

experimentieren will, vorher zu prüfen und zu analysieren. Wir kennen die Angriffspunkte der Gifte nicht und wir wissen, dass die prä- und postganglionären Abschnitte desselben Nerves verschiedenartig reagieren, eben deshalb können die verschiedenen Wirkungen des Adrenalins die dargelegten morphologischen Tatsachen nicht umstossen. Der Vortragende kann den Kompromissantrag von *Jendrassik* nicht akzeptieren. Im herauspräparierten Herzen finden sich lokale Ganglien und in Verbindung mit diesen prä- und postganglionäre Fasern. Bei den erwähnten Versuchen wurde wahrscheinlich nicht festgestellt, auf welche derselben die Wirkung erfolgte. Im Einvernehmen mit Prof. *Lenhossék* fand auch er, dass der Hauptstamm des Gangl. ciliare aus dem Okulomotorius stammt. Die dünnen Markfasern der Nn. ciliares, die bereits 1885 von *Gaskell* beschrieben wurden, sind entweder präganglionäre Fasern, deren Ganglien sich mehr peripherisch befinden, oder aber aus dem Trigeminus kommende sensible Fasern. Die Wurzeln und Äste des Gangl. ciliare stehen jetzt in Untersuchung. Die in den Arbeiten von *Tuskai* beschriebenen klinischen Beobachtungen beweisen gleichfalls die einheitliche Innervation des Bauchraumes. Die von *Lobmayer* erwähnte Verdünnung des Phrenikus sei entweder eine gewöhnliche Inaktivitätsatrophie oder aber ist ein Nebenphrenikus vorhanden.

Gesellschaft der Spitalsärzte.

Sitzung am 10. Dezember 1930.

I. Szelenzky: *Lehrreicher Fall einer im Beckeneingang angelegten Kielland-Zange.* Nach einer kurzen Darlegung der Frage der engen Becken, referiert er über eine 34jährige, stupide I. P., Analphabetin, bei der das auf rachitischer Grundlage entstandene, gleichmässig verengte, ein wenig schräge Becken (II. Grades) den Geburtsverlauf komplizierte. Die Schwangere ist 130 cm hoch, Caput quadratum, Einsenkung des unteren Sternumdrittels, auffallende Kürze der Ober- und Unterschenkel; auf Grund dessen wird eine allgemein rachitische Konstitution festgestellt, deren Folgen auch am Becken zum Ausdruck gelangen. Das Steissbein ist hackenförmig gekrümmt, die Linea terminalis überall gut palpierbar, das Promontorium springt ein wenig vor, und ist unschwer zu erreichen. Äussere Masse: Dist. spin. 23; Dist. crist. 26; Conj. ext. 17·5; Dist. spin. sup. 8; Conj. diag. 10; Conj. vera 8·2 Der fiebernde Zustand der Mutter (38·8°), die drohende Ruptur, sowie das eingedickte mekoniumhaltige Fruchtwasser als Zeichen der intrauterinen Asphyxie, indizierten die rasche Beendigung der Geburt. Er dachte auf Grund der relativen Indikation an die im Interesse der Frucht vorzunehmende Sectio caesarea, von dieser musste jedoch, nachdem das Fruchtwasser seit 35 Stunden abgegangen war und die Temperatur 38·8° C. betrug, Abstand genommen werden. Er legte deshalb im Interesse der Mutter und der Frucht die hohe Kielland-Zange an, mit dieser

wurde eine 3200 Gramm schwere, 51 cm lange Frucht mit 35 cm Schädelumfang in leichter Asphyxie zur Welt gebracht, worauf das Kind nach 4 Minuten dauernden Wiederbelebungsversuchen laut zu weinen begann. Die Ausstossung der Plazenta erfolgte spontan. Die 2 cm grosse Zervix- und 3 cm grosse Fornixverletzung wurden durch Katgut-Knopfnähte vernäht, ebenso auch die tiefe Episiotomiewunde. Wochenbett fieberfrei. Das neugeborene Kind fieberte am 7-ten Tage mit intermittierendem Fieber. Der Kinderarzt stellte Sepsis fest, deren Ausgangspunkt nicht konstatiert werden konnte. Mit der in der Abteilung 2-mal durchgeführten Bluttransfusion gelang es, den Gewichtsverlust des bereits hochgradig abgemagerten Säuglings (von 3200 auf 2200 Gramm) zum Stehen zu bringen und die erheblichen Schwankungen der Fieberkurve zu beseitigen. Am 28. Tag nach der Geburt wurden Mutter und Kind in das Kinderasyl überwiesen. Er demonstrierte den Fall aus zwei Gründen. Der eine ist, dass der praktische Arzt in der Wohnung niemals die hohe Zange anlege, weil mit den Folgen der Operation (wegen der unzureichenden Ausrüstung und des Mangels an Assistenz) selbst der geübte Chirurg kaum jemals fertig werden kann. Der zweite Grund ist, dass der Arzt in der Wohnung eine lebende Frucht nach Möglichkeit nicht perforieren soll, weil die wegen der engen Verhältnisse in der Wohnung zum Tode verurteilte Frucht durch die Anstaltsbehandlung (vollkommene Ausrüstung und entsprechende Assistenz) in vielen Fällen gerettet werden kann.

J. Kerekes: *Geheilte Fall einer otogenen Säuglingsmeningitis.* Der 14 Tage alte Säugling wurde mit der Meningitisdiagnose in das Spital in der Madarász-utca gebracht. Im Lumbalpunktat Leukozyten, Staphylokokken, *Pándy, Waltner* + + + +. Inperforierte akute Mittelohrentzündung, Parazentese, am nächsten Tag Antrotomie, nach der Operation stufenweise Besserung, vollkommene Heilung am 17. Tag.

E. Lénárt: *Die Infektionswege der extrapulmonalen Tuberkulose.* Bei gleichzeitigem Auftreten von pulmonaler und extrapulmonaler Tbc. können in 80% der Fälle Disseminationen nachgewiesen werden. Die sekundäre Tbc. der Mund- und Darmschleimhaut ist keine Sputuminfektion, sondern entsteht zumeist auf hämatogenen Wege. Das Kriterium des Zustandekommens dieser Krankheit ist eine gewisse Anergie, bei der sich im Sputum natürlich Bazillen finden. Extrapulmonale Komplikationen können in allen Stadien der Krankheit auftreten. Ein Antagonismus, auf Grund dessen der extrapulmonale Herd gegen die pulmonale Erkrankung immunisieren würde, sei nicht nachweisbar.

E. Zalka hält den hämatogenen Ursprung der Darm-Tbc. für fraglich, dagegen spricht, dass im Fall von Miliar-Tbc. in der Darmwand Disseminationen selten zu finden seien. Gegen die hämatogene

Auffassung und für die Schluckinfektion spricht, dass Darm-Tbc. am häufigsten bei solchen Kranken auftritt, bei denen im Sputum Koch-Bazillen reichlich vorhanden sind.

D. O. Kuthy: Der hämatogene Infektionsweg dürfte auch nicht ausser acht gelassen werden. Ein Teil der mit infiziertem Staub inhalieren Koch-Bazillen bleibt auf der Rachenschleimhaut kleben und gelangt von dort in die Halsdrüsen, deren Gänge nach den Untersuchungen von *Most* beim *Bulbus jugularis* in das venöse System münden so, dass der Virus durch das rechte Herz auf hämatogenem Weg in die Lunge gelangt. Würden die Tbc.-Infektionen auf direktem aerogenen Wege, also ohne Attenuierung der Bazillen die Lunge erreichen, so gäbe es bei der hochgradigen Disposition derselben viel weniger gutartige Lungentuberkulosenfälle.

A. Fleisch betont die diagnostische Bedeutung des Nachweises von Tbc.-Bazillen im Blute. Der Nachweis besitzt jedoch keine prognostische Bedeutung.

I. Meisels hat aus dem Blut schon früher Tbc.-Bazillen züchten können, als die Wiener Prosektur.

O. Országh anerkennt das häufige Vorkommen der intrakanalikulären Darminfektionen, doch kommen auch in zahlreichen Fällen hämatogene Infektionen vor. Die Bazillämie besitzt keine prognostische Bedeutung und ist vorläufig auch diagnostisch nur mit Vorsicht verwertbar.

E. Lénárt betont schon deshalb die Bedeutung der hämatogenen Infektion, weil unter zahlreichen Kranken mit positivem Sputum verhältnismässig wenig Fälle von Darmtuberkulose auftreten. Wie bedeutend der Widerstand der Darmschleimhaut der Sputuminfektion gegenüber ist, beweisen die zahlreichen Kranken mit Koch-Bazillen im Kot, bei denen keinerlei Darmprozess nachweisbar ist. Der Bazillämie schreibt auch *Liebermeister* keine diagnostische Bedeutung zu, und er konnte diese auch in seit vielen Jahren geheilten Fällen nachweisen.

Sitzung am 7. Januar 1931.

Präsident **Z. Zsigmondy** hielt über den verbliebenen Chefarzt *Emerich Basch* einen Nachruf.

J. Farkas: *Koronarthrombose*. Demonstration eines drei Stunden vor dem Tode aufgenommenen Elektrokardiogramms. Redner erörtert den Verschluss der Koronargefässe, die Ursache und Lokalisation des Leidens. Bei der Besprechung der klinischen Symptome illustriert er diese durch Vorführung der charakteristischen Röntgenbilder und Elektrokardiogramme. Nach Darlegung der Prognose und Therapie erwähnt er jene allgemein gewordene Anschauung, dass die Fälle von Koronarverschluss in der jüngsten Zeit sich vermehrt haben. Er demonstriert den Fall eines 60jährigen Zeichners und projiziert dessen Elektrokardiogramm, in welchem die charakteristische Koronar-T-Zacke die Diagnose stützt. Bei der Sektion fand sich der Thrombus im Ramus

descendens der linken Koronaria, wodurch die untere Partie des Septum ventriculorum aus der Zirkulation ausgeschaltet wurde, infolgedessen trat hier auf einer 2 Pengö grossen Stelle Myomalazie und inkomplette Ruptur auf. Vorführung des präparierten Herzens.

A. Hasenfeld betont, dass mit der allgemein beobachteten Vermehrung der Thrombosen und Embolien die Zunahme dieser Krankheiten auch bei herz- und gefässkranken Personen Schritt hält. Bei diesen letzteren hat diese Zunahme spezielle Ursachen, und zwar die Vermehrung der Herzleiden, die verlängerte Lebensdauer der Herzkranken und schliesslich eventuell allzu energische Herztherapien. Er erwähnt sodann die speziellen Ursachen der Vermehrung von Koronarthrombosen, die prognostische Bedeutung der Erkennung des Leidens, und die einfachsten Methoden der Erkennung des Krankheitsbildes am Krankenbett. (Die Schmerzen reagieren auf entsprechende Therapie nicht, der Blutdruck sinkt und der Attaque folgt ein schwerer Kollaps.) Nach einigen Bemerkungen über die Prognose des Leidens gedachte er des weiteren Schicksals der am Leben Gebliebenen. Hinsichtlich der Therapie seien die bei der Angina pectoris üblichen Medikamente wirkungslos, und er legt das Hauptgewicht auf die Anwendung von vasomotorischen Mitteln. Über die Wirkung der nach Abklingen der Attaque angewendeten sogenannten Herz hormone äussert er sich skeptisch.

S. Rosenák: *Fremdkörper im Magendarmepithel.*

E. Brezovszky: *Die Salvarsandermatitis.* Die im Anschluss an Salvarsaninjektionen auftretenden Hautveränderungen sind folgende: 1. Vorübergehende Erytheme, Urtikarien. 2. Dauernde oder längere Zeit hindurch bestehende Erytheme oder Hautveränderungen unter dem Bild der Dermatitis. Die Ursache der erstgenannten Veränderung ist nach *Jadassohn* die lokale Gewebsüberempfindlichkeit. Als Ursache der zweiten Gruppe werden betrachtet: *a)* Bei der Herstellung der Salvarsanpräparate vorkommende Fabrikationsfehler, *b)* Wasserfehler, *c)* Überempfindlichkeit, die von *Bruck* auf Anaphylaxie zurückgeführt wird, indem nach ihm die Salvarsandermatitis eine anaphylaktische Hauterscheinung ist. Nach anderen Autoren kann sie als allergische Veränderung betrachtet werden, die sowohl eine angeborene, wie auch eine erworbene Überempfindlichkeit sein kann. Damit ist die praktische Erfahrung zu erklären, dass während die meisten Kranken selbst auf grosse Salvarsandosin keine unangenehmen Veränderungen erleiden, andere bereits auf kleine Dosen mit schwerer Dermatitis reagieren. Unter den Ursachen, welche Spätdermatitiden herbeiführen, figurieren ferner Nieren- und Leberverletzungen. Andere suchen die Ursache in der Disposition des ganzen Organismus (lymphatische Konstitution), die nach längeren und energischen Salvarsanbehandlungen in die Haut gelangte und dort deponierte Arsenmenge macht die Haut auch anderen Einwirkungen gegenüber empfindlich. Die Bekämpfung der Salvarsan-

dermatitis zerfällt in 4 Gruppen: 1. Die genaue Beobachtung der Kranken nach jeder Injektion, 2. die Vorbehandlung der Kranken, resp. Erprobung der Salvarsanempfindlichkeit, ob nicht bereits sehr geringe Dosen angioneurotische Symptome auslösen, 3. die richtige Auswahl des Arsenobenzolpräparates, 4. die richtige Wahl des Lösungsmittels. Hier taucht die Frage auf, ob nach dem Abklingen der Salvarsandermatitis eine neuere Salvarsaninjektion überhaupt verabreicht werden darf, und wenn ja, wann. Seiner Ansicht nach gehen wir richtig vor, wenn keine weiteren Versuche mit Salvarsan gemacht werden, ist jedoch die Fortsetzung der Behandlung unbedingt notwendig, soll das Mittel nur mit der grössten Vorsicht und in sehr kleinen Dosen verabreicht werden. Nachdem die Toxizität der einzelnen Arsenobenzolpräparate verschieden ist, sei jedes neue Präparat mit Freude zu begrüssen und dasselbe soll, wenn es nach gründlicher Erprobung und Beobachtung sich in der Praxis bewährt, mit Wohlwollen behandelt werden.

F. Müller: *Die ungarischen Arsenobenzolpräparate.* In einem historischen Rückblick schildert er die ersten Versuche mit Atoxyl und die Untersuchungen *Ehrlich's*, die zur Entdeckung des Salvarsans führten. Man erkannte die guten Wirkungen, aber auch die schweren Nachteile des Salvarsan, die im Neosalvarsan zum grössten Teil bereits beseitigt wurden. Die Alleinherrschaft des Neosalvarsan wurde durch verschiedene ausländische Präparate allmählich untergraben. Die mit dem polnischen Revival (Neosolutan) erzielten guten Erfolge, haben die ungarische pharmakochemische Fabrik *Egger* bewogen, das seit langem erwünschte ungarische Arsenobenzol herzustellen, das ebenfalls den Namen „Revival“ erhielt. Das ungarische Revival wurde 73 Kranken in verschiedenen Stadien der Lues verabreicht. Aus Primärsklerosen verschwanden die Spirochäten nach Verabreichung von 0.15 Gramm Revival binnen 24—48 Stunden, am spätesten am dritten Tag, die Geschwüre überhäuteten sich nach 2—3 Injektionen. Roseolen und Plaques muqueuses bildeten sich durchschnittlich nach 2—4 Injektionen, Papeln nach 4—5 Injektionen, Condyl. lata aber nach 5—6 Injektionen vollkommen zurück. Die seronegativen Fälle blieben durchwegs Wa.-negativ. In Fällen von Lues I. und II. wurde die stark positive Wa.-R. am Ende der Kur zumeist negativ oder schwach positiv. Die Injektionen wurden gut ertragen, Fieber über 37.3° C. kam nur selten vor. Das ungarische Revival ist daher mit den ausländischen Arsenobenzolpräparaten zumindest gleichrangig.

L. Rosmanics: In einer dermatologischen Ordination der OTI wurden bei Verabreichung des ungarischen Revival nicht mehr Salvarsankomplikationen beobachtet, wie bei Darreichung von Neosalvarsan.