

# Verhandlungen der Ungarischen Ärztlichen Gesellschaften

**Wissenschaftliche Berichte und Nachrichten aus Ungarn**

Erscheint unter Mitwirkung des Schriftleitungsausschusses der Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte

Für die Schriftleitung verantwortlich: Parlaments-Chefarzt *Dr. Béla Alföldi*

Sanatorium Westend Purkersdorf bei Wien  
für innere-, Stoffwechsel-  
und nervöse Erkrankungen.  
Mässige Preise, ganzjährig geöffnet.  
Wiener Telephon Nr. R. 33-5-65 Serie.  
Chefarzt und Direktor Dr. M. Berliner.

Als Manuskript gedruckt.  
Nachdruck der Sitzungsberichte nur in der Berichtsform zulässig.

**Inhalt:** Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte. — Gesellschaft der Spitalsärzte. — Elisabeth-Universität in Pécs. — Nachrichten.

## Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte.

Sitzung am 16. Mai 1931.

**A. Noszkay:** *Extrarenale Mündung sämtlicher Nierenkelche in ein Megapyelum mit Stein im oberen Kelch.* Extrarenal in ein Megapyelum mündende Kelche bilden eine seltene Entwicklungsanomalie und die Betreffenden inklinieren zu Pyelitis und Steinbildung. Der 50jährige Mann wurde wegen Megapyelum und Kelchstein operiert. Es wurde Pyelolithotomie, Pyelumresektion, partielle Dekapsulation und Nephropexie durchgeführt. Heilung in 6 Wochen.

**H Tangl:** *Der gegenwärtige Stand der Frage der Fettresorbierung.* Die Fette gelangen aus dem Verdauungstrakt in den Organismus entweder durch feine Emulsion oder, indem sie im Wasser löslich werden. Die Resorption durch Emulgierung kann auf Grund der Literaturangaben nicht sicher entschieden werden. Der älteste Fürsprecher der Theorie der Wasserlöslichkeit der Fette, indem das Fett vollkommen in Fettsäuren und Glycerin gespalten und als Seife und Glycerin resorbiert wird, ist *Pilüger*. Gegen die Verseifungstheorie tauchen neuerdings schwere Einwendun-

gen auf, nachdem sich herausstellte, dass die Reaktion des Darminhaltes neutral, ja sogar ein wenig sauer ist. Bei dieser Reaktion ist eine Verseifung ausgeschlossen. Die Fettresorption kann auch durch Einwirkung der Gallensäuren erklärt werden, indem diese mit den Fettsäuren komplexe Verbindungen eingehen, die auch in leicht saueren, wässrigen Lösungen lösbar und dialysierbar sind. Die Berechnungen ergeben jedoch, dass zur Lösbarmachung der Fettsäuren nicht genug Gallensäure vorhanden ist. Man könnte höchstens auf Grund der Absorptionstheorie der Gallensäuren durch die Darmwand annehmen, dass die ganze Fettmenge auf diesem Wege resorbiert wird. Die Fettsäuren können auch derart aus dem Darmkanal in den Organismus gelangen, dass sie stark ungesättigte Verbindungen eingehen. Gelangen vier Doppelbindungen in die Fettsäurenkette, so werden die Fettsäuren wasserlöslich und dialysierbar, unter solchen Umständen können daher die Fettsäuren resorbiert werden. Der Vortragende hat eine Mikromethode zum quantitativen Nachweis der stark ungesättigten Fettsäuren ausgearbeitet. Durch diese Methode können die Oktobromide der vierfach ungesättigten Fettsäuren, die im heissen Benzol unlöslich sind, von den übrigen mehr-weniger ungesättigten Fettsäuren abgetrennt und mit Hilfe ihres Bromgehaltes bestimmt werden. Mit Hilfe von Dialysatorröhrchen kann nachgewiesen werden, dass unter Einwirkung von Galle und Pankreassekret aus dem Tristearinat ungesättigte Fettsäuren entstehen, diese Desaturation basiert auf einer Fermentwirkung. Die ungesättigten Fettsäuren spielen auch im Stoffwechsel des Organismus eine Rolle und bilden möglicherweise Übergangsstoffe zwischen Fetten und Zucker. Bei Vorhandensein aller im Organismus gegebenen Bedingungen können alle erwähnten Möglichkeiten neben einander verwirklicht werden.

**E. Kramar:** *Einheitliche Beurteilung der Säuglings- und Kinderpneumonie.* Auf Grund seiner Immunitätsbeobachtungen bei Säuglingen und Kindern mit Hilfe der Pneumokokkenhautreaktion, ferner durch Studium der im Tierversuch herbeigeführten Pneumonie gelangte er zu dem Resultat, dass die im Säuglings- und Kindesalter vorhandene natürliche Immunität jener Faktor ist, der die Pneumoniefornen dieses Alters in erster Reihe bestimmt. Derart bilden die primären Pneumonien eine immunbiologische Kette, deren erstes Glied die septische Pneumonie der Neugeborenen, das letzte aber die kruppöse Pneumonie ist. Die übrigen Pneumoniefornen des Säuglings- und Kindesalters finden sich zwischen diesen beiden Extremen. Die sekundäre Pneumonie ist der Ausdruck eines Rückfalles auf eine frühere unvollkommene Stufe der immunbiologischen Entwicklung des Organismus.

**G. Erös** schildert jene Analogien, die er zwischen der Bronchopneumonie des Säuglings- und Kindesalters und der Ver-

breitungsart der experimentell herbeigeführten Rattenpneumonie fand, welche Untersuchungen er mit *Heim, Göttche* und *Kramár* durchgeführt hat. Er beobachtete, dass auch die experimentell herbeigeführte Rattenpneumonie sich auf den Lymphwegen, und zwar auf den die Bronchien und Gefäße umgebenden Lymphwegen in der Lungensubstanz verbreitet. Er hat in der entzündeten Rattenlunge ebenso, wie bei der Bronchopneumonie der Säuglinge und bei Pertussispneumonien sehr ausgesprochene entzündliche Infiltrationen in der Umgebung der Bronchien und Gefäße gefunden, ohne dass die Schleimhaut der Bronchien im geringsten Masse entzündet gewesen wäre. Es gelang ihm in den Lymphwegen der entzündeten Rattenlunge, an den infiltrierten Stellen in grossen Mengen Pneumokokken nachzuweisen. Dieser Befund beweise die wichtige Rolle der Lymphwege.

#### **F. Torday:** *Die aktuellen Fragen der Blatternimpfung.*

Er weist aus der europäischen Blatternstatistik der Jahre 1919—1928 die allgemeine und relative Häufigkeit der Blatternerkrankungen an jenen Orten nach, wo die Blatternimpfung nicht obligatorisch ist, andererseits kann nachgewiesen werden, dass die während des Krieges häufiger gewordenen Blatternerkrankungen resp. Epidemien überall binnen wenigen Jahren unterdrückt wurden. Bei der ätiologischen Erörterung der Schädigungen durch Blatterschutzimpfungen betont er, dass der Zeitpunkt der Impfung nach dem jeweiligen Gesundheitszustand des Säuglings festzustellen ist. Um dieser Forderung nachzukommen, soll die obligatorische Blatterschutzimpfung reorganisiert werden. Man muss mit dem System der Massenimpfungen brechen und deren Durchführung dezentralisieren. Die Ärzte sollen zur Durchführung der Schutzimpfung in besonderen Kursen fachlich ausgebildet werden. Nach der Erörterung der prinzipiellen Grundlagen der modernen Lymphproduktion betont er, dass die nach der Impfung eintretende Immunität eine allgemeine ist, die sich nicht nur auf die Haut und auf einzelne Organe bezieht. Um diese zu erreichen, müssen zwei Gesichtspunkte zur Geltung gelangen: es soll bei milder Reaktion eine sichere, dauernde Immunisierung auftreten. Er beschäftigt sich von diesem Gesichtspunkt mit den sub- und intrakutanen Impfmethode. Die von zahlreichen Kinderärzten betonten Vorteile dieser Methode kann er nicht hoch einschätzen. Demgegenüber müsse betont werden, dass intrakutane Impfungen schmerzhafter sind, ihre Durchführung ist schwieriger und für Massenimpfungen ungeeignet. Am wichtigsten sei jedoch die Feststellung, dass der durch solche Impfungen erzielte Schutz 4—5-mal geringer ist, und sehr kurze Zeit dauert, weshalb die derart geimpften Personen eventuell eine Blatterninfektion erhalten können. Er empfiehlt, dass die Kutanimpfungen beibehalten werden.

**F. Grossmann:** Bei der Vakzineenkephalitis kann es nicht entscheidend sein, dass der Vakzinevirus als Antigen nachweis-

bar sei, denn dieser ist auch unter normalen Umständen vorhanden; den Beweis liefert der Umstand, dass mit dem Milzextrakt vakzinierter Kälber erfolgreiche Impfungen durchgeführt werden können. Nach Jahrhunderte alten Erfahrungen besitzt der Vakzinevirus keine neurotrophe Wirkung. In seinem Fall, der auch histologisch nachgewiesen wurde, war der Vakzinevirus in Gehirn und Liquor nicht nachweisbar. Das Fehlen von Antigen spricht jedoch nicht gegen die Möglichkeit, einer derartigen Krankheitsursache, denn es finden sich Beispiele in der Pathologie, dass nach dem Eintreten der Immunität auf die Antigeneinwirkung schwere neurologische Veränderungen auftreten, eine solche ist z. B. die postdiphtherische Polyneuritis. Der Vakzinevirus kann bei veränderter konstitutioneller Allergie als Krankheitsursache figurieren.

**E. Kramár** referiert über die Beobachtung von *Eugen Barla-Szabó*, dass der Verlauf der Impfreaktion durch therapeutische Röntgenbestrahlung wesentlich abgekürzt werden kann. Eine praktische Bedeutung gewinnt diese Beobachtung damit, dass wir die Impfgefahren verringern können, wenn, bei dem geimpften Kind nach der Impfung zufällig eine Krankheit auftritt, die gleichzeitig eine kräftigere Impfreaktion unerwünscht macht. Er lenkt die Aufmerksamkeit darauf, dass grosse Mengen von Erwachsenenserum die nach der Impfung auftretende Enkephalitis sehr gut beeinflusst.

**P. Kiss:** Die zeitlich mit der Vakzination übereinstimmenden Störungen im Nervensystem stehen nicht immer spezifisch mit dem Blatternvirus im Zusammenhang, sondern es liegt oft eine zufällige Mitinfektion mit anderen Krankheitserregern vor. Er hat in der Budapester Kinderklinik drei Fälle beobachtet, wo im Anschluss an die Vakzination nervöse Störungen aufgetreten sind. Alle drei Fälle blieben am Leben. In dem einen Fall (ein zehn Monate alter Säugling) trat nach der Enkephalitis Hydrokephalus auf, im zweiten Fall (sechsjähriges Mädchen) entwickelte sich Myelitis, im dritten Fall (18 Monate altes Kind) Eklampsie und spastische Symptome. Bei diesem letzteren Kind versuchte er folgende Behandlung: Er verabreichte von dem, zur gleichen Zeit in der Klinik behandelten, als zweiten Fall erwähnten, myelitischen Kind entnommenen Blut in Intervallen von drei Tagen zweimal je 20 cm<sup>3</sup> intramuskulär, worauf er keinerlei Wirkung beobachtete. Von der Annahme ausgehend, dass sich bei solchen postvakzinalen Veränderungen eventuell im Liquor cerebrospinalis mehr Schutzstoffe bilden, zapfte er von dem als ersten Fall erwähnten Säugling mit Hydrocephalus bei dem ohnehin eine Lumbalpunktion durchzuführen war, 25 cm<sup>3</sup> Liquor ab und injizierte diese Menge intramuskulär. Klinisch war keinerlei Wirkung nachzuweisen. Die kutane Vakzination von Säuglingen am Oberschenkel sei nicht empfehlenswert, weil die Impfstelle durch den Urin und Kot leicht infiziert werden kann. Bei der Kutanvakzination empfiehlt er an Stelle des bisher üblichen Hautritztes den Einstich mit der Lanzette, mit der Spitze derselben wird durch Drehbewegung eine punktförmige Wunde am Oberarm angelegt und die Lymphe in diese eingeführt, derart spielt sich die Lokalreaktion auf einem engen Gebiet ab.

**B. Kanyó:** Zur Beeinflussung der Enkephalitis mit postvakzinalen Serum sei die Anwendung von Serum geimpfter Kälber und immunisierter Kaninchen zweckmässig.

**E. Hainiss:** Bei der Beurteilung des Wertes der mit verschiedener Technik durchgeführten Schutzimpfungen sind diese von

zwei Gesichtspunkten einer Kritik zu unterziehen: 1. Wie stark und dauernd ist die von den verschiedenen Methoden erzielte Immunität und 2. welchen Einfluss übt die Methode auf das Auftreten von Impfkomplicationen aus. Die intrakutane Impfung erregt eine mildere Reaktion, als die kutane und man könnte sie bei der Anwendung der zur Zeit üblichen stark virulenten Lymphbevorzugen, wenn sie nicht den erheblichen Nachteil hätte, dass nach den mit einer derartigen Technik durchgeführten Impfungen die Immunität viel schwächer und von kürzerer Dauer ist, als nach Kutanimpfungen. Mit Rücksicht darauf, dass die durch intrakutane Impfung erzielte Immunität durch wiederholte Revakzination gesteigert werden kann, erscheint die Methode nur dann akzeptierbar, wenn sie das als Bedingung respektiert. Häufige Impfungen aber können durch die kutane Insertion vermieden werden, diese schafft — wenn auch eine Impfpustel provoziert wird — eine kräftigere und länger dauernde Immunität, und bei Anlegung von 1—2 Insertionen habe man viel weniger mit Impfkomplicationen zu rechnen.

Sitzung am 30. Mai 1931.

**A. Schmidt; Die Spätresultate der operativen Nieren-Tbc.-Behandlung.** In den letzten Jahren melden sich wieder Gegner der operativen und Anhänger der konservativen Behandlung der Nieren-Tbc. Gegen die operative Behandlung der Nieren-Tbc. werden zwei Argumente vorgebracht: 1. Die Nieren-Tbc. ist von Anbeginn ein doppelseitiger Prozess, die Operation sei daher überflüssig, 2. die Nieren-Tbc. sei auch ohne Operation heilbar. Dem gegenüber beruht der grösste Teil der als geheilt bezeichneten Fälle nur auf klinischer Beobachtung, die Verlässlichkeit dieser Beobachtungen wird jedoch durch Sektionsbefunde nicht bestätigt. Bei den seziierten Fällen stellte sich nämlich heraus, dass die Niere entweder vollkommen zu Grunde gegangen ist, oder aber der Herd eingekapselt, aber nicht geheilt ist. Die über das Zustandekommen der Nieren-Tbc. allgemein akzeptierte Embolietheorie, die Tierversuche und die klinischen Erfahrungen beweisen, dass die Nieren-Tbc. zu Beginn nahezu ausnahmslos ein einseitiger Prozess ist. Demnach ist die einzige akzeptierbare Behandlungsmethode der Nieren-Tbc. die Operation, die Beseitigung der kranken Niere. In der I. chirurgischen Klinik wurden von 1915—1929: 155 Patienten mit Nieren-Tbc. aufgenommen. 15 derselben litten an schwerer doppelseitiger Nieren-Tbc., so dass eine Nierenexstirpation gar nicht in Frage kommen konnte. In einem Fall wurde ein eingekeilter Ureterstein durch Pyelotomie entfernt. ungestörte Heilung. In einem Fall wurde ein sekundär inifizierter, perinephritischer Abszess eröffnet. Dieser Patient hatte Hämophilie und verblutete in zwei Tagen. Das weitere Schicksal von zehn dieser fünfzehn Patienten ist bekannt, alle zehn starben innerhalb von drei Jahren. Bei 140 Kranken wurde wegen einseitiger Nieren-Tbc. die Nephrektomie durchgeführt. Im Verlauf der

Operation starben zwei (1.43%), das weitere Schicksal von 106 Patienten ist bekannt: 79 sind am Leben, davon sind 71 gesund und arbeitsfähig und als vollkommen geheilt zu betrachten, 8 leiden an schwerer Lungen-Tbc. Gestorben sind 27, zwei an Herzschwäche im Anschluss an die Operation, 25 spätere Todesfälle. Von diesen waren 11 Lungen-Tbc., 6 Tbc. der anderen Niere, 3 tuberkulotische Hirnhautentzündung, 1 Herzschwäche nach Nierensteinoperation. Die Spätmortalität war 23.58%. Bei der Spätmortalität ist zu berücksichtigen, dass von tuberkulotischen Personen die Rede ist, und die späteren Ableben nicht zu Lasten der Operation zu buchen sind.

**J. Batisweiler:** Die Erfahrungen in der Geburtshilfe sprechen für die Richtigkeit der aktiven chirurgischen Therapie, indem die wegen Nieren-Tbc. Nephrektomisierten die Schwangerschaft, Geburt und das Wochenbett überraschend gut vertragen. Andererseits treten bei den wegen pyogener Veränderungen Nephrektomisierten infolge der während der Schwangerschaft sich leicht erneuernden Entzündungen oft solch schwere Zustände auf, dass die Schwangerschaft unterbrochen werden muss. Er schildert einschlägige klinische Beobachtungen.

**J. Józsa:** Die Tbc.-Bazillurie ohne Renophthise ist auch für den Kliniker ein schweres Problem und die Problematik dieser Erscheinung ist anscheinend auch für die Urologie noch eine offene Frage. Erfahrene Urologen und Chirurgen (*Wildholz, Federow* u. a.) beschreiben wohl einige wenige Fälle, in welchen neben Tbc.-Bazillurie in den Nieren keinerlei spezifisch tuberkulöse Gewebsveränderung nachweisbar war, dagegen verursachte die Bazillurie in diesen Fällen in den Nieren banale, herdförmige oder diffuse Entzündungen und Funktionsstörungen, wie z. B. beim Typhus die Form des Nephrotyphus allgemein bekannt ist. Wahrscheinlich ist ein Teil der bei Lungentuberkulotikern nicht seltenen Nephropatien auf diese Ursache zurückzuführen. Die Nephropatie von Tuberkulotikern sei bezüglich der Tbc.-Bazillurie noch zu untersuchen.

**P. Kiss:** *Die Rolle der Elektrokardiographie für die Frühdiagnose der diphtheritischen Herzstörungen.* In Fällen von maligner Diphtheria facium kann der Zustand des Herzens ohne Elektrokardiogramm nicht genau beurteilt werden. Die durch das Diphtherietoxin verursachten Herzveränderungen lokalisieren sich 1. nur auf das Reizleitungssystem, 2. nur auf die Muskulatur, 3. es treten sowohl im Reizleitungssystem, wie auch in der Muskulatur Veränderungen auf. Die Herzmuskelläsion kann das ganze Herz befallen oder zirkumskript nur auf eine Kammer oder Vorhofwand lokalisiert bleiben. Die physiologische Bedeutung der anatomischen Veränderungen gelangt darin zum Ausdruck, dass die Gesamtmenge des speziellen arbeitenden Herzmuskelgewebes geringer wird, und nachdem normales Muskelgewebe zerstört und dasselbe durch relativ funktionsfähiges Gewebe ersetzt wird, verringert sich die Leistungsfähigkeit des Herzens. Bei den Veränderungen des Reizleistungssystems treten die ver-

schiedensten Leitungsstörungen auf und bei hochgradigen Destruktionen verschiebt sich die Koordination aus dem Sinus, resp. aus dem Leitungssystem. Die am Krankenbett feststellbaren klinischen Symptome hängen ab einerseits davon, ein wie grosser Teil der Herzmuskulatur unfähig geworden ist nützliche Arbeit zu leisten, andererseits, wie weit die Reservekraft der erhaltenen Partien die auf sie entfallende Arbeit zu kompensieren vermag. Es gibt Fälle mit so vollkommener Kompensierung, dass in der Herzfunktion keinerlei klinische Veränderung nachweisbar ist und nur die elektrokardiographische Untersuchung, die infolge der partiellen muskulären Insuffizienz bestehende Funktionsstörung nachweist, diese nennt er kachierte Dysfunktion. Jene ältere Feststellung, dass wenn bei Diphtheriekranken in zumindest zwei Ableitungen eine negative T-Zacke nachweisbar ist, das Vorhandensein einer schweren Veränderung des Myokardiums angenommen werden kann, ist zweifellos richtig, doch soll und dürfe man bei Diphtheriekranken mit der Feststellung der Diagnose einer Myokardläsion nicht so lange warten, bis diese schwere Zeichen im Elektrokardiogramm in Erscheinung treten. Nach den Reihenaufnahmen, die im Anschluss der gegenwärtigen schweren Diphtheriefälle elektrokardiographisch durchgeführt wurden, sind ein überaus niedriger Kammerkomplex, die übermässige Verflachung der T- und P-Zacken in zumindest zwei Ableitungen, die Verlängerung der T-Zacke, das eventuelle Fehlen der T- und P-Erhebungen, ferner die Spaltung oder Verknotung irgendeiner Partie des QRS-Komplexes in zumindest zwei Ableitungen, ja schon eine, das passive Übergewicht einer oder der anderen Kammer anzeigenden Kurve als Wahrscheinlichkeitszeichen zu betrachten. Wenn bei dem an den folgenden Tagen angefertigten Aufnahmen diese Wahrscheinlichkeitszeichen sich vermehren oder zunehmen, darf man mit der Aufstellung der sicheren Diagnose der Myokardläsion, mit der Einleitung einer energischen Therapie und der absoluten Ruhigstellung des Kranken nicht zögern. Eine einmalige Aufnahme ist zur Diagnosestellung nur dann genügend, wenn von einem sehr vernachlässigten Kranken, oder von einer sehr vorgeschrittenen Veränderung die Rede ist, wo sich auch am Elektrokardiogramm sehr schwere Veränderungen finden. Zumeist muss man jedoch zur Feststellung von Myokardveränderungen aus den angegebenen Zeichen mehrere Tage lang Serienaufnahmen machen. Er schildert die Krankheitsgeschichte und die Elektrokardiogramme drei seiner, diese Auffassung bestätigenden Fälle. Alle drei Fälle endigten letal, so dass auch durch die Sektion die Richtigkeit der Diagnose nachgewiesen werden konnte.

**J. Bókay:** Die vom Vortragenden beschriebenen Untersuchungen fanden in seiner Anwesenheit statt und er teilt die Ansicht,

dass Diphtherieabteilungen die Elektrokardiographie unbedingt benötigen, weil ohne diese der Zustand des Myokards kaum richtig beurteilt werden kann.

**L. Jendrassik:** *Mechanismus der vegetativen Reizwirkungen.*

**J. Józsa:** Die auf selbständiger Methodik basierenden Untersuchungsergebnisse, die sich auf die vegetative Reizwirkung des vagotropen Azetylcholins und des sympathikotropen Adrenalins und ähnlicher Stoffe beziehen, bestätigen unsere bisherigen Anschauungen über den Wirkungsmechanismus dieser Stoffe durch neue Argumente. Diese Ergebnisse sind geeignet, die Forschungen eines anderen ungarischen Gelehrten, *Franz Kiss*, über das vegetative Nervensystem eine weitere Anerkennung zu sichern. Nach den Untersuchungen von *F. Kiss* werden die Eingeweide einheitlich, u. zw. ausschliesslich durch den Sympathikus innerviert. Die antagonistische Reizwirkung der vom Vortragenden geschilderten Locret-Stoffe auf die vegetativen Organe, sowie die ebenfalls antagonistische Wirkung der Ca, und K. Elektrolyten sind jene biologischen Daten, die als Ausgangspunkt für die Forschungsarbeit dienen können, deren Aufgabe wäre, die gegenwärtige dualistische Lehre (Vagus-Sympathicus) der Baueingeweideinnervation physiologisch, pharmakologisch und auch pathologisch auf ein einheitliches Prinzip: den Sympathikus auszugestalten.

## Gesellschaft der Spitalsärzte.

Sitzung am 29. April 1931.

Präsident **E. Demjanovich** gedachte pietätvoll der verbliebenen Mitglieder *Franz Keve* und *Ignaz Sági*.

**A. Gaál:** *Interessante anatomisch-pathologische Fälle.* Er demonstriert das luetisch degenerierte Herz eines 53jährigen Mannes. Die Todesursache war eine myomalazische Herzmuskelruptur auf luetischer Grundlage. — Bei einer 46jährigen Frau wurde wegen intermittierenden Ileus eine R.-Untersuchung durchgeführt. Anderthalb Stunden später treten peritonitische Symptome auf und sie exitiert nach 8 Stunden. Bei der Sektion Kotperitonitis, im Bauchraum viel Kontrastbrei, die vorletzte Ileumschlinge ist mit beiden Enden an die Genitalien gewachsen und in der Mitte in Querrichtung entzwei-gerissen. Wenige Jahre vor ihrem Tod wurde bei ihr wegen Myom die supravaginale Amputation durchgeführt. — Ein 36jähriger Mann wurde wegen Pylorusstriktur III. Grades in eine Spitalsabteilung aufgenommen. Magenresektion, Gastroenteroanastomose. Am vierten Tag Magenphlegmone, Exitus nach 36 Stunden. Die Magenphlegmone ist eine seltene Komplikation bei Magenoperationen und es bedarf einer vorher vorhandenen pathogenen Flora, damit infolge des Operations-traumas dieser pathologische Zustand des Magens auf-etre. — Er demonstriert zwei Fälle von Meningitis resp. Meningo-