

Solche Schmerzzustände können als Psychalgien oft nur psychotherapeutisch behandelt werden. Er untersuchte ferner, in welcher Weise bei Monarthritiden regelmässig auf der kranken Seite die Zirkulation beschleunigt wird, oder was für asymmetrische Zirkulationsveränderungen z. B. bei einseitigen Neuralgien oder Lähmungen der Armnerven auftreten. Die Untersuchungen bieten in die Hämodynamik, ja auch in die Protoplasmadynamik der rheumatischen Erkrankungen einigen Einblick.

J. Benczur: Dieser Vortrag lässt hoffen, dass die Messung der Zirkulationsgeschwindigkeit eine Methode zur Differenzierung der wahren rheumatischen, auf Gefässkontrakturen basierenden Erkrankungen von den entzündlichen Gelenks-, Muskel- und Nervenkrankheiten bieten wird.

J. J. Vas: *Beiträge zur Epidemiologie der Hepatitis infectiosa.* In der Ambulanz der Budapester Universitätskinderklinik wird seit Kriegsende die Zunahme der Ikturusfälle beobachtet. Besonders 1921 und 1929 war das epidemische Auftreten der Ikturusfälle auffallend. Neben ausgesprochenen Ikturusfällen wurden auch sogenannte Hepatitis sine ictero-Fälle beobachtet. Das Prädilektionsalter ist das schulpflichtige Alter. Die überwiegende Mehrzahl der Erkrankungen entfiel auf die Herbst- und Wintermonate. Schon dieser Umstand allein stützt die Auffassung, dass hier nicht eine alimentäre Schädigung, sondern eine Infektionskrankheit vorliegt, die primär die Leber angreift.

Gesellschaft der Spitalsärzte.

Sitzung am 3. Dezember 1930.

P. Andor: *Rachenangina mit Agranulozytose und Lymphozytenreaktion.* Die mit Störung der Hämpoiesis einhergehenden Rachenanginen verlaufen zumeist unter dem Bilde der Angina agranulocytotica oder der Angina mit typischer Lymphozythämie. Es gibt aber Fälle, die in diese beiden Krankheitsbilder nicht eingefügt werden können. Die Angina agranulocytotica tritt lokal auf den Tonsillen, am weichen Gaumen und an den Rachengebilden als charakteristischer trockener Belag auf, und führt in die Tiefe fortschreitend zu übelriechenden nekrotischen Zerfall. Das charakteristische Blutbild des Leidens ist Leukopenie, auffallende Verminderung, oder vollkommener Mangel von granulierten Leukozyten bei ungestörter Erythrozytenbildung und Thrombozytenzahl. Die Begleitsymptome sind mässiger Ikterus, Milz- und Leberschwellung, im Harn Urobilinogen. Die Mortalität beträgt nach *Fridemann* 91.6%, nach Anderen noch mehr. Die Ätiologie und Pathogenese des Leidens ist unbekannt. Die Therapie unbe-

stimmt. Eigenbeobachtung: 8jähriges Mädchen, deren Krankheitsverlauf der Angina agranulocytotica vollkommen entspricht, und bei dem es trotz des gangraenösen Zerfalls der Tonsillen, der Gaumenbögen, der Uvula und des weichen Gaumens gelang, Heilung zu erzielen, obwohl während des Krankheitsverlaufes auch eine Rezidive beobachtet wurde. Die Kranke hatte kongenitale Lues. Als Therapie wurden angewendet: Salvarsan, Bismosalvan, Röntgenbestrahlung der Röhrenknochen, und Bluttransfusionen. Er erklärt den Erfolg damit, dass bei der Kranken die Störung der Hämopoese, also die Schädigung des Knochenmarkes nicht permanent und irreparabel war. Er folgert, dass die Störung der Blutbildung der primäre Faktor bei solchen Angina agranulocytotica ist. Das Leiden erwies sich als nicht infektiös, wahrscheinlich spielte die Lues eine Rolle bei der Störung der Blutbildung.

Bei Anginen mit atypischer Lymphozythämie ist am Rachen ein schmutziggrüner, eitrigseröser Belag sichtbar, dieser wird später leicht blutend, ulzerös, übelriechend und gangränös. Ähnliche blutende Defekte können gleichzeitig im Nasenrachenraum, am Zahnfleisch, an Zunge, Schlund, in den Därmen, Genitalien und auch auf der Haut auftreten. Die Blutuntersuchung zeigt eine aus Lymphozyten bestehende Vermehrung der Leukozyten, so dass oft kaum andere Formelemente als Lymphozyten sichtbar sind. Beobachteter Fall: 28jähriger Mann, bei dem der Prozess zur vollkommenen Erschöpfung der Blutbildung geführt hat. Unter 3200 Leukozyten sind 14% grosse Lymphozyten, 86% kleine Lymphozyten. Der Kranke starb am 9. Behandlungstag in Begleitung¹ unstillbarer parenchymatöser Blutungen aus Nase, Atmungsorganen und Verdauungstrakt. Auch dieses Krankheitsbild ist ziemlich dunkel und unerforscht. Von den Erklärungsversuchen ist der von *G. Blumer* der treffendste, wonach die infektiösen Mononukleosen als eigenartige allergische Reaktion des Organismus betrachtet werden können, wo daher der Organismus an Stelle der üblichen polymorphen, nuklearen Reaktion die Infektion mit Agranulozytose, resp. Lymphozytose beantwortet. Schliesslich betont er die diagnostische Bedeutung der Blutbilduntersuchung bei atypischen Anginen mit schweren Verlauf.

A. Torday verweist auf seinen vor 2 Jahren in der Ärztesgesellschaft demonstrierten Fall von Agranulozytose, bei dem dann noch einige Rezidiven auftraten, während welcher im Blut Leukozyten kaum zu finden waren. Nach Vereiterung der beiden Mandeln heilte der Kranke vollständig. Nach den Rezidiven dominierten im Blutbild noch lange Zeit die Lymphozyten. Ob der Organismus wegen der Intensität der Infektion mit hochgradiger Lymphozytose reagiert, oder ob das eine konstitutionelle Eigenschaft ist und das klinische Bild deshalb so schwer wird, kann nicht mit Sicherheit entschieden werden. Ausser bei bakteriellen Infektionen wurden auch nach Salvarsan-Benzolintoxikationen ein Mangel an Polynuklearen

beobachtet. Es gab auch Fälle, wo der Betreffende auf die erste Infektion mit Mono-, auf die zweite aber mit Polynukleose reagierte. Die Anschauungen differieren, ob das Pfeiffer'sche Drüsenfieber und Lymphozytenanginen identisch sind. Zur Klärung der Frage bedarf es weiterer bakteriologischer und pathologischer Untersuchungen. Auch hinsichtlich der Infektiosität sind die Anschauungen geteilt. Einzelne nehmen die Infektionsmöglichkeit von Kindern auf Erwachsene und vice versa an, beweisen das mit kleineren Schulpandemien und verweisen auf die Häufigkeit des Leidens, besonders während der Pubertät, dagegen geben andere, besonders aber *Schultz* diese Möglichkeit nicht zu.

L. Pleskó: *Suktion und Jacksonsche Laryngoskopie bei Kehlkopfdiphtherie.* 1924 wurde in Amerika, dem Geburtsland der Intubation von *Gower* und *Hardmann* die Ergänzung der Intubation durch die mit der direkten Laryngoskopie vereinigte Suktion, d. i. mit der Aussaugung des Pseudomembranen versucht. In der für Kehlkopfkroupkranke bestimmten Abteilung des St. Ladislaus-Spitals, die unter der Leitung des *Primarius Bosányi* steht, werden mit den von Prof. *Bókay* zuvorkommend überlassenen amerikanischen Originalinstrumenten seit einem Jahr einschlägige Versuche durchgeführt. Der Vortragende demonstriert das Laryngoskop von *Jackson*, die dazu gehörenden Saugröhren, sowie die Technik der Operationsmethode. Er vergleicht sodann das ältere Material von kroupösen Kranken im St. Ladislaus-Spital, die Kroupstatistiken von Prof. *Bókay*, *Szirmai* und amerikanischer Autoren mit den eigenen, 1930 erzielten Ergebnissen. Aus dieser Zusammenstellung geht hervor, dass die mit laryngoskopischer Suktion kombinierte Intubationsbehandlung, — bei Ausserachtlassung der deszendierenden Kroupfälle — sehr zufriedenstellende Ergebnisse liefert. Bei dem Material, das als schwer zu bezeichnen ist (von 87 Fällen, 9 deszendierende Formen) machte die Mortalität sämtlicher operierten Fälle von Kehlkopfdiphtherie 27·3% aus, bei Abrechnung der deszendierenden Formen aber nur 13%. Den Amerikanern (*Gower* und *Hardmann*) ist es gelungen, die Mortalität noch mehr herabzudrücken (8%). Solch günstige Resultate sind zum Teil deshalb erzielbar, weil die mit Suktion kombinierte Laryngoskopie in einem Teil der Fälle (23·3%) die Intubation überflüssig macht, womit auch das Intubationstrauma wegfällt.

