

Sitzungsberichte

der ärztlichen Fachsitzungen des Erdélyer Museum-Vereins.

I. Fachsitzung am 6. Februar 1909.

1. Prof. MAKARA: A) *Ein durch Operation geheilter Fall von einem, infolge Vereiterung eines Echinokokkus an der Konvexität der Leber gebildeten, subphrenischen Abscess.* F. G. 41 jähriger Tagelöhner erkrankte in Dezember 1907 mit Bauchschmerzen, Erbrechen und Durchfall. Mitte April 1908. gesellte sich zu den sich erneuernden Symptomen Gelbsucht. Der Patient wurde am 3. Mai auf die interne Klinik aufgenommen. Bei seiner Aufnahme wurden Gelbsucht, erhöhte Empfindlichkeit der Leber, im Harn Gallenfarbstoff, hohes Fieber mit starken Remissionen gefunden. Leukozytenzahl: 18000. VIDAL negativ. Die Grösse der Leber nahm auch während der Beobachtungszeit zu. Im Harn wurde später Eiweiss, im Harnsedimente Eiweisszylinder gefunden. Am 5. Mai Schüttelfrost. Die Symptome wiesen auf eine eiterige Cholangitis hin und der Kranke wurde behufs Operation der chirurgischen Klinik übergeben.

Bei der am 8. Mai vorgenommenen Laparotomie wurde ausser der Vergrösserung der Leber nichts Abnormes gefunden. Die Gallenblase wurde, um die infizierte Galle ableiten zu können, eröffnet und drainiert. Die Galle enthielt reichlich Streptokokken, Bacterium coli und noch eine Art von Bazillen.

Nach der Operation schienen der Zustand des Patienten sich zu bessern. Die Temperatur wurde subfebril, am 22. Mai stieg sie jedoch wieder bis auf 39.5 C°. Anfang Juni wurde am hinteren unteren Teile der rechten Brusthälfte eine Dämpfung gefunden, welche am 12-ten schon die Höhe der VI. Rippe erreichte.

Bei den am 23. Juni vorgenommenen Probepunktionen wurde aus dem VI. Interkostalraum eine seröse, aus dem IX. eine übelriechende eiterige Flüssigkeit gewonnen. Der Eiter enthielt viele

Staphylo- und Streptokokken und ausserdem verschiedene Bazillen. Es wurde somit die Diagnose eines subphrenischen Abscesses und einer konsekutiven Brustfellentzündung festgestellt.

Bei der radikalen Operation wurden die X. und XI. Rippen reseziert, das Brustfell nach oben geschoben und der subphrenische Abscess durch einen Schnitt in das Diaphragma geöffnet. Es entleerten sich etwa 2 Liter einer übelriechenden, eiterigen, Echinokokken enthaltenden Flüssigkeit. Drainage.

Die Heilung wurde auch durch die radikale Operation nicht erreicht, da später auch das pleurale Exsudat eiterig wurde und der Eiter durch die Operationswunde keinen hinreichenden Abfluss fand. Der Patient willigte damals in eine weitere Operation nicht ein und verliess die Klinik am 6. Juli. Er meldete sich am 29. Oktober wieder und verlangte die schon früher empfohlene Operation. Das Empyem erreichte bereits die Höhe der IV. Rippe und stand mit einer Öffnung in der Mitte der Operationsnarbe mittels eines dünnen Ganges in Verbindung. Der sehr abgeschwächte Patient wog 45 Kilo. Temperatur subfebril.

Die Brusthöhle wurde am 4. November nach der Resektion einer Rippe drainiert und mit einer schwachen Lysoformlösung zweimal ausgespült.

Die Heilung schreitet schnell vorwärts. Die Lunge dehnte sich wieder aus, die Wunde ist bis auf eine kleine granulierende Fläche verheilt. Der Kranke gewann seine alten Kräfte und gute Gesichtsfarbe wieder. Sein Körpergewicht beträgt 58.5 Kilo, also 13.5 Kilo mehr, als vor der Operation.

