

REVUE

ÜBER DEN INHALT DES „ÉRTESITŐ“

SITZUNGSBERICHTE

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

XXX. Band.

1908.

III. Heft.

MITTEILUNG AUS DEM ANATOMISCHEN INSTITUT DER KÖN. UNG.
FRANZ JOSEF UNIVERSITÄT IN KOLOZSVÁR.

Direktor: Prof. Dr. LEO V. DAVIDA.

Die anatomische Nomenklatur.*

VON W. AUSTERLITZ.

Die Anarchie, welche auf dem Gebiete der anatomischen Nomenklatur herrschte, machte den erfolgreichen Unterricht in der Anatomie beinahe unmöglich. Der im Jahre 1895 in Basel abgehaltene Anatomen-Kongress versuchte diesem Übelstande abzuhelfen. Die bei dieser Gelegenheit gemeinsam festgestellte und offiziell ausgegebene Nomenklatur bietet den unverkennbaren Vorteil, dass jedem Organ nur eine einzige Benennung zukommt. Der Ausschuss leistete mit dieser Feststellung zweifellos einen hervorragenden Dienst, es bestehen jedoch noch heute zahlreiche Mängel und Inkonsequenzen. Es gibt doch H₁₈, ein Mitarbeiter der neuen Nomenklatur selbst zu, dass „die bestmögliche, dem Bedürfniss des heutigen Tages entsprechende Nomenklatur kann im Laufe der Jahre wieder unzureichend werden und somit wird eine in gewissen Fristen vorzunehmende Revision ein unabweisbares Bedürfniss bleiben“.

Ein Prinzip bei der Feststellung der neuen Nomenklatur war die Ausschaltung der Personennamen. Es ist jedoch fraglich, ob die völlige Verbannung von Namen, wie EUSTACH,

* Nach einem Vortrage, gehalten in der medizinischen Sektion des Erdélyer Museum-Vereins am 3 Okt. 1908.

CORTI, FALLOPIA, VALSALVA, LUSCHKA, MORGAGNI etc. ratsam war? Seit dieser Sünde gegen die Pietät interessieren sich die jungen Schüler nicht mehr für die Träger dieser grossen Namen. Dieses Prinzip wurde aber auch nicht folgerichtig durchgeführt. Die Namen ductus MÜLLERI und d. WOLFI finden wir auch in der neuen Nomenklatur, während z. B. das „Gubernaculum Hunteri“ jetzt g. testis genannt wird.

Gegen das zweite Prinzip, nämlich die richtige grammatiscbe Bildung, wurde bei der Feststellung der neuen Namen teils durch die Aufnahme schlecht gebildeter neuer Benennungen, teils durch das Stehenlassen, alter, grammatiscb falscher Namen gefehlt. Prof. TRIEPEL erwähnt 153 solche fehlerhafte Benennungen in seiner „Denkschrift über die anatomiscbe Nomenklatur“. Als Beispiele sollen die „articulatio genu“ anstatt „art. genus“, ferner das „foramen venae cavae“ anstatt „for. pro vena cava“ dienen.

Ein weiteres Prinzip war die Einfachheit und Kürze der Namen. Es kommen jedoch Namen vor, wie „incisura cartilaginosis meatus acustici externi“ (anstatt der alten „incisura Santonini“) und „sulcus nervi petrosi superficialis maioris“ vor.

Besonders auffallend wurde gegen das Prinzip der einheitlichen Benennung der zu einander gehörenden Begriffe gefehlt. Die arteria und vena, sowie auch der nervus plantaris medialis und lateralis verlaufen an der Fusssohle, der musculus plantaris beschränkt seinen Verlauf meistens an den Unterschenkel und könnte somit nicht mit Recht „plantaris“ genannt werden. Der Magen wird offiziell „ventriculus“, die Fetthaut „omentum“ genannt, die entsprechenden Gefässe tragen aber die Bezeichnung „gastro-epiploica“ anstatt „ventriculo omentalis“. Bei der Besprechung dieser Gebilde müssen also die Hörer ausser den Namen „ventriculus“ und „omentum“, auch mit den Begriffen „γάστρες“ und ἐπίπλοον“ vertraut gemacht werden. Das Wadenbein wird „fibula“ genannt, seine Gefässe und Nerven werden als „peronaei“ bezeichnet. Die Namen der Gefässe, Nerven und Muskeln der Zunge, werden bald an die lateinische Benennung „lingua“, bald an die griechische „γλῶσσα“ angeknüpft.

Es ist also recht sonderbar, wenn Prof. His die Hoffnung hegt, dass das Gedächtniss der Schüler infolge des Fallenlassens der Synonyme weniger belastet wird. Der Schüler muss auch heute zwei oder drei Namen eines einzigen Organs oft erlernen. Er muss z. B. wissen, dass der Hoden offiziell zwar „testis“ heisst, sonst aber auch „orchys“ und „didymis“ genannt wird, anderenfalls würde er die Ausdrücke „rete testis“, „mesorchium“ und „epididymis“ nicht verstehen.

Einige nicht unwichtige anatomische Gebilde wurden in die neue Nomenklatur überhaupt nicht aufgenommen.