Ein weiterer besonderer Vorteil dieser Methode ist die Vervollkommnung der Differenzialdiagnose. Die Laryngoskopie erteilt in jedem Fall Aufklärung über das Wesen, die Lokalisation und den Grad des die Kehlkopfstenose herbeiführenden pathologischen Prozesses. Auf Grund der Erfahrungen könne festgestellt werden, dass die diphtheritischen Laryngstenosen nicht nur als Folgen von Pseudomembranen auftreten können, sondern dass hiebei die entzündliche Schwellung und Infiltration des Vestibulum eine grosse Rolle spielt, also nicht nur die Verengung der Rima glottidis, sondern auch

die der Rima vestibuli. Das Verfahren ist vollkommen gefahrlos und gibt zu traumatischen Komplikationen noch weniger Anlass, als die Intubation. Es kann natürlich die Intubation nicht vollkommen ersetzen, bildet aber eine nützliche therapeutische Methode bei der Behandlung der Kehlkopfdiphtherie, mit seiner Hilfe kann ein erheblicher Rückgang der Mortalität der operierten Fälle, sowie die Vermeidung der schädlichen Folgen des Intubationstraumas erhofft werden.

J. Bókay: Die „laryngeal suctio“ wurde in den Vereinigten Staaten 1923 eingeführt und er hat sie 1928 zuerst in der europäischen Presse publiziert. Er freut sich, dass die Methode zuerst von ungarischer Seite an einem grösseren Krankenmaterial kritisch versucht wurde. Der Vorbote der „Suktion“ ist in der Intubationspraxis die von *Variot* und *Bayeux* 1896 empfohlene „*ecouvillonage*“ die in gegebenen Fällen auch heute noch verwendet wird. *Geffrier* (Orleans) hat zu diesem Zweck ein besonderes Instrument geschaffen. Die „suctio“ unterstützt vorteilhaft die Intubation, kann sie jedoch in der Mehrzahl der Fälle nicht ersetzen.

L. Laub verwendet in seiner Abteilung das Direktoskop von *Jackson*, dasselbe leistet treffliche Dienste, besonders bei der Kehlkopfuntersuchung von Kleinkindern und Säuglingen. Es hat sich auch bei der Behandlung der postdiphtherischen Kehlkopfstrikturen von Kindern als überaus geeignet erwiesen. Die Kehlkopfuntersuchung ist mit diesem Instrument nicht schwer und eben deshalb sehr geeignet, dass auch nicht Fachärzte dasselbe verwenden.

M. Paunz: Jede Errungenschaft, die bei der Diphtheriebehandlung imstande ist, die Zahl der Intubationen und Tracheotomien zu vermindern, wird vom Laryngologen mit Freude begrüsst, denn wir wissen, wie schwer die erfolgreiche Behandlung der postdiphtheritischen Kehlkopfstenosen nach Intubationen und Tracheotomien ist. Deshalb sind die vom Vortragenden referierten Resultate ermutigend und sie müssen fortgesetzt werden. Die direkte Laryngoskopie ist bei der Diphtheriediagnose auch deshalb wichtig weil ziemlich häufig Fälle vorkommen, in welchen Diphtherie diagnostiziert wird und nur die direkte Kehlkopfuntersuchung nachweist, dass ein anderes Leiden — Laryngitis hypoglottica acuta, Fremdkörper, Papillom usw. — die Ursache der Heiserkeit und Atembeschwerden ist. Die mit der Suktion erzielten Resultate ermutigen diese in der Zukunft nicht nur in den vom Referenten dargelegten, sondern auch in solchen schwereren Fällen anzuwenden, in welchen die Tracheotomie durchgeführt werden müsste. Es finden sich häufig Fälle, wo die schweren Suffokationserscheinungen durch die in der Trachea und in den Hauptbronchien gebildeten massigen, dicken Pseudomembranen verursacht werden. Diese Pseudomembranen können mit der Bronchoskopie gut beobachtet und durch Suktion, Zangen oder einfaches Auswischen leicht entfernt und derart die Kinder gerettet werden. Es sei notwendig und wünschenswert, dass die Diphtherieabteilungen auch für die Bronchoskopie eingerichtet werden.