B) *Magengeschwür mit Pylorusstenose u. anhaltender Blutung.*

T. G. 42 jähriger Tagelöhner leidet seit 4 Jahren an heftigen Magenschmerzen und Erbrechen nach dem Essen. Das Erbrochene ist im vorigen Sommer zweimal blutig gewesen. Er leidet an Verstopfung. Sein Appetit war gut. Er wurde am 11. November auf die interne Klinik aufgenommen. Im Stuhle fand sich selbst nach 4 tägiger Milchdiät Blut vor. Der Patient wurde, da das Erbrechen auf Magenspülungen nicht nachliess, und die Anämie sich infolge der starken Blutungen noch steigerte, auf die chirurgische Klinik transportiert. Der Patient wahr sehr abgeschwächt und blutarm. Puls sehr schwach und intermittierend. Der Kranke erhielt am 1. Dezember eine Infusion einer verdünnten Kochsalzlösung mit 10 Tropfen Adrenalin in sehr langsamem Strom in den Mastdarm. Körpergewicht 57 Kilogr. Am 2. Dez. wurde der Patient nach Anwendung einer ähnlichen Infusion operiert. Bei der Laparotomie wurde der Magen erweitert gefunden, der Pfortner zeigte sich durch strahlenartige Narben stark verengt, Geschwüre waren jedoch nicht durchzufühlen. Operation: Gastro-jejunotomia retrocolica.

Der Patient hatte nach der Operation einen fortdauernden Brechreiz und erbrach öfters eine bräunlich gelbe Flüssigkeit. Er war sehr blass und fühlte sich ausserordentlich schwach. Puls 120, leer. Er erhielt vom 8. Dez. an täglich eine langsame Kochsalz-lösung-Infusion in den Mastdarm mit Adrenalin und ausserdem Nährklystiere. Das Erbrechen und die Zeichen der Magenblutungen bestanden bis am 10. Dez. Vom 11-ten Dez. besserte sich sein Zustand, indem sein Puls voller wurde und der Stuhl kein Blut mehr enthielt. Die Magenschmerzen und das Erbrechen blieben aus. Der Patient ernährte sich von nun an besser, seine Kräfte nahmen augenscheinlich zu, seine Gesichtsfarbe wurde wieder rot. Sein Körpergewicht beträgt bei der Demonstration 72 Kilogr.

Die Operation ermöglichte in diesem Falle die normale Entleerung des Mageninhaltes, sie bewirkte dadurch die Abnahme der Azidität dessen und schaffte für die Heilung der Geschwüre günstige Verhältnisse. Dies Alles geschah jedoch erst einige Tage nach der Operation, als die neue Öffnung des Magens ungestört zu funktionieren begann.

Der Vortragende weist bei dieser Gelegenheit auf die schädliche Wirkung des Adrenalins hin, wenn dieses Mittel in Form von subkutanen Infusionen angewandt wird. Das Adrenalin wurde auch im demonstrierten Falle einmal in dieser Weise gegeben und in der Folge trat eine ausgedehnte Nekrose der Haut an der Stelle der Infusion auf. Bei der Behandlung dieser Nekrose leistete das Scharlachrot (SCHMIEDEN 1908) gute Dienste.

Andererseits ist die gute Wirkung der nach LINDNER-SEIDEL angewandten protrahierten Mastdarminfusionen von verdünnter Kochsalzlösungen hervorzuheben. Solche Infusionen können in Fällen von Anämie, Inanition, Peritonitis, oder Urosepsis sowohl vor, wie nach der Operation eine vorteilhafte Verwendung finden. Da sie nicht schmerzhaft sind, steht ihrer wiederholten Anwendung nichts im Wege.

Diskussion: Dr. H. KANITZ sah auch in einem schweren Falle von *Ulcus cruris* eine die Epithelbildung befördernde Wirkung des Scharlachrots. Das Geschwür rezidierte jedoch in kurzer Zeit.

Dr. L. GÓTH bemerkt, dass die Kochsalzlösung auf der gynäkologischen Klinik seit langer Zeit stets in den Mastdarm infundiert wird.

Dr. VÍDAKOVICH machte die Erfahrung, dass die Neubildung des Epithels bei Verbrennungen der Haut, wenn die Hautdrüsen nicht völlig zerstört wurden, durch das Scharlachrot sehr lebhaft befördert wird. Die Epithelzellen der Drüsen verbreiten sich an der roten granulierenden Fläche in Form von weissen Inseln.

2. Dr. KAMIL VÍDAKOVICH demonstriert einen Fall von *Mas-*

titis chronica tuberculosa disseminata. I. F. 19 jähriges Stubenmädchen war bis zum Auftreten der demonstrierten Erkrankung, welche in Oktober 1908. bemerkt wurde, gesund. Tuberkulöse Erkrankungen kamen in ihrer Familie nicht vor. Die rechte Brust ist etwa anderthalbmal so gross, als die gesunde linke, sie fühlt sich härter an und weist stellenweise infiltrierte Herde auf. Um die Brustwarze sind die Öffnungen zahlreicher Fisteln zu sehen, aus welchen auf Druck ein eiteriges Exsudat hervorsickert. Die Haut ist in der Umgebung einzelner Fistelöffnungen livid, dünn und von ihrem eiterig granulierenden Grunde abgehoben. Einzelne Fisteln sind bereits obliteriert. Die Lymphdrüsen sind in der rechten Achselhöhle als nussgrosse Gebilde zu tasten.

Die demonstrierte Form der Erkrankung bildet das häufigste Vorstadium der konfluierenden Mastitis. Viel seltener kommt der Vorgang durch starke Narbenbildung und Verheilen der Fisteln zum Abschlusse. Da das Auskratzen der einzelnen Herde für die Heilung keine Garantie bietet, kann die Therapie nur in der Amputation der Brust bestehen.

3. Dr. JOSEF SZABÓ hält einen Vortrag „über die identifizierende Erinnerungstäuschung“. Siehe Revue S. 1—5.

4. Privatdoz. Dr. BÉLA GÁMÁN demonstriert ein neues Adenotom.

II. Fachsitzung am 13. Februar 1909.

1. Dr. EMERICH HEVESI: *Ein Fall von Trepanation bei JACKSON'S Epilepsie, mit Demonstration der BORCHARD'Schen Fraise*. O. J. 28 jährigem Tagelöhner, wurde vor 1 Jahre mit einem Stocke der Schädel eingehauen, so dass eine Mulde rechterseits verblieb. 4 Monate später zum erstenmale, dann häufiger, ja alle 2—3 Tage einmal traten Kopfschmerzen und Krämpfe an den Fingern der linken Hand, um das linke Auge und um den linken Mundwinkel herum auf, wobei er bewusstlos umfiel. Die Untersuchung des Augengrundes in der Augen-Klinik, entdeckte keine Veränderungen. Auf die chirurgische Klinik kam Patient am 15. Januar.

Bei der Prüfung waren die Extremitäten beiderseits gleich kräftig; die Reflexe waren normal, nur links an der Bauchwand etwas schwächer. Puls 102, klein, intermittierend. An der rechten Hälfte des Schädels zeigte sich eine längliche, vorne 2 hinten $4\frac{1}{2}$ cm. breite, $9\frac{1}{2}$ cm. lange, mit normaler Haut bedeckte Vertiefung, welche von der linea verticalis zygomatica bis zur linea verticalis retromastoidea verlief. Ihr unterer Rand lag in der linea verticalis articularis, 4 cm. über der linea horis. superior. Die Nn. facialis

und hypoglossus waren auf der linken Seite paretisch. Die Diagnose wurde auf JACKSON-S Epilepsie gestellt.

Bei der Operation, in der WITZEL'schen Morphin-Aether-Chloroform-Narkose am 20 Januar, wurde der Schädel, nachdem ein hinreichend grosser Lappen der weichen Teile seitwärts geschoben wurde, am Rande des zu heraushebenden Stückes an drei Stellen angebohrt, das tief gelegene Stück mit der BORCHARDT'schen Fraise umschnitten und herausgehoben. Die Dura wurde von der Lamina vitrea mit zwei Elevatorien abgehoben. Die Gehirnhäute erfuhren bei der Operation keine Verletzung. Die blossgelegte Dura zeigte keine Abweichungen. Die Pulsation des Gehirns war auffallend schwach. Die an zwei Stellen ausgeführten Probepunktionen führten zu negativem Resultate. Die ausgehobene Knochenplatte wurde in drei Stücke zerbrochen, in reinem Wasser ausgekocht und auf ihre alte Stelle zurückgelegt. Die weichen Teile wurden über der reinplantierten Platte vereinigt. Das ganze Verfahren hatte den Zweck dem Gehirn, den zu seiner Ausdehnung nötigen Raum zu sichern. In die Hautwunde wurden 3 Drainröhren eingenäht. Deckverband. Aus dem späteren Verlaufe sollen noch die folgenden Punkte hervorgehoben werden:

21. I. Der Patient schlief in der Nacht nicht. Die Stelle der Operation ist schmerzhaft. Um 1 Uhr Nachmittags meldeten sich klonische Krämpfe der linken Hand, welche 5 Minuten dauerten, doch folgte keine Ohnmacht. Der Puls ist voller und es blieben keine Schläge aus. Die genannten Paresen sind noch vorhanden. Abends um 7 Uhr hatte der Patient wieder einen Krampfanfall, ohne dabei das Bewusstsein zu verlieren. Temperatur bis 37.7° C.

22. I. Der Patient schlief in der Nacht. Puls weicher, es bleiben einzelne Schläge aus. Die Schmerzen liessen bedeutend nach. Temperatur 37.2° C.

23. I. Unbedeutende Krämpfe. Die Drains wurden entfernt.

26. I. Die Facialparese ist nicht mehr zu bemerken.

28. I. Die Nähte wurden entfernt und die Wunde, um die Stelle der Operation von Druck zu schützen, nur mit einem Streifen Gaze bedeckt und mit etwas Kollodium befestigt.

31. I. Zwei Krampfanfälle mit Bewusstlosigkeit.

5. II. Puls 96, regelmässig.

12. II. Die reinplantierten Knochenstücke, welche unmittelbar nach der Operation noch tiefer, als ihre Umgebung lagen, haben sich bereits beinahe in die normale Lage erhoben. Sie lassen dem vorsichtigen Drucke kaum etwas nach. Die Stelle des Schnittes ist als eine Furche durch die Haut zu fühlen.

Das Zerbrechen und die Reimplantation des herausgehobenen

Knochenstückes zeigte sich in diesem Falle als ein gutes und in ähnlichen Fällen empfehlenswertes Verfahren. Über das therapeutische Resultat kann nur der weitere Verlauf Aufschlüsse geben.

Bei dieser Veranlassung demonstriert der Vortragende die BORCHARD'schen Instrumente, unter welchen besonders seine Fraise über die bisher zur Trepanation benutzten Instrumente Vorteile bietet. (Der Gebrauch dieses Instrumentes wurde an einem Schädel demonstriert.)

2. Privatdoz. Dr. B. REINOLD hält einem Vortrag „Zur Hydrolyse des Blutfibrins.“ (Siehe Revue S. 6.)

III. Fachsitzung am. 6. März. 1909.

1. Prof. MAKARA demonstriert folgende Fälle:

a) Frau J. T. leidet seit 3 Monaten an Magenschmerzen, Erbrechen und Verstopfung. Sie wurde am 29. Dezember auf die interne Klinik aufgenommen. Körpergewicht bei ihrer Aufnahme: 29 Kilogr. Der Perkussionsschall an der linken Lungenspitze ist etwas leer, das Atmen daselbst etwas verschärft. Die unteren Grenzen der Lungen lagen um die Breite eines Interkostalraums tiefer als normal. Die Patientin hustete und entleerte ein schleimig-eiteriges Sputum, in welchem keine Tuberkelbazillen gefunden werden konnten. Die obere Grenze des aufgeblasenen Magens war in der Höhe des Nabels, die untere Grenze einen Finger breit über der Symphyse zu sehen. Die Azidität des Magensaftes betrug 63 wovon 22 auf freie Salzsäure fielen. Diagnose: Pylorusstenose.

Die Patientin wurde am 4. Februar auf die chirurgische Klinik transportiert und am 9. Februar in Aethernarkose operiert. Der verengte Pförtner war mit der Gallenblase und seiner sonstigen Umgebung verwachsen, die Gedärme anämisch und in der Bauchhöhle fanden sich einige Liter freier Flüssigkeit vor. Gastrojejunostomia antekolica anterior mit in drei Reihen angelegter Naht.

Der Lungenkatarrh nahm in den ersten Tagen nach der Operation zu, die Heilung verlief sonst ungestört. Die Patientin erhielt protrahierte Infusionen von verdünnter Kochsalzlösung in den Mastdarm. Ihre Kräfte nahmen rasch zu, sie wiegt zur Zeit der Demonstration 38.5 Kilogr. Der Fall zeigt, dass bei gutartigen Pylorusstenosen die Operation, auch im Falle höchster Emaciation zur völligen Genesung führen kann.

b) *Radikale Nabelbruchoperation nach Mayo.* Bei der vorgestellten Patientin bestanden neben dem Nabelbruch, chronische Nierenentzündung und Obesität, welche die rasche Ausführung der Operation notwendig machten. Die Mm. recti und die hintere Lamelle ihrer Scheide wurden daher nicht verletzt, sondern nur die vordere

Lamelle der Scheide durchschnitten und die fette Haut von der Aponeurose auf- und abwärts abpräpariert. Durch eine gemeinsame Naht des Peritoneums und der Fascie wurde die Wunde des ausgeschnittenen Nabelringes geschlossen und in der vorderen Scheide des M. rectus die Aluminiumbronz-Schlingen in der gewöhnlichen Weise angelegt. Wenn die Ränder der Fascien durch Seidennähte vereinigt werden, so ist auch auf diese Weise eine Verdoppelung, respektive eine Verdreifachung der Bauchwand zu erreichen.

Diese Modifikation ermöglichte die Abkürzung der Operationsdauer bis auf $\frac{1}{4}$ Stunden. Die Heilung verlief ungestört und die vorsichtig angewandte Scopolamin-Morphin-Chloroform-Narkose hatte auf die bestehende Nierenentzündung keinen ungünstigen Einfluss.

c) Ein durch Operation geheilter Fall einer Schusswunde des Magens. Bei den 17 jährigen Burschen drang am 17. Februar Morgens um $\frac{1}{2}$ 7 Uhr, das Projektil zwischen der linken Brustwarze und der vorderen Axillarlinie in den Körper und war neben der Wirbelsäule zwischen dem letzten Brustwirbel und dem ersten Lendenwirbel zu tasten. Da das Projektil demgemäss den Magen durchbohren musste, wurde die Operation um 10 Uhr V. M. vorgenommen, obwohl weder Erbrechen, noch andere Symptome auf eine Perforation des Magens hinwiesen. Die Schusswunde konnte an der vorderen Wand des Magens leicht gefunden und geschlossen werden. Um die hintere Fläche des Magens prüfen zu können, musste man den Schnitt erweitern und so konnte auch die Wunde der hinteren Magenwand gefunden und geschlossen werden.

Bei durchdringenden Verletzungen des Bauches muss man aus der Stelle und der Richtung der Verletzung auf die inneren Verletzungen schliessen. Es wäre ganz verfehlt die sicheren Zeichen der Magen- oder Darm-Verletzung, wie das blutige Erbrechen, die Ansammlung von Flüssigkeit im Bauche, Fieber, Tympanie, etc. abzuwarten, denn man würde dadurch die kostbarsten ersten Stunden verlieren.

2. Dr. H. KANITZ demonstriert Fälle von *Leukoderma syphiliticum*.

3. Dr. SAMUEL NAGY demonstriert je einen Fall von *Atrophia musculorum progressiva* und *Paralysis bulbaris progressiva*.

4. Privatdoz. Dr. GÁMÁN stellt einen Fall von *Rhinosklerom* vor und demonstriert in einem ausgeschnittenen Stücke die Mikulicz'schen Zellen und die Bazillen von FISCHE.

IV. Fachsitzung am 20. März 1909.

1. Prof. S. PURJESZ fasst im Anschlusse an einen Fall von *Dystrophia musculorum progressiva* in einer kurzer Beschreibung die Typen der verschiedenen progressiven Muskelatrophien zusammen.

2. Dr. P. STEINER. *Vielfaches basozelluläres Karzinom der Kopfhaut.* Nach den Angaben des 57 jährigen Patienten bildeten sich vor 4 Jahren 3 kleine Warzen an der behaarten Haut seines Kopfes, welche sich langsam vergrösserten. In kurzer Zeit folgten zahlreiche ähnliche Warzen; einige von diesen exulzerierten und verheilten. Zur Zeit der Demonstration ist die ganze behaarte Haut des Kopfes, ferner die Haut der Schläfen und des Gesichts von zahlreichen, etwa 350, linsen-nuss-grossen, zum Teil gestielten Geschwülsten belegt. Einige dieser sind exulzeriert, andere zeigen Narben. Diese Gebilde bieten bei der einfachen Betrachtung das Bild von Fibromen, bei der histologischen Prüfung aber wurden sie als Carcinoma basocellulare adenoides erkannt.

In diesem Falle ist die ausserordentliche, in der Litteratur bisher alleinstehende hohe Zahl der Geschwülste hervorzuheben.

Die Therapie muss sich auf die operative Entfernung der grösseren Geschwülste beschränken. Es wird ausserdem die Bestrahlung mit R.-Strahlen zur Heilung der kleineren Geschwülste versucht.

3. Dr. P. STEINER demonstriert einen durch HAMILTON IRVING zur *Nachbehandlung bei der suprapubischen Cystotomie* empfohlenen Apparat.

4. Dr. DESID. POTOCKY demonstriert *anatomische Präparate aus einem schweren und abnormen Fall von Rhachitis.* Am Skelet des 3½ jährigen Knaben zeigt sich eine vielfache Skoliose. Das Becken ist eng, herzförmig. Die Röhrenknochen sind kurz und krumm. Das histologische Bild wird durch das wuchernde Knorpelgewebe und durch die geringe Zahl der Knochenlamellen charakterisiert. Das Knorpelgewebe trägt keine Zeichen der Resorption an sich. Das osteoide Gewebe ist nicht vermehrt. Diagnose: schon nicht mehr floride Rachitis, im Begriffe der Heilung. Infolge der geringen Vascularisation ging die Resorption des Knorpels sehr unvollkommen vor sich, wodurch sich dieser Fall von den normalen unterscheidet. Die Deformationen mussten im floriden Stadium der Erkrankung entstehen.

Das Leichenblut wurde nach WASSERMANN mit positivem Resultate untersucht, andere Zeichen der Syphilis waren weder in der Anamnese, noch bei der Autopsie zu entdecken. Der positive Ausfall der WASSERMANN'schen Reaktion steht mit der Erfahrung, dass die schwersten Rhachitisfälle bei vererbter Syphilis vorkommen, in guter Übereinstimmung.

Die Befunde wurden an histologischen Präparaten demonstriert.

V. Fachsitzung am 27. März 1909.

1. Dr. GABRIEL BRAUNSTEIN stellt die Schwester, des von Prof. PURJESZ in der letzten Fachsitzung demonstrierten Kindes vor, welche

ebenfalls an *Dystrophia musculorum progressiva* leidet, und spricht über den familiären Charakter dieser Erkrankung.

2. Dr. L. GÓTH demonstriert *einen Fall von Osteomalacie*. J. F. 24 jährige Tagelöhnerin gebar vor 2 Jahren zum ersten Male. Die Schwangerschaft, Entbindung und das Wochenbett verliefen normal. Das von der Mutter gestillte Kind starb im Alter von 2 Monaten; vor einem Jahre wurde die Patientin von ihrer zweiten, toten Frucht durch eine Operation entbunden. Sie fühlt seit dieser Zeit Schmerzen in ihren Knochen, sie kann nicht gehen.

Die vorgestellte Patientin ist ausserordentlich abgemagert. Der Brustkorb zeigt den drei obersten Rippen entsprechend beiderseits je eine rinnenartige Vertiefung. Die Knickungen der Rippen, am Rande dieser Vertiefungen, sind, besonders rechts, verdickt. Die Schlüsselbeine sind beiderseits beinahe ringförmig um den Hals gebogen, die Schultergelenke liegen beiderseits nach vorne an den erwähnten Rinnen. Die unteren Rippen zeigen stellenweise Knickungen. Der hintere Teil des Beckens zeigt die für Osteomalacie bezeichnenden Abweichungen. Die Schambeine sind dagegen nicht vorgeückt, die Gegend der Symphyse ist beinahe flach, als ob die Schambeine an ihren äusseren Enden geknickt wären. Die Extremitäten weisen keine Formveränderungen auf. Die Wirbelsäule zeigt einen geraden Verlauf, abgesehen von einer stärkeren Lordose an der Kreuzgegend. Die Knochen sind bis auf einzelne Rippen nicht schmerzhaft.

2. Dr. BÉLA PURJESZ berichtet über die, bei der *Behandlung der Osteomalacie mit Adrenalin* erreichbaren Erfolge. Das Adrenalin wurde in Dosen von 0·0001—0·0002 g. den Patientinnen subkutan verabreicht. In einem Fall wurde eine Besserung beobachtet, in einem anderen Falle aber hatten auch Dosen von 0·0003 keine günstige Wirkung. Während der nachfolgenden Verabreichung von Phosphor, in den üblichen Dosen, konnte dagegen eine bedeutende Besserung beobachtet werden. Es wäre natürlich schwer zu entscheiden inwiefern dieses Resultat den angewandten Mitteln, oder den besseren allgemeinen hygienischen Verhältnissen zuzuschreiben ist.

Diskussion: Dr. GÓTH macht aufmerksam, dass manche Fälle der Osteomalacie spontan heilen. Dieser Umstand ist bei der Beurteilung der verschiedenen Heilverfahren nicht ausser Acht zu lassen.

Nach einigen Bemerkungen von Dr. KANITZ betont Prof. SZABÓ, dass eine isolierte Bestrahlung der Ovarien mit R.-Strahlen technisch kaum zu erreichen wäre. Die Behandlung von Fibromyomen wirkt auf die ganze Gebärmutter. Die Kastration ist ein viel sicheres Verfahren, es wird jedoch nur ausnahmsweise anstatt der Amputation der kranken Gebärmutter ausgeführt. In den von ihm bisher beobachteten Fällen von Osteomalacie waren sowohl bei Schwan-

geren, wie auch bei nicht schwangeren Kranken bedeutende Formveränderungen des Beckens zu sehen. Die Knochen wurden jedoch, sogar bei den Schwangeren hart gefunden. Es handelte sich also meistens um schon grösstenteils abgelaufene Prozesse. Es ist einleuchtend, dass die Wirkung der verschiedenen Mittel, in solchen Fällen keine auffallende sein wird. Die verschiedenen Resultate bei der Behandlung dieser Krankheit, sei es durch verschiedene Arzneimittel, sei es durch die Kastration, können vielleicht zum Teil durch diesen Umstand erklärt werden.

Privatdoz. Dr. ÁKONTZ meint, dass die Vieldeutigkeit der therapeutischen Resultate vielleicht zum Teil auf diagnostische Irrtümer zurückzuführen wäre. Es wäre von Interesse zu wissen, ob die Osteomalacie-Fälle, welche bei uns seit einiger Zeit immer öfter vorkommen, nicht mit einer infizierten Gegend zusammenhängen?

Dr. L. GÓTH bemerkt, dass seinen Erfahrungen nach, die Osteomalacie-Fälle aus den verschiedensten Gegenden Siebenbürgens herkommen und demnach von einem Herde der Krankheit, wie dies manchmal vorkommt, nicht die Rede sein kann. Ausser der, als ein solches Zentrum bekannten Insel Csepel, ist in Ungarn noch in Mármaros eine ähnlich infizierte Gegend. Dr. GÓTH hatte Gelegenheit aus der Liebenswürdigkeit des Herrn Dr. GLASSNER aus Felső-Visó eine Reihe von Osteomalacie-Fällen zu beobachten, welche jeden diagnostischen Irrtum ausschliessen. Herr Dr. GLASSNER teilte ihm mit, dass ihm ausser den vorgeführten noch zahlreiche ähnliche Fälle bekannt sind.

4. Privatdoz. Dr. EMERICH HEVESI hält einen Vortrag „*Klinische Beiträge zur Aetiologie der angeborenen Deformitäten*“. (Siehe Revue S. 8.).