Mehrere neue Benennungen entsprechen den anatomischen Verhältnissen nicht. So ist z. B. der Namen „art. iliaca externa“ anatomisch unrichtig, da die betreffende Arterie nicht an der Aussenseite des Darmbeins liegt. Fehlerhaft ist ferner die Benennung „glandula submaxillaris“, in dem die betreffende Drüse nicht unter der „maxilla“, sondern unter der „mandibula“ liegt, sie sollte also „submandibularis“ heissen. Dasselbe gilt von den „ductus submaxillaris“ und das „ganglion submaxillare.“ Unzählig sind die anatomisch falschen Benennungen, welche in ihrer alten Form in die neue Nomenklatur aus der alten übernommen wurden. Die „musculi pterygoidei ext. und int.“ z. B. sollten eigentlich verticalis resp. transversus heissen. Unrichtig sind die Namen „intestinum tenue“ und „i. crassum“ sie sollten eher „angustum“ und „amplum“ heissen. Der Namen „intestinum rectum“ trifft beim Menschen auch nicht zu, da das „Rectum“ des Menschen drei Krümmungen zeigt. Der „aquaeductus cerebri“ ist keine Wasserleitung, wie man es dem Namen nach denken könnte und der „ductus deferens“ leitet den Samen nicht abwärts, wie der Namen lautet, sondern aufwärts.

Es erhellt auch schon aus dieser Skizze, dass die Revision der baseler Nomenklatur auch jetzt schon notwendig ist.

MITTEILUNG AUS DER PSYCHIATRISCHEN UND NERVEN-KLINIK
DER KÖN. UNG. FRANZ JOSEF UNIVERSITÄT IN KOLOZSVÁR.

Director: Prof. Dr. K. LECHNER.

Ein Fall von familiärer Rückenmarker- krankung.*

Von Dr. J. SZABÓ.

Im August l. J. liessen sich in der kurzen Frist von 2—3 Wochen zwei Brüder an der Nervenlinik untersuchen. Beide klagten über schlechten Gang, Gürtelgefühl, lanzinierende Schmerzen in den unteren Extremitäten, und über Störungen des Stuhlganges und der Harnentleerung.

Eine erbliche Belastung war nur insofern auszuforschen, dass die Patienten den Alkoholismus ihres Vaters zugaben. Sie waren 19 Geschwistern, von zwei Müttern. Verf. hatte Gelegenheit noch zwei Schwestern der Patienten zu untersuchen, bei denen interessante Befunde erhoben werden konnten.

Beide Patienten wurden auf die Abteilung für Nerven- kranke aufgenommen und durch 2 resp. 8 Wochen beobachtet. Bei beiden konnte eine chronische Erkrankung des Rückenmarkes festgestellt werden. Beim älteren Bruder (38 Jahre alt) überwogen die Symptome der tabes dorsualis, es waren aber auch nicht zu diesem Krankheitsbilde gehörende Symptome vorhanden, wie z. B. die Paraparese der unteren Extremitäten. Andererseits fehlten das Argyll-Robertson-phenomen und auf der einen Seite das Westphalphenomen.

* Nach einem Vortrage, gehalten in der medizinischen Sektion des Erdélyer Museum-Vereins am 10 Oktober 1908.

Beim jüngeren Bruder (35 Jahre alt) waren die Symptome der Paralysis spinalis spastica vorhanden (Paraparese, Rigidity, gesteigerte Reflexe der unteren Extremitäten), ferner eine ganze Reihe von Symptomen, welche nicht zu dieser Krankheit gehören, wie Störungen in der sensitiven Sphäre, Schwierigkeiten bei der Harn und Kotentleerung und Atrophie des Sehnerves.

Die Symptome liessen also bei beiden Patienten auf die kombinierte Erkrankung der GOLL'schen, BURDACH'schen und Pyramidenbahnen schliessen. Diese kombinierten Erkrankungen werden von OPPENHEIM in zwei Gruppen gereiht: a) Die erste Gruppe wird durch die Symptome der Paralysis spinalis spastica charakterisiert, welche durch einige Symptome der Tabes begleitet werden. Das ist der Fall beim jüngeren Patienten. b) In der zweiten Gruppe treten die Symptome der Tabes in den Vordergrund, wozu sich die Paraparese gesellt. So sehen wir es beim älteren Patienten.

Der Grund solcher kombinierten Systemerkrankungen liegt gewöhnlich in einer schweren familiären Disposition. Die atypische Form liess ebenfalls auf eine familiäre Erkrankung schliessen. Dieser Verdacht hat auch in dem Falle seine Berechtigung, wenn man nur einen einzigen Patienten beobachten kann, während sich hier gleich zwei Brüder mit den entsprechenden Erscheinungen meldeten. Prof. JENDRASSIK schreibt in der Aetiologie dieser familiären Erkrankungen eine grosse Rolle der Verwandtschaft der Eltern oder Grosseltern zu.

Im beschriebenen Falle war diese Ursache nicht vorhanden; es wurde dagegen auf ophthalmologischem Wege ein anderer Grund der Degeneration entdeckt. Bei 3 der untersuchten 4 Geschwister konnte nämlich die FÖRSTER'sche chorio-retinitis und damit die *lues hereditaria* festgestellt werden.

MITTEILUNG AUS DER GYNÄKOLOGISCHEN KLINIK DER KÖN.
UNG. FRANZ JOSEF UNIVERSITÄT IN KOLOZSVÁR.

Direktor : Prof. Dr. D. v. SZABÓ.

Über die mehrfache Schwangerschaft.*

Von Dr. L. GÓTH.

Das Vorkommen von Zwillingen gehört bekanntlich nicht zu den Seltenheiten, mehr als zwei Früchte kommen aber beim Menschen in derselben Schwangerschaft ziemlich selten vor. WAPPÄUS rechnete bei 19,698,322 Geburten in Mitteleuropa 226,807 Zwillings, 1623 Drillings, 59 Vierlings und eine Fünflings-Geburt.

Die Tabellen von MECKEL-VEIT, welche auf Grund von 13000000 Geburten zusammengestellt wurden, zeigen ungefähr, dass auf 89 einfache Geburten eine zweifache, auf 89² eine dreifache, auf 89³ eine vierfache und auf 89⁴ eine fünffache Geburt fällt. Die Disposition zu mehrfachen Schwangerschaften ist vererbbar. Es gibt Familien in welchen Zwillinge und Drillinge regelmässig vorkommen. Von der Vererbung ist sonderbarerweise auch der Mann nicht ausgeschlossen. Die sonderbarsten Kombinationen kommen dann vor, wenn beide Eheleute aus solchen Familien abstammen. Einen solchen Fall erwähnt BOÉR. Der Mann ein Zwilling, hatte zur Frau eine aus einer Vierlings-Geburt, die Ihm nach 11 Schwangerschaften 32 Kinder gebar.

Auf der Klinik liegt zur Zeit eine Frau, deren Mutter einmal Zwillinge gebar, und deren Mann selbst ein Zwillingen-

* Nach einem Vortrage, gehalten in der medizinischen Sektion des Erdélyer Museum-Vereins am 24 Oktober 1908.

kind ist. Sie war dreimal schwanger und zwar das erste Mal mit Zwillingen das zweite und dritte Mal mit Drillingen.

Die Zwillings-Schwangerschaft kann bekanntlich entweder durch die Befruchtung zweier gleichzeitig reif gewordenen Eier, oder durch die Befruchtung eines einzigen Eies, aus welchem sich zwei Früchte bilden, zustande kommen. Die erste Art kommt öfters vor und zwar nach BUMM im Verhältnisse von 85: 15. Drillinge bilden sich am öftesten aus zwei, seltener aus drei Eiern, am seltensten aus einem einzigen Ei.

Demonstriert werden Drillinge aus Kovászna, durch die Liebenswürdigkeit des Herrn Dr. VAJNA (nähere Angaben fehlen), und ein Fall von einer dreifachen Geburt aus der hiesigen geburtshilflichen Klinik. Es wurden zwei weibliche Früchte von 22 cm. Länge, und eine männliche Frucht von 23 cm. Länge geboren. An der Nachgeburt sind zwei Eihöhlen mit zwei Chorion und zwei Amnion zu sehen. Diese Drillinge stammen also aus zwei Eiern.

Die demonstrierten Fälle bringen auch einen Beweis dafür, dass die Drillinge selten zur Vermehrung der Familie beitragen, da sie meistens in noch nicht lebensfähigem Zustande geboren werden.

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

Direktor : Prof. Dr. L. MAKARA.

Schussverletzung beider linken Lungenlappen; Lungennaht, Heilung.

Von Dr. ST. SÁNDOR.*

Die Verletzungen der Lungen hatten, was ihre Lebensgefährlichkeit betrifft, lange Zeit hindurch einen nicht verdienten guten Ruf. Sie zeigen tatsächlich eine grosse Neigung zur Heilung und eine Infektion durch die eingeatmete Luft ist nur dann zu befürchten, wenn auch ein grösserer Bronchus verletzt wurde. Dagegen sind die Infektionen, durch die bei der Verletzung eingeführten Körper, sehr gefährlich. Solche Infektionen kommen aber glücklicherweise selten vor, so dass ihre Gefahr nach GARRÉ nur in dritter Linie in Betracht kommt. Die Hauptgefahren sind die Verblutung und der Spannungs-Pneumothorax. Die schwerste Frage ist nach GARRÉ, die Bestimmung der Zeit und der Art des operativen Eingriffs. Man muss den Thorax öffnen, wenn die Gefahr der Verblutung droht und die Aussicht einer spontanen Blutstillung verschwindet.

Die erste Mitteilung über eine Lungennaht nach Lungenverletzung, machte OMBONI vor 24 Jahren. Der folgende Fall soll zur Erweiterung der ziemlich geringen Statistik dienen.

F. B. 22 jähriger Architekt versuchte den Selbstmord, am 2. März l. J. durch einen Schuss, aus einem 7 mm. Revolver

* Nach einem Vortrage, gehalten in der medizinischen Sektion des Erdélyer Museum-Vereins am 14. November 1908.

in die linke Brusthälfte. Die etwa 9 mm. weite versengte Eingangsöffnung des Schusskanals lag 2 cm. unterhalb der Brustwarze. Die Kugel war unter der Haut des Rückens, 2 Finger unterhalb der Spitze des Schulterblattes zu tasten. Hämoptöe, gröbere Dämpfung, subkutanes Emphysem waren nicht vorhanden. Puls 60, Atmung 38, oberflächlich. In den Kleidern fand sich viel Blut, der Patient war blass, seine Lippen waren jedoch nicht sehr blutarm. Während der Untersuchung, sowie beim Sprechen, Schreien oder Husten strömte aus der Wunde viel dunkelrotes, nicht schaumiges Blut.

Therapie: Desinfektion der Umgebung der Wunde, steriler Verband, 1 centigr. Morphin subkutan, Eisbeutel auf die Brust, Ruhe.

Nach zwei Stunden traten Zeichen einer grösseren Blutung auf. Nach der Abnahme des Verbandes strömte aus der Wunde in vollem Strahle das dunkle, nicht schaumige Blut. Es konnte nicht länger gewartet werden, der Kranke wurde zur Operation vorbereitet. Am Brustkorb war schon eine ausgedehnte Dämpfung und rund um die Wunde subkutanes Emphysem vorhanden. Die Operation wurde in leichter Aethernarkose ausgeführt, welche durch eine kurze Chloroformnarkose eingeleitet wurde. Der Brustkorb wurde durch einen 12 cm langen, durch die Schusswunde den Rippen entlang geleiteten Schnitt weit geöffnet. Nach der Resektion der III. und IV. Rippen, sowie teilweise des IV. Rippenknorpels konnte festgestellt werden, dass die kollabierte linke Lunge in teilweise geronnenem Blute schwimmt, welches die ganze Brusthälfte ausfüllt. Das Herz schlug kräftig; weder der Pneumothorax, noch das Hervorziehen der Lunge übte einen schädlichen Einfluss auf die Herz-tätigkeit. An der Lingula der hervorgezogenen Lunge wurde eine zerquetschte, stark blutende Wunde entdeckt; sie wurde von beiden Seiten durch 5 tiefgreifende Catgutnähte zusammen-genäht. Der darunter liegende Lungenlappen zeigte an seiner vorderen und hinteren Hälfte die beiden etwa 4 mm. weiten Mündungen eines nicht blutenden Schusskanals. Die vordere Mündung wurde durch zwei Nähte geschlossen, die hintere war nicht zugänglich. Nach dem Entfernen von ca. $1\frac{1}{2}$ – $1\frac{3}{4}$ Litern

Blut wurde die Pleuralhöhle unvollständig geschlossen, drainiert und die weichen Teile entsprechend zusammengenäht.

Der Patient fühlte sich nach der Operation, abgesehen vom schmerzhaften Hustenreiz, welcher drei Tage andauerte, verhältnissmässig wol. Er hatte jedoch Temperaturerhöhungen bis 37·8 C. Durch das Drainrohr entleerte sich ein anfangs klares, seröses, später trübes, schliesslich eiteriges Exsudat. Am 21 März stieg die Temperatur bis auf 38 C. Um das eiterige Exsudat besser ableiten zu können, wurde ein Stück der X. Rippe vorne reseziert und die Brusthöhle auch von dieser Seite drainiert. Das Exsudat wurde trotzdem von Tag zu Tag reichlicher und übelriechender.

Am 16. Apr. wurden die X. und XI. Rippen beinahe gänzlich entfernt und in der weit geöffneten Brusthöhle ein, bei der ersten Operation dort vergessener Tupfer gefunden.

Die Brusthöhle wurde nun offen behandelt. Der Patient verliess am 9 Mai die Klinik; seine Brusthöhle war damals bis auf eine Fistel von der Weite des Durchmesser eines Bleistiftes geschlossen. Die Fistel verheilte in weiteren zwei Wochen vollkommen.

Zusammenfassung.

1. Die penetrierenden Verletzungen des Brustkorbes können trotz den schweren Anfangssymptomen spontan heilen. Solche Fälle sind also exspektativ zu behandeln, man muss sich jedoch zur Operation bereit halten.

2. Die Gefahr solcher Verletzungen liegt in der Blutung und in der Spannung des Pneumothoraxes. Die rechtzeitig ausgeführte Eröffnung der Brusthöhle und das Schliessen der Lungenwunde durch Nähte, ist das beste Mittel gegen beide Gefahren. Die Indikation zum operativen Eingriff wird durch das Verhalten des Patienten, während der Exspektion, gegeben.

Sitzungsberichte

der ärztlichen Fachsitzungen des „Erdélyer Museum-Vereins“.

XV. Fachsitzung am 3. Oktober 1908.

1. Dr. L. GÓTH. *Ein Fall von Kollision von Zwillingen.* Bei einer I. P. wurde der erste der vorhandenen Zwillinge bis zu den Schultern geboren. Der Kopf konnte nicht extrahiert werden, da der Kopf der zweiten Frucht in das Becken eingetreten war. Der Vortragende legte an den Kopf der zweiten Frucht die Zange an, nach deren Geburt konnte auch der Kopf der ersten Frucht herausgehoben werden (Ausführlich erschienen in der „Gyógyászat“.)

Diskussion. Privatdoz. Dr. K. ÁKOZTZ bemerkt, dass man in solchen Fällen die Dekapitation der ersten Frucht oder die Verkleinerung des schon geborenen Rumpfes zu versuchen hat, um stärkeren Verletzungen vorzubeugen.

Prof. SZABÓ ist gegen die Dekapitation, spricht aber für die Verkleinerung des Rumpfes.

2. Dr. P. STEINER. Geheiltes Fall von einem nach *Freyer* operierten Prostata- und Samenbläschenkarzinom. Beim 70-jährigen Patienten meldeten sich vor 6 Jahren Schwierigkeiten bei der Harnentleerung, welche sich vor 8 Tagen bis zur völligen Retention steigerten. Per Rectum war die Prostata als eine harte, unebene Geschwulst von der Grösse eines kleinen Apfels, zu tasten. Bei der Cystoskopie zeigte sich der Prostata entsprechend, eine starke Einwölbung der Blasenwand und trabekuläre Blasenschleimhaut. Auf diesem Grunde wurde die Diagnose des Prostatakarzinoms festgestellt.

Der Vortragende nahm am 23. Juli l. J. die Operation nach *Freyer* auf transvesikalem Wege vor. Die Loslösung der Prostata bot nur an der Basis Schwierigkeiten. Die Operationswunde wurde nach *Freyer* völlig offen behandelt. Die Heilung verlief, abgesehen von einer 5-tägigen dauernden Nebenhodenentzündung, ungestört. In 5 Wochen war die Wunde vollständig geheilt. Der klare Harn wird jetzt ungehindert entleert. Bei der wiederholten Prüfung konnte kein Recidiv entdeckt werden. Die herausgeschnittene Prostata wog

75 g., sie war hart, uneben und wies stellenweise buttergelbe nekrotische Teile auf. Die Samenbläschen schienen auch karzinomatös infiltriert zu sein. Die histologische Prüfung zeigte Adenokarzinom beider Organe (Dr. Veszprémi).

Auf Grund dieser, sowie auch anderer Prostataexstirpationen kann der Vortragende die Erfahrung von *Frisch*, nach welcher die Resektion der pars prostatica urethrae immer von Inkontinenz gefolgt wäre, nicht bestätigen.

3. DR. A. GYERGYAI demonstriert zwei Fälle von hypopharyngeal Karzinomen.

Diskussion. DR. H. KANTZ.

4. W. AUSTERLITZ hält einen Vortrag über die anatomische Nomenklatur. (S. Revue 57—59 auch die „Heilkunde“.)

Diskussion. DR. ST. SÁNDOR hält dafür, es wäre für die Kliniker eine unerquickliche Aufgabe, die neuen Namen in ihre Nomenklatur einzuführen, dazu wäre eine lange Reihe von Jahren notwendig.

W. AUSTERLITZ betont wiederholt die Notwendigkeit einer Revision, von welcher jedoch nur dann ein Erfolg zu erwarten wäre, wenn die Kliniker ihre Fachausdrücke ebenfalls umformen würden. Auch die Pathologie wimmelt von vielfachen Benennungen. Ein einheitliches Verfahren wäre wünschenswert.

XVI. Fachsitzung am 10. Oktober 1908.

1. Dr. H. KANTZ demonstriert einen Fall von umfangreichen Karzinom am Schädeldach. Nach der Behandlung mit Röntgenstrahlen trat eine Besserung ein.

2. Dr. St. SÁNDOR. Die *Bardenheuersche* Extensionsbehandlung. (II. Fortsetzung; Demonstration von R. Bildern und Kranken.) Das Wesen des Verfahrens wurde in der Fachsitzung am 4 April l. J. besprochen.

I. Frau M. S., 44 jährig, erlitt vor 6 Monaten einen spiralen Bruch am unteren Drittel der Tibia. Die Bruchflächen waren stark verschoben, die Extremität wurde um 2 cm. kürzer.

In der vierten Woche der BARDENHEUER'schen Behandlung, als die Extremität nur mit 10 Kg. belastet war, bildete sich am Fussrücken an der Stelle, wo die Haut durch die, die Extension bewirkende Binde gedrückt war, ein etwa kronengrosser Dekubitus. Die Patientin verliess die Klinik in 6 Wochen geheilt. Sie konnte ohne Stütze gehen, die Heilung des Dekubitus dauerte aber noch länger.

II. A. U. 65 jähriger Ingenieur erlitt einen splinterigen Bruch des Wadenbeins oberhalb des Fussknorrens, ferner einen kleinen Sprung am Schienbein. Der Patient wurde durch 17 Tage nach

BARDENHEUER behandelt; er stand am 21-ten Tage auf und verliess die Klinik, nachdem er die übliche Massage und Gymnastik erlernte. 28 Tage nach dem Unfall konnte er schon 3—4 Kilometer gehen und seine Arbeit verrichten, wobei er kaum einen Stock zu benutzen brauchte.

III. Bruch der Patella bei V. K. 67 jährigem Tagelöhner. Der Bruch verlief in querer Richtung, die Bruchflächen lagen 4—5 cm. von einander. Der Patient verliess das Bett nach einer 6 Wochen dauernden Behandlung. Die zwei Bruchstücke sind zwar durch Knochengewebe vereinigt, die vorderen Kanten derselben liegen jedoch nicht aneinander, da das untere Bruchstück sich mit seiner inneren Kante, an die Bruchfläche des oberen Stückes anlehnte.

IV. Ein klassischer Fall von Armspindelbruch, seit 10 Tagen nach BARDENHEUER behandelt. Supination und Pronation sind schon ungehindert ausführbar, das Beugen und Strecken gelingt passive vollkommen, aktive weniger gut.

V. Das Röntgenbild von einem Armspindelbruch bei F. Sz. 14 jährigem Maurerlehrling, kompliziert mit starker Verschiebung der Bruchende und starker Infraktion der Ulna. 17 Tage Extension, 2 Wochen Massage, Heilung.

VI. J. H. 26 jähriger Arbeiter, erlitt vor einem Monate eine komminutive Fraktur des linken Oberarmbeins. Das R.-Bild zeigt, dass die Diaphyse in zwei grössere und mehrere kleinere Stücke zersplittert wurde. Der Patient braucht schon keinen Verband zu tragen und kann seinen linken Arm ebenso gut gebrauchen, wie den rechten. Ein Unterschied ist nur in der Abnahme der motorischen Kraft zu beobachten.

Die Heilung kann in diesem Falle als funktionell vollkommen betrachtet werden, obwol die anatomische Reposition noch zu wünschen übrig lässt. Die Bruchstücke liegen zwar in der richtigen Achse, sie sind aber sonst ebenso disloziert, wie vor der Behandlung.

VII. Spirale Fraktur des linken Oberarmbeins mit starker Dislokation der Diaphyse und Absplitterung eines 4 cm. langen Stückes bei L. K. 22 jährigem Tagelöhner. Der Kranke wird mit der angelegten BARDENHEUER'schen Binde vorgeführt und auch die übliche Gymnastik demonstriert.

VIII. O. Cs. 33 jähriger Diener, erlitt vor 10 Tagen eine schwere eingekeilte Fraktur des rechten Oberarmes. Dieser Kranke wurde bis heute liegend behandelt und erst heute wurde die BARDENHEUER'sche Schiene angelegt. Er kann schon Bewegungen aus dem Schultergelenk ausführen, obwol in geringerem Grade, als der vorher demonstrierte Patient.

IX. und X. Zwei schwere Fälle von suprakondylären Oberarm-

frakturen bei zwei 7 jährigen Knaben. Nach 5 Wochen Behandlung ist eine aktive Beugung von über 90° und eine Streckung von 170—175° in beiden Fällen möglich.

XI. A. S. 4 jähriger Knabe, fiel vor 7 Tagen auf den linken Ellenbogen. Das R. bild zeigt, dass ein kleiner Splitter oberhalb des caput humeri abgesprungen ist. Nach 5 tägiger Extension wurde die LUCAS CHAMPONIERE'sche Behandlung eingeleitet.

Man kann mit ruhigem Gewissen behaupten, dass die BARDENHEUER'sche Behandlung der Frakturen in vieler Hinsicht, einen wesentlichen Fortschritt den bisher üblichen Methoden gegenüber, bedeutet.

3. Dr. J. SZABÓ. Ein Fall von familiärer Rückenmarkerkrankung. (S. Revue S. 60—61.)

XVII. Fachsitzung am 17. Oktober 1908.

1. Dr. S. BLUMENFELD. Erfahrungen über die Tuberkulinbehandlung (ausführlich erschienen in der „Gyógyászat“). Nach einer kurzen Besprechung der diagnostischen Tuberkulininjektionen teilt der Vortragende mit, dass im Laufe von 2 Jahren an der Tuberkulose-abteilung der Klinik mehr als 90 Patienten mit KOCH-s Alt-tuberkulin behandelt wurden und 33 von diesen, und zwar 18 im I, 9 im II, 1 im III, 1 im I—II und 2 im II—III Stadium, auch einer längeren Beobachtung zugänglich waren. Die injizierte Anfangsdose war meistens 1/100 milligr., die Steigerung der Dose wurde stets vom Ausbleiben der Reaktion abhängig gemacht. Der Vortragende behandelte nur solche Patienten, bei denen KOCH'sche Bazillen im Auswurfe sich vorfanden, oder neben mehr oder weniger charakteristischen Symptomen die Tuberkulinreaktion positiv ausfiel.

In 2—3 Fällen war die Besserung physikalisch nachzuweisen, die subjektiven Symptome besserten sich in beinahe sämtlichen Fällen. Das Husten, die Seitenschmerzen, das nächtliche Schwitzen blieben entweder völlig aus oder liessen wenigstens nach. Das Körpergewicht nahm mit Ausnahme von zwei Fällen, ganz beträchtlich zu, bei 3 Patienten betrug die Zunahme 10—12 Kilo.

Ausser dem KOCH'schen Tuberkulin machte der Vortragende auch mit dem von SPENGLER im Jahre 1904 empfohlenen Perisucht-tuberkulin therapeutische Versuche. Die SPENGLER'sche Differentialfärbung hält der Vortragende nicht für verlässlich, da es ihm nie gelang, durch dieselbe den Typus der Infection festzustellen. Die Versuche zeigen, dass derzeit weder das KOCH'sche, noch das SPENGLER'sche Tuberkulin als spezifische Heilmittel gegen Tuberkulose angesprochen werden können. Da unangenehme Folgen der Injektionen in keinem Falle wahrgenommen wurden, hält er die weitere Verwendung dieser Mittel empfehlenswert. Eine definitive Entschei-

dung über die Nützlichkeit der Tuberkulinbehandlung, kann nur im Laufe vieler Jahren erbracht werden.

Diskussion. Dr. F. VERESS wirft die Frage auf, ob die Bestimmung des Opsoninindex vor der Verwendung des Tuberkulins nicht zu wünschen wäre?

Der Vortragende bemerkt, dass seiner Erfahrung nach, die Bestimmung des Opsoninindex noch eine viel unsicherere Basis der Steigerung von Tuberkulindosen liefern würde, als das bisher übliche Verfahren, da die Resultate leicht mit Fehlern behaftet sein können.

Prof. PURJESZ spricht in demselben Sinne.

XVIII. Fachsitzung am 24 Oktober 1908.

1. Dr. P. STEINER. Ein durch Phalloplastik geheilter Fall von traumatischer Enthäutung des Penis und des Hodensackes.

Der 40 jährige Patient erlitt die genannte Verletzung in der Weise, dass eine Dreschmaschine den unteren Teil des Hemdes mit sich riss. Eine Krause des Hemdes zog die Haut der Rute und des Hodensackes in einem Stücke ab. Der Patient kam 5 Stunden nach der Verletzung auf die Klinik und brachte die abgerissene Haut in einem Stück Papier mit sich. Die Haut des Penis fehlte vollkommen, nur das Präputium blieb unverletzt, die Haut des Scrotums fehlte ebenfalls, die Hoden hingen entblösst in ihren Hüllen. Die Wunde und die mitgebrachte Haut waren beschmutzt, die Replantation derselben wurde aus diesem Grunde nicht einmal versucht. Der Vortragende beschränkte sich auf die antiseptische Behandlung. Die Granulation begann bald; beide Hoden zogen sich zur äusseren Öffnung des Inguinalkanals zurück, die Haut des Hodensackes wurde aus der Umgebung regeneriert. Die Haut der Rute wurde vor einem Monate aus dem Präputium rekonstruiert. Zur Zeit der Demonstration sind die Geschlechtsteile völlig mit Epithel bedeckt. Die Harnentleerung und Erektion gehen ungehindert vor sich.

2. Dr. L. GÓTH. Über die mehrfache Schwangerschaft, in Anknüpfung an einige Fälle von dreifacher Schwangerschaft. (S. Revue S. 62—63.).

3. Privatdoz. Dr. D. VESZPRÉMI demonstriert NEGRI'sche Körper, aus einem Falle von Tollwut beim Menschen.

XIX. Fachsitzung am 31. Oktober 1908.

1. Dr. L. GÓTH. Demonstration von Geschwülsten der Bauchhöhle. I. Ein Fall von einem Kystoma multilokulare, welches die ganze Bauchhöhle einnahm, die Symptome eines malignen Tumors aufwies und für inoperabel gehalten wurde. Bei der durch Prof.

SZABÓ vorgenommenen Probeparotomie konnte die radikale Operation mit gutem Erfolge ausgeführt werden. Der Fall ist ein neuer Beweis der Richtigkeit des von Prof. SZABÓ stets betonten Prinzips, dass man in zweifelhaften Fällen nie pungieren darf, sondern eine Probeparotomie vorgenommen werden muss. Die Heilung verlief ungestört.

II. Ein *Fibromyom* von 6500 g., welches durch Laparotomie aus dem *ligamentum latum* entfernt wurde. Nach der Resektion der überflüssigen Teile des *ligamentum latum*, wurden dessen Lamellen vereinigt und die Wunde zugenäht. Die Heilung verlief ungestört.

III. Der Fall zeigt eine ganze Reihe von Komplikationen, welche vor der Operation in ihren Einzelheiten erkannt wurden. Es waren ein faustgrosses *Fibromyom* im Uterus, beiderseits *Salpingitis* und links ein faustgrosses *Kystoma ovarii* (später als *Embryom* erkannt) vorhanden.

Operation: *Amputatio supravaginalis uteri et adnexotomia bilateralis*. Vereinigung beider Lamellen des Bauchfells. Die Operation wurde vor 3 Tagen ausgeführt, die Patientin befindet sich wol.

Diskussion. Prof. SZABÓ: Der zweite Fall ist ein schöner Beweis der Verlässlichkeit des aseptischen Verfahrens. Früher hätte man sich nicht getraut die Höhle, welche nach der Entfernung einer so grossen Geschwulst zurückblieb, ohne Drainage einfach zusammenzunähen.

An der Diskussion nimmt noch Prof. MAKARA Teil.

2. Dr. M. CSIKY und *Privatdoz.* Dr. M. JANCsó. Über die *Wassermann-sche* Serodiagnose der Syphilis.

Die Vortragenden besprechen kurz das Wesen und die Methodik der Reaktion und demonstrieren das Resultat einiger Versuche. Um ein endgiltiges Urteil über die Verwendbarkeit der Reaktion fällen zu können, wäre eine längere Reihe von Versuchen nötig. Ihre bisherigen Resultate sind sehr ermunternd, da die Reaktion bei nicht Syphilitikern in keinem Falle, bei Syphilitikern dagegen in den meisten Fällen positiv ausfiel.

XX. Fachsitzung am 7 November 1908.

1. Dr. A. GYERGYAY. Direkte Bronchoskopie und Oesophagoskopie mit besonderer Rücksicht auf die Entfernung von Fremdkörpern. Vortragender demonstriert, nach der Besprechung des heutigen Standes dieser Untersuchungsmethoden, einige von ihm beobachteten Fälle, ferner 4 Präparate aus den Sammlungen der Herrn Prof. KENYERES und BUDAY. Er weist ferner auf die Wichtigkeit der Oesophago-resp, Tracheobronchoskopie bei den Erkrankungen des Oesophagus, bei der Behandlung der luetischen Strikturen der

Luftwege, bei der Entfernung von Chondromen (*Eicken*) und schliesslich bei deszendierendem Croup hin.

2. Dr. H. KANITZ verarbeitete 566 Fälle von Leukoderma syphiliticum mit folgenden Schlusssätzen:

1. Das Leukoderma kommt bei Frauen viel öfter vor als bei Männern. Dieses Verhältniss kann nicht, durch die stärkere Insolation, welcher die Frauen in Folge ihrer Kleidung ausgesetzt sind erklärt werden. Das Sonnenlicht hat beim Zustandekommen des Leukoderma wahrscheinlich keine Rolle.

2. Das Leukoderma tritt gewöhnlich, in dem ersten halben Jahre nach der Infektion auf, manchmal kommt es aber auch später. Es besteht gewöhnlich 6—8 Monate, ausnahmsweise aber auch einige Jahre.

3. Die Auftretsstelle des Leukoderma ist am häufigsten der Hals, das Hinterhaupt, dann die Achselgrube, die Schulter, der Rücken und die Brust.

4. Es tritt entweder nach Exanthenen (*L. postexanthematicum*) oder selbstständig auf.

5. In seiner typischen Form ist es ein sicheres Zeichen der Syphilis. Eine sichere Bestimmung des Alters der Syphilis ermöglicht das Leukoderma zwar nicht, es spricht jedoch für eine frische Erkrankung.

XXI. Fachsitzung am 14 November 1908.

1. Prof. PURJESZ demonstriert drei Fälle.

a) Ein 51 jähriger Mann klagte über blutige Stühle. An der chirurgischen Klinik wurde eine ausgedehnte Ablösung der Darmschleimhaut festgestellt.

b) Ein 21 jähriger Mann kann seine unteren Extremitäten, besonders in den Hüften und Kniegelenken seit mehreren Monaten nicht gut bewegen. Der untere Teil des Rückgrates ist etwas steif, der Patellarreflex etwas gesteigert, die Adduktoren kaum bemerkbar steif. Er hält den Fall für einen Typus der MARIE'schen Spondilose rhizomyelique.

c) Ein charakteristischer Fall von Arthropathia tabica bei einer Frau.

Discussion. Dr. P. STEINER hält bei ausgedehnten Ulcerationen der Mastdarm-Schleimhaut die Colostomie angezeigt, wodurch der so ausgeschaltete Mastdarm in Ruhe gesetzt und gründlich ausgespült werden kann. Nach der Regeneration der Schleimhaut, falls eine konsekutive Strikturen auftritt, kann der Mastdarm auf sakralem oder abdominalem Wege amputiert werden. Durch eine dritte Operation kann die aus therapeutischen Zwecken angelegte Fistel geschlossen und so völlige Heilung erreicht werden.

Prof. SZABÓ bemerkt, dass die Schleimhaut des Mastdarms sich leicht ablöst, sie ist auch leicht herabzuziehen. Es ist jedoch nicht ratsam die entblößten Stellen des Darms mit der herabgezogenen Schleimhaut zu bedecken.

2. Dr. St. SÁNDOR. Schussverletzung beider linken Lungenlappen, Lungennaht; Heilung. (S. Revue S. 64--66.)

XXII. Fachsitzung am 21. November 1908.

Prof. Dr. B. KENYERES. Über die Fehler, welche die Sachverständigen begehen können.

XXIII. Fachsitzung am 28 November 1908.

1. Dr. D. POTOCKY demonstriert zwei anatomische Präparate von Appendicitisfällen.

2. Dr. A. GYERGYAY: a) Ein durch Operation geheilter Fall von *Eiterung der sphänoidalen Höhle* mit orbitaler Komplikation. Gy. S. 40 jährige Arbeiterin hatte seit Mitte Apr. d. J. starke Kopfschmerzen; am 8-ten Tage ihrer Erkrankung schwellen die linken Augenlider ödematös an, die Patientin hatte starke Schmerzen im Auge und scheute das Licht. Am 7 Mai war mässiger Exophthalmus vorhanden, am 9 September wurde auch eine Papillitis intumescens festgestellt. Die zu dieser Zeit vorgenommene Prüfung der Nasenhöhle zeigte eine Hypertrophie der Nasenmuschel, bei der hinteren Rhinoskopie wurde an dem linken Rec. sphänoethmoidalis ein kleiner Tropfen Eiter entdeckt. Der Eitertropfen war auch am anderen Tage an derselben Stelle zu sehen. Die Durchleuchtung und das R.-bild gaben keine weitere Aufklärung. Am 1 Oktober entfernte der Vortragende den hinteren Teil der mittleren Nasenmuschel und führte durch die verstopfte Öffnung des Sin. sphänoid. eine Sonde ein, da viel Eiter herausfloss, wurde die Öffnung entsprechend erweitert. Aus dem Eiter gingen Streptococcus-Kulturen an.

Die Patientin fühlte sich schon 3 Tage nach der Operation besser; das Ödem und der Exophthalmus verschwanden am 5-ten Tage.

b) *Sinusthrombose* nach Eiterung im Mittelohr. Unterbindung der Jugularvene und Öffnen des Sinus transversus bis zum Trochlear. Heilung. M. B. 17 jährige Arbeiterin litt im Mai d. J. an einer Eiterung des Mittelohrs. Sie erkrankte am 26 Juli nach dem Tanzen plötzlich unter heftigen Kopfschmerzen und Erbrechen. Am 28 Juli wurde sie mit über 40° steigender Temperatur auf die interne Klinik aufgenommen. Der Vortragende fand bei der Untersuchung Eiter im linken äusseren Gehörgang und eine Perforation am hinteren unteren Teil des Trommelfells. Hörschärfe: Flüstern

20 met.; *Weber* links; *Schwabach* länger; *Rinne* links negativ; Proc. mastoideus etwas empfindlich.

Das Mittelohr, die Scala media et posterior wurden in der Aether-chloroform-narkose freigemacht. Im Mittelohr wurden Granulationen, in der Scala postica subdural Eiter gefunden. Der Sinus transversus pulsierte nicht, bei seiner Probepunktion entleerte sich nichts. Die Jugularvene wurde freigemacht, sie füllte sich, nachdem sie entleert und komprimiert wurde, nicht wieder. Sie wurde unterbunden und geöffnet. Die Vene war durch einen Thrombus verstopft. Der Bulbus wurde nun frei gemacht und nach dem Öffnen des Sinus transversus der zerfallene Thrombus entfernt.

Die Patientin war einige Tage nach der Operation fieberfrei, ihre Temperatur stieg jedoch bald auf dieselbe Höhe wie früher und aus dem noch nicht geöffneten Teil des Sinus sickerte Eiter hervor. Am 27 August wurde der Sinus bis zum Trocular geöffnet und ein eiterig zerfallender Thrombus entfernt. Beim Trocular trat starke Blutung ein. Die Patientin hatte nach der Operation noch lange Zeit Fieber, welches jedoch eine Tendenz zum Nachlassen zeigte. Die weitere Behandlung bestand in Einreibungen und Eingüssen von kolloidalem Silber.

Die Patientin wurde 3 Wochen nach der Operation fieberfrei und die Wunde verheilte ebenfalls.

Diskussion. Prof. MAKARA. Die von Herrn Potocky demonstrierten Fälle zeigen, wie verborgene Appendicitiden Ursache von räthselhaften Bauchfellentzündungen sein können. Der Fall der Neuritis retrobulbaris zeigt, wie wichtig bei einer solchen die sorgfältige Prüfung der Nasenhöhle, zur Erklärung der Aetiologie der Erkrankung sein kann.

An der Diskussion nehmen noch Prof. BUDAY und Dr. I. MARKBREITER Teil.

XXIV. Fachsitzung am 12 Dezember 1908.

Privatdoz. Dr. M. JAKCSÓ und Dr. A. ELFER. Untersuchungen über die Virulenz der Bazillen der menschlichen Tuberkulose.