A. Bosányi hat im St. Ladislaus-Spital die Laryngoskopie-Suktionsmethode eingeführt, und fühlt sich gewissermassen verpflichtet, auf einen Teil der in der Aussprache aufgetauchten Argumente zu reflektieren. In Betreff des von *Bókay* erwähnten erfolglosen Eingriffes bemerkt er, dass die Ursache nicht in der Methode,

sondern in der Verminderung des Wasserleitungsdruckes zu suchen ist, weshalb der Saugapparat nicht funktionierte und deshalb die gut sichtbare und lokalisierte Pseudomembrane zu mobilisieren nicht imstande war. Locker haftende Pseudomembranen finden sich sowohl im Vestibulum wie auch im Cavum inferior. Es kommt vor, dass ein Teil der Pseudomembranen sich leicht löst und abgesaugt werden kann, wogegen in der unmittelbaren Nachbarschaft immobile und zäh haftende Partien zurückbleiben. In Betreff des von *Laub* erwähnten Falles bemerkt er, dass die Fremdkörperdiagnose mit Hilfe des *Jackson* — Laryngoskops in seiner Abteilung sofort festgestellt wurde. Die Beseitigung des Fremdkörpers konnte er natürlich nicht übernehmen. Auf die Darlegung von *Paunz* will er bemerken, es sei nicht wahrscheinlich, dass das Problem des deszendierenden Kroups auf operativem Wege gelöst werden konnte. Mit der Tracheotomie und Bronchoskopie könnte man wohl eine gewisse Zahl von Bronchien reinigen, respektive aussaugen, doch blieben gewiss viel mehr solche übrig, in welche man weder mit dem Bronchoskop, noch mit dem Saugapparat eindringen kann. Die nur bis zur Bifurkation, oder eventuell etwas darüber hinaus sich erstreckenden Pseudomembranen können mit Hilfe der langen Saugröhren auch durch das Laryngoskop entfernt werden. Er betont die hervorragende diagnostische Bedeutung der direkten Laryngoskopie, von welcher er sich in zahlreichen Fällen überzeugen konnte. Eine genaue Lokalisation der Kehlkopfdiphtherie ist ohne Laryngoskopie unmöglich, mit Hilfe derselben sind jedoch sowohl diagnostische, wie auch Lokalisationsirrtümer ausgeschlossen. Ohne Laryngoskopie durchgeführte Suktion sei jedenfalls zwecklos.

XVI. Tagung der Ungarischen Chirurgischen Gesellschaft.

Budapest 26.—28. Mai 1930.

Von Dr. Wilhelm Manninger Sekretär und Dr. Georg Matolay
Schriftführer.

(Fortsetzung.)

IV. Wissenschaftliche Sitzung.

am 28. Mai 1930, vormittags.

Chirurgie des Unterleibes. (Fortsetzung.)

Stefan Pozsgay: *Invaginiertes Wurmfortsatz.* Kasuistische Demonstration.

Kamillo Vidakovits: *Kotfistel und Anus praeternaturalis.*
Der Vortragende erörtert die Indikationen der Anlegung von Kotfisteln und des Anus praeternaturalis, sowie deren Technik mit Darlegung der neueren Methoden, die Technik ihrer Beseitigung mit den eventuellen Komplikationen, schliesslich die Kotfisteln nach Appendizitisoperationen. Was die Indikationen betrifft, ist man in Ungarn bei Peritonitis sehr zurückhaltend in Betreff der Frühanlage von Darmfisteln. Nach einer eingehenden Erörterung der verschiedenen technischen Metho-