symptome mel-

deten sich vor 6 Wochen. Eine ähnliche Erkrankung kam in ihrer Familie nicht vor. Ihre Nahrung besteht seit ihrer Kindheit hauptsächlich aus Maisbrot und Polenta. Die Haut der äusseren Fläche der Hände und Finger ist bräunlich pigmentiert, in der Mitte atrophisch, an den Rändern etwas infiltriert, sie lässt sich nur in dicken Falten aufheben und ist voll von Ritzen. Die Veränderung ist nach oben hin, drei Finger breit über das Handgelenk, durch einem stark pigmentierten Streifen scharf begrenzt. Die Patientin klagt über bitteren Mundgeschmack, Salivation und Brechreiz. Die Mundschleimhaut ist etwas geschwollen und rötlich. Starke Diarrhöe seit 2 Monaten. Das Nervensystem weist keine pathologischen Abweichungen auf.

Frau L. K. 54 jährige Tagelöhnerin aus Ombuzd (Komitat Kolozs). Ihre Nahrung besteht seit ihrer Kindheit ebenfalls hauptsächlich aus Mais. Sie beobachtete vor 4 Wochen die Entzündung der Haut an ihren Händen und Füssen. Diese Entzündung pflegt bei ihr im Frühjahr, nach der ersten Feldarbeit aufzutreten, sie erscheint jetzt zum dritten Male. Die Haut der dorsalen Fläche beider Hände, von den Fingerspitzen bis zur Mitte des Oberarms ist auffallend stark pigmentiert, beinahe braunschwarz; es ist eine hochgradige Hyperkeratosis vorhanden. Die oberflächliche Furchung der Haut ist sehr stark ausgeprägt, am Rande der Hände und Finger zeigen sich Risse. Die Haut der Fussrücken ist beiderseits stark hyperaemisch und serös infiltriert, an den Wurzeln der Zehen sitzen haselnuss- bis wallnussgrosse Blasen mit trübem Inhalt. Die Schleimhaut des Mundes zeigt eine kongestive Hyperaemie und seröse Imbibition, an verschiedenen Stellen der Zunge sind Risse zu sehen. Die Patientin klagt über einen salzigbitteren Geschmack. Sie hat keinen Durchfall, seitens des Nervensystems sind dagegen kleinere Störungen, wie Kopfschmerz, Schmerzen im Rückgrat, beständiger Schwindel, träger Pupillarreflex, gesteigerte sonstige Reflexe, trübes Sehen, grosse Abspannung und Apathie zu beobachten.

Diskussion: DR. E. PAPP hatte Gelegenheit Pellagra auch bei einer solchen Person zu beobachten, welche keinen Mais verzehrte.

Prof. PURJESZ stimmt Herrn PAPP bei, erwähnt jedoch, dass man in solchen Fällen anzunehmen pflegt, dass die betreffenden Personen aus Mais verfertigten Branntwein tranken.

DR. VERÉSS meint, dass die Hauptrolle in der Ätiologie dieser Krankheit immerhin dem Mais zukäme.

b) *Ein Fall von schwerer Verbrennung mit starker Deformation*. Das vorgeführte 2 jährige Mädchen fiel vor 3 Monaten in einen mit heisser Lauge gefüllten Eimer. Die schwere Verbrennung dritten Grades heilte unter Narbenbildung. Die Haare fielen aus,

die Haut ist atrophisch, nicht elastisch, glänzend und ihrer Unterlage anhaftend. Der Mund erscheint als eine quere Spalte, die Augenhöhlen sind beiderseits atrophisch und haften am knöchernen Rand der Augenhöhle. Anstatt der Hornhaut sieht man beiderseits ein narbiges Gewebe. Völlige Blindheit. Das Gesicht des Kindes ist im Ganzen schrecklich deformiert. Von therapeutischen Eingriffen kann man kaum etwas hoffen.

2. DR. ERNST FÉLEGYHÁZI: *Über die Wirkung der BIER-schen Saug- und Stauungs-Behandlung bei der chirurgischen Tuberkulose.* (Siehe Revue S. 45—46.)

Diskussion: Prof. MAKARA kann in Ermangelung einer Statistik nur im Allgemeinen behaupten, dass durch die ausdauernde und systematische Anwendung der KLAPP-schen Saugapparate, bei einem Teile der tuberkulösen Drüsen-Knochen- und Gelenks-Krankheiten eine entschiedene Besserung, nach Monaten oder Jahren sogar die Heilung zu erreichen ist.

Die vorgeführten drei Patienten wurden zu Versuchszwecken, lange Zeit auf der Klinik behalten, um die Grenze der Anwendbarkeit der Methode zu erproben. Bei diesen Kranken war von den anderen konservativen Methoden nicht mehr viel zu erwarten. Durch die BIER-sche Behandlung, kombiniert mit der Entlastung und kleineren operativen Eingriffen konnte bei allen eine bedeutende Besserung, bei einem sogar ein der Heilung nahe stehender Zustand erreicht werden. Man kann also die BIER-sche Behandlung mit Recht neben die anderen konservativen Behandlungen der chirurgischen Tuberkulose reihen.

Bei den geschlossenen akuten Entzündungen ist die Stauungs-Behandlung nicht immer empfehlenswert. Beginnende Krankheiten können verschlimmert werden, bei vorgerückten darf die Behandlung ohne Inzision nicht einmal versucht werden.

Bei offenen oder durch Inzision geöffneten Entzündungen verursacht die Strangulation nicht nur eine Hyperämie, sondern auch die Strömung der Gewebssäfte wird in die Richtung der Wunde gelenkt. Durch das reichlich nach aussen strömende Sekret werden die Bakterien und deren Produkte ausgespült. Mit dem Saugen kann man nicht so leicht schaden, wie mit der Strangulation, da die Hyperämie hier nur in zweiter Linie in Betracht kommt, und in der Frontlinie die Entfernung der Sekrete steht.

Au der Diskussion nimmt noch Herr DR. VERESS teil.

XIII. Fachsitzung am 16. Mai 1908.

1. DR. ALEXANDER BLUMENFELD: *Über den zytologischen Wert der Ophthalmoreaktion.*

LAFOU und LAUTIER fanden, dass nach Einträufelung von Tuberkulin in den Konjunktivalsack, die vielkernigen Leukozyten, wenn die Ophthalmoreaktion positiv ausfällt, sich im Augensekret vermehren, während im negativen Falle kaum einige solche Zellen auftreten. Sie behaupten, dass man auf Grund dieser Erscheinung schon vor dem Auftreten der Entzündung entscheiden könnte ob die Reaktion positiv oder negativ ausfallen wird.

Vortragender sah sowohl an gesunden Augen, wie auch bei Bindehautentzündung, dass die vielkernigen Leukozyten nicht nur nach dem Einträufeln von Tuberkulin, sondern auch von Glycerin, oder Collyrium ads. luteum im Sekrete vermehrt auftreten. Die Erscheinung dieser Zellen lässt also auf den positiven oder negativen Ausfall der Reaktion nicht schliessen und ist kein spezifisches Zeichen der Tuberkulose.

2. DR. FRANZ VERESS: Zeigt Hautkrankheiten in projizierten Bildern.

XIV. Fachsitzung am 23. Mai 1908.

1. DR. STEFAN SÁNDOR demonstriert eine seltene *nach Trauma aufgetretene bluthaltige Geschwulst am Gesicht*. Die 64 jährige Patientin erlitt vor 9 Monaten einen Schlag an der Stirne, diese Stelle begann nach 2–3 Monaten zu schwellen und sich zu röten. Die Schwellung und die Rötung verbreiteten sich larvenartig auf das ganze Gesicht. An der Schwellung ist ein starkes systolisches Geräusch zu hören, das Blut ist aus ihr, durch Druck auszupressen. Die Schleimhäute blieben frei. Es kann sich um ein Hämatom, ein Aneurysma spurium, oder ein Angiom handeln. Die Veränderung scheint härter als Angiome zu sein und wird durch ödematöse, gelblich grüne Gebiete begrenzt. Die Therapie würde, wenn es sich um eine Blutung handelt, in der Aufsuchung und Unterbindung des betreffenden Gefässes bestehen. Bei einem so umfangreichen Angiom dagegen könnte man nur konservativ verfahren, oder eventuell von Röntgenbestrahlungen eine günstige Wirkung hoffen.

2. DR. HEINRICH KANITZ: *Ein Fall von Urticaria pigmentosa*. Bei dem vorgeführten 9 jährigen Mädchen traten vor 3 Jahre urticarienartige Ausschläge auf, welche braune Pigmentationen hinterliessen. Das Mädchen hatte später öfters ähnliche Anfälle, wobei Teils neue Herde erschienen, welche ebenfalls mit Hinterlassung

brauner Pigmentationen verschwanden, teils die älteren Pigmentationen anschwellen, juckten und sich röteten. Die pigmentierten Stellen schwellen auch auf künstliche Reize. Die älteren Herde sind mehr, die jüngeren weniger stark pigmentiert. Die Anfälle beginnen mit Kopfschmerzen, Durchfälle, Magenschmerzen und mäßigem Fieber. An den nicht pigmentierten Stellen der Haut ist Dermographismus zu beobachten.

Die Prognose dieser Erkrankung ist nicht ungünstig, die Kinder entwickeln sich trotz ihrer Krankheit normal. Die Anfälle bleiben später aus, die Zeit der Heilung kann man jedoch nicht voraussagen. Die Therapie ist eine symptomatische.

3. DR. LUDWIG GÓTH. *Lumbalanalgesie bei gynäkologischen Operationen.* (Wird vollinhaltlich erscheinen in „Gyógyászat“ und in der „Gynäkologischen Rundschau“.)

Vortragender berichtet über 72 Fälle in welchen auf der gynäkologischen Klinik die Lumbalanalgesie angewendet wurde. In 61 dieser Fälle liess das Resultat nichts zu wünschen übrig. Er bespricht die Ausführung, die Nach- und Neben-Erscheinungen, und gelangt zum Schlusse, dass die lumbale Analgesie bei den gynäkologischen Operationen eben so brauchbar und notwendig ist, wie bei den rein chirurgischen. Da ihr Vorteil besonders bei lang dauernden Operationen auffällt, wo die Gefahr der allgemeinen Narkose, durch das Verbrauchen grösserer Mengen der Narkotika, die der Stovaininjektionen erreichten, so ist sie eben bei solchen zu verwenden.

Diskussion: Prof. MAKARA beruft sich auf seinen im vorigen Jahre geäusserten Standpunkte wonach man bei dem heutigen Stande der Frage eher die Vervollkommenung der allgemeinen Narkose anstreben sollte. Heute setzt er besonders in die Stovain-Lumbalanalgesie noch weniger Vertrauen, da ihre Gefahr die einer guten allgemeinen Narkose entschieden überschreitet. Er hatte selbst Gelegenheit sich davon zu überzeugen, als ein wegen Kniegelenkstuberkulose zur Operation vorbereiteter kräftiger Patient, nachdem er mit 6 centigr. Stovain regelrecht analgisiert wurde, beim ersten Schnitt wegen Lähmung der Atmungsmuskel und des Herzens starb. Bei der Autopsie wurden zwar die Zeichen einer okkulen Peritonitis und einer alten Pericarditis entdeckt, diese dürften jedoch zur Stovainvergiftung des sonst kräftigen Mannes wenig beitragen. Dieser Todesfall kommt an der chirurgischen Klinik auf etwa 350 Stovaininjektionen; dieselbe Zahl, welche man auch sonst in der Litteratur angegeben findet. Er bezeichnet die Dose von 6 milligr. als die maximale, umso mehr da unter den 73 Fällen des Herrn Vortragenden, nach der Injektion von 7 milligr. 3 Todesfälle vorkamen. Dieser Prozentsatz ist obwol die Fälle bei Patien-

ten mit grossem Aszites und weit nach oben gedrängtem Zwerchfell eintraten, doch zu hoch. Wie sehr auch das Bild einer gut gelungenen lumbalen Analgesie verlockend ist, müssen die erwähnten völlig unberechenbaren traurigen Fälle ernüchternd wirken und machen die grösste Vorsicht notwendig.

Die allgemeine Narkose ist dagegen heute viel weniger gefährlich und besser berechenbar. Die Gefahr bei der von Fall zu Fall gut gewählten, kombinierten Narkose ist besonders klein. Man muss allerdings zugeben, dass die richtige Wahl von Morphin, Scopolamin, Aether und Chloroform, die richtige Lagerung und Vorbereitung der Patienten und eventuell noch die Handhabung der Narkotisir-Apparate heute viel mehr vom Narkotiseur fordern, als die alten einfachen Chloroform- oder Aether-Narkosen.

Trotz allen wird die lumbale Analgesie in manchen Fällen vorteilhafter sein als die allgemeine Narkose. Man soll in diesen Fällen das am wenigsten gefährliche Narkotikum wählen, oder wenn man beim Stovain bleiben will, die kleinsten Dosen verwenden. Die Indikationen sind am strengsten zu beschranken und auf die Ausführung die grösste Sorgfalt zu verwenden.

DR. S. SÁNDOR sah öfters unangenehme Nebenwirkungen der Stovaininjektionen und ist darum für die allgemeine Narkose.

DR. P. STEINER meint, dass die Vervollkommenung der Lumbalanalgesie nicht von der Besserung der Technik, sondern von der des eingespritzten Mittels zu erwarten sei.

Prof. SZABÓ bevorzugt bei voraussichtlich lange dauernden Operationen die lumbale Analgesie.

4. DR. FRANZ VERESS: *Eine neue Methode zur Verfertigung naturtreuer Moulage.*