

akzeptieren, weil der Schnupfen kein obligates Symptom ist. Die Olygopnoe ist, wie er glaubt, keine Beobachtung des Professor Bókay, die sich auf junge Säuglinge und solche Erkrankungen bezieht, denn die demonstrierte Filmaufnahme beweist die Tachypnoe. Die Beobachtungen von Tüdös stimmen mit seinen eigenen überein.

Gesellschaft der Spitalsärzte.

Sitzung am 13. Januar 1932.

E. Farkas: *Lebensrettungsversuche mit intrakardialen Injektionen.* Eine einfach durchführbare Methode der Lebensrettung ist die intrakardiale Injektion in solchen Fällen, wo der intravenöse Weg und andere Verfahren wie: Herzmassage, Anwendung des elektrischen Stromes, Oxygeninhalation zwecklos und zumeist auch schon undurchführbar sind. Durch die in grosser Zahl durchgeführten intrakardialen Injektionen gelang es zweimal das Leben um 1½ Stunden resp. um 2 Wochen zu verlängern. Es handelte sich um Personen mit Erkrankung der Kranzgefässe. Das Verfahren erfordert eine einfache Ausrüstung und ist für den praktischen Arzt geeignet.

E. Zahumensky: In der I. chirurgischen Abteilung des Spitals der ungarischen Staatsbahnen werden die Bauchoperationen mit der hohen Percain-Lumbalanästhesie durchgeführt, bisher in 28 Fällen zur vollkommenen Zufriedenheit. Vor vier Tagen führte er bei einem 65jährigen Patienten, der an schweren Icterus litt und bei dem ein Pankreas-Karzinom angenommen wurde, die Lumbalanästhesie durch. Blutdruck vor der Operation 120/85. Zur Ausschaltung der bei der Lumbalanästhesie auftretenden Blutdruckschwankungen wurde 0.10 cg Ephedrin i. m. verabreicht. 15 Minuten nach Beginn der Anästhesie rapides Sinken des Blutdruckes. Massenhaft verabreichte Gaben von Ephedrin, Coffein, Tonogen, Kampfer, usw. blieben wirkungslos, in drei Minuten traten die Symptome des Exitus auf! Aufhören der Herztätigkeit, Sistieren der Atmung. Einführung von 1 cem Tonogen in die Herzmuskulatur, nach einer Minute rötet sich das Antlitz, die Herztätigkeit setzt ein, spannender voller Puls, Kräftigung der Atmung. Der Patient befindet sich zur Zeit wohl. In diesem Fall trat infolge der durch die Lumbalanästhesie verursachten Splanchnicus-Lähmung, Herzlähmung auf, über die das intrakardial verabreichte Tonogen hinweghalf und ermöglichte, dass die verabreichten Medikamente resorbiert werden und ihre Wirkung entfalten können. Der Patient wird in wenigen Tagen in Lokalanästhesie operiert werden.

A. Hasenfeld: *a) Demonstration der mit dem Somatophon von Siemens verstärkten Herztöne und Herzgeräusche.* Er demonstriert das zur Verstärkung der Herztöne dienende Somatophon von Siemens, dasselbe bildet einen grossen Fortschritt in der medizinischen Elektrotechnik, indem es die Fehlerquellen der anderen Verfahren ausschaltet, die den gleichen Zweck anstreben. Das mit grosser Präzision konstruierte Instrument besteht aus drei Teilen. 1. Das Mikrophon zur Aufnahme des Tones, 2. der Herztonverstärker, 3. Lautsprecher mit Spezialkonstruktion. Er demonstrierte in dem umfangreichen Vortragssaal den Apparat an zahlreichen Herzkran-

ken. Die verschiedenen Geräusche und Arythmien wurden ohne Verzerrung vermittelt. Sehr interessant war die Verstärkung von intrauterinen Herztönen und deren Wiedergabe durch den Lautsprecher. Die Herztöne der Frucht waren vorzüglich wahrnehmbar. Schliesslich erörterte er die praktische Bedeutung und den didaktischen Wert des Apparates der in der Geburtshilfe und zur Kontrolle von in Narkose durchgeführten Operationen sehr wertvoll ist.

b) Demonstration und Deutung postmortal aufgenommener Elektrokardiogramme. Die demonstrierten EKG beweisen, dass bei Eintritt des Todes eigentlich erst ein Scheintod vorhanden ist. Es konnte festgestellt werden, dass die Lebensäusserungen beweisenden elektrischen Erscheinungen im Herzen erst 35 Minuten nach Eintritt des klinischen Todes vollkommen aufhören. Der Vortragende verdankt seine seltene Beobachtung dem Zufall, dass eine 62jährige, in seiner Abteilung gepflegte und an schwerer Myodegeneration leidende Frau unmittelbar vor einer EKG-Aufnahme plötzlich starb. Nach den 10 Minuten lang fortgesetzten erfolglosen Wiederbelebungsversuchen wurden 10, 20, 26, 35 und 45 Minuten nach dem Tode 5 EKG-Aufnahmen durchgeführt, sie hörten erst 45 Minuten nach dem Eintritt des Todes auf. Aus diesem Fall folgert er: 1. Die elektrischen Erscheinungen können den Tod um mehr als 35 Minuten überdauern, 2. die Möglichkeit des latenten Lebens kann nicht bezweifelt werden. 3. Die Wiederbelebung des Herzens ist möglich, die Wiederbelebungsversuche sind besonders in akuten Fällen (Narkose, Vergiftung, Erstickung, usw.) zumindest eine halbe Stunde lang energisch durchzuführen. 4. Die Herzmuskelkontraktion ist nicht die einzige Quelle der elektrischen Erscheinungen.

J. Batisweiler: Die demonstrierte technische Einrichtung sei für die Geburtshilfe bedeutungsvoll, indem sie die Herztöne der Frucht für ein Auditorium demonstrierbar macht. Sie ist auch deshalb bedeutungsvoll, weil die Kontrolle der Herztöne der Frucht auch von der Gebärenden entfernt, möglich wird.

P. Kiss: Die postmortalen EKG-Untersuchungen sind dann wertvoll, wenn die Aufnahme schon vor der Agonie beginnt, das EKG der Kranken parallel mit der Beobachtung der Atmung während der ganzen Dauer der Agonie, zur Zeit des klinischen Todes und postmortal so lange registriert wird, bis auch der letzte Ausschlag aufhört. Derart können wir eine gewisse Einsicht in den Todeseintritt gewinnen, wogegen in jenen Aufnahmen, die nach Eintritt des klinