

Risiko. In schweren Fällen, ferner wenn das Zuwarten gefährlich ist und die Differenzierung von andern Erkrankungen im Bauchraum mit Sicherheit nicht durchgeführt werden kann, ist der sofortige diagnostische Eingriff am Platze. In den 22 Fällen des Vortragenden konnte die Diagnose der akuten Pankreasnekrose kein einziges Mal sicher festgestellt werden.

Gesellschaft der Spitalsärzte.

Sitzung am 13. Mai 1931.

J. Farkas: *Neue, vom therapeutischen Gesichtspunkt interessante Behandlungsmethoden.* 1. Er referiert über die mit *Röntgentherapie bei Angina pectoris* nach Lyon und Marchal erzielten Erfolge in 15 Fällen, der grösste Teil derselben ist von den Anfällen vollkommen befreit, der Zustand der übrigen hat sich ebenfalls wesentlich gebessert. 9 Fälle waren Wa.-R. positiv, 6 negativ. Er nimmt gegen die von Frank und Jonescu angeregte chirurgische Behandlung Stellung. Von der in jüngster Zeit empfohlenen Hormontherapie (Myotrat, Locarnol, Kallikrin, Myofort) sah er kein entsprechendes Resultat.

2. Bei der *Bluttransfusionstherapie der Colitis ulcerosa* hat er auf Anregung von Rachwalsky mit der verhältnismässig einfachen Methode in 3-4 wöchentlichen Intervallen 400-500 cm³ Blut bei drei, seit Jahren an Colitis ulcerosa leidenden Kranken transfundiert. Die heftigen Tenesmen, der blutig schleimige Stuhl hörten auf und die Kranken wurden mit gutem Allgemeinbefinden entlassen.

3. Auf Grund einer Anregung von Prof. Hasenfeld wurde in der Abteilung *sterile Milch intrakutan* (in Quaddeln) verabreicht. In Fällen, wo mit anderen Heteroproteinmethoden kein Erfolg erzielt wurde, erwies sich die intrakutane Verabreichung erfolgreich. Indikationsgebiet: Ischias, chronische Arthritiden, hauptsächlich Monarthritiden.

L. Csöke: *Chronische myeloide Leukämie im Kindesalter.* Er demonstriert ein achtjähriges Mädchen aus der Kinderabteilung des Neuen St. Johannes-Krankenhauses, es leidet an einer mit offener Lungentuberkulose komplizierten chronischen Myelose. Der schleichende Krankheitsbeginn fällt ungefähr in das dritte Lebensjahr. Initialsymptome: Aufgetriebener Abdomen mit härterer Konsistenz links, Blässe, Blutarmut, Appetitlosigkeit, Fieber, später häufiges Nasenbluten und Extremitätenschmerzen. Aufnahme in das Krankenhaus im Alter von 6 Jahren. Seit zwei Jahren periodische Röntgenbestrahlungen auf die Milz, Leber, Röhrenknochen, in mehreren Feldern. Die Leukozytenzahl war im Alter von sechs Jahren 170,000, bei der Demonstration 190,000, bei Unter-

brechung der Behandlung maximal 380,000. In den letzten drei Monaten auf Benzol-Behandlung geringe Besserung, die subjektiven Klagen (Appetitlosigkeit, quälende Extremitätenschmerzen) werden nur durch die Bestrahlungen behoben. Die Milz erstreckt sich bei der Demonstration bis in den Beckenraum und auf die rechte Bauchseite, sie ist hart und von dichter Konsistenz. Blutbild: Hgb. 60%, Erythrozyten 3.100,000, normale Gerinnungs- und Blutungsdauer, Qualitatives Blutbild: B. 1%, E. 3%, Myelozyten 48%, Neutrophile 39%, Basophile 4%, Eosinophile 5%, Myoblasten 8%, Jugendformen 18%, Stäbchen 8%, Gelappte 10%, Lymphozyten 2%, Monozyten 2%. Im Vergleich mit den früheren Blutbildern ist eine Vermehrung der Myeloblasten feststellbar (Spätstadium). Inf. Pulm. l. sin. Sputum Koch-positiv. Keinerlei Haut- oder Schleimhautsymptome. Allgemeinbefinden befriedigend, subjektiv klaglos.

G. Pászтай: *Atrophia cutis maculosa*. Er beschäftigt sich vor allem mit der Definition, Gruppierung und Ätiologie der Hautatrophien. Er demonstriert eine 30jährige Frau, diese bemerkte vor 7 Jahren, dass sich an den Oberarmen Flecken bilden. Auf beiden Oberarmen finden sich ovale oder kreisförmige Herde von Linsen- bis Pengögrösse, über diesen ist die Haut dünn wie Zigarettenpapier, auf Fingerdruck ist bei den grösseren Herden eine scharfbegrenzte, tiefe, tellerförmige Einsenkung palpierbar. Mikroskopisch sind die Papillen des Koriums abgeflacht, die Grenze von Korium und Epidermis flach gewellt. Die elastischen Fasern sind erhalten. Rings um die Koriumgefässe geringe Rundzelleninfiltration. Interner Befund unwesentlich, Pirquet, Wa.-R. negativ.

A. Torday: *Blutzuckeruntersuchungen bei Herzkranken*. Bei der Untersuchung von 100 Vitiumkranken fand er, dass bei 54·9% der Dekompensierten der Blutzuckerwert niedrig ist. Diese Zahl wird noch mehr erhöht, wenn nur die Jugendlichen mit Dekompensation berücksichtigt werden, weil dann die Zahl 64·9% beträgt. Doch inklinieren auch Jugendliche, die an organischen kompensierten Herzfehlern leiden, für Hypoglykämie, weil er bei 28·6% niedere Werte fand. Nach Zuckerbelastung per os verflacht die Kurve und ist zumeist unternormal. In seinen eigenen Fällen fand er keine wesentliche Leberläsion. *Chasanoff* dachte an eine Hypofunktion der Nebennieren, dagegen treten *Ehrmann* und *Gerlei* für eine gesteigerte Insulinproduktion ein. Der letztere wies nach, dass bei Herzkranken eine Stauungsduodenitis vorhanden ist, diese verursacht eine Hypertrophie der Langerhans-Inseln, was die Ursache der Hypoglykämie und der abgeflachten Zuckerkurve ist.

P. Kramer: Auf Grund seiner Untersuchungen bestätigt er die Angaben des Vortragenden über die Nüchternblutzuckerwerte von Vitiumkranken. Seiner Ansicht nach müsse die These lauten,

dass der Blutzucker dieser Kranken an der unteren Grenze der Normoglykämie sich bewegt. Auf Grund der Erfahrungen, die aus i. v. Zuckerbelastungskurven von Herzkranken abgeleitet werden können, sei es nicht wahrscheinlich, dass eine Pankreashyperfunktion die Ursache ist. Der Herzkranken i. v. verabreichte Zucker kann nämlich an Stelle der normalen 45 Minuten selbst nach 1 $\frac{1}{2}$ Stunden in der Form eines höheren Blutzuckerwertes nachgewiesen werden. Die beiden paradoxen Tatsachen können vielleicht auf Grund des biologischen Gesetzes *Arndt-Schultz* in Einklang gebracht werden. Demnach verursacht bei beginnenden Vitium die mässige Stauung Pankreas-Hyperfunktion, später die Atrophie infolge der Stauung eine Hypofunktion.

W. Csók: a) *Peritonitis biliaris*. b) *Interessante Nierenverletzung*.

Elisabeth-Universität in Pécs.

Sitzung der medizinischen Sektion der
wissenschaftlichen Universitätsgesellschaft am 30. März 1931.

E. Gragger: *Zwei Fälle von Erythema nodosum nach Grippe*. Der erste Fall betrifft eine 36jährige, gut entwickelte und ernährte Tabakfabriksarbeiterin. An den Unterschenkeln und um die Knie fanden sich schmerzhaft, tief infiltrierte, lividrote, knotige Läsionen, die zwei Wochen nach einer grippösen Mandelentzündung auftraten. Während der klinischen Beobachtung zeigten sich auf der Haut Purpurflecke. Eine Woche nach der Aufnahme wurde wegen eines immer grösser werdenden Hämatoms des linken Sternocleidomastoideus eine Tracheotomie notwendig, zwei Tage darauf Exitus. Bei der Sektion fanden sich in den quergestreiften Muskeln und in den parenchymatösen Organen Blutungen. Das histologische Bild des Knotens zeigte kutane und subkutane Blutungen, Gefässerweiterungen und perivaskuläre Infiltration polynuklearer Elemente. Das hygienische Institut züchtete aus der Lunge und aus den Muskeln Streptokokken und Influenzabazillen. Der zweite Fall betrifft eine 40jährige, kräftige, im Haushalt beschäftigte Frau, die unmittelbar nach der grippösen Tonsillitis auf der Streckseite der Unterschenkel und an den Ellbogen Erythema nodosum-Eruptionen in Begleitung heftiger Gelenkschmerzen erlitt. Das histologische Bild zeigte perivaskuläre Infiltrationen, mit erweiterten Gefässen. Keinerlei Blutungen in den Geweben. In den Kulturen konnte der Influenzabacillus nicht nachgewiesen werden, doch spricht das Auftreten unmittelbar nach der Influenza für einen Zusammenhang mit der Grippe. Sie wurde nach 24tägiger Behandlung geheilt entlassen. Tbc. und Lues in beiden Fällen negativ.

L. Dobszay: Die Kinderheilkunde beschäftigt sich eingehend mit dem Verhältnis des Erythema nodosum zur Tuberkulose. All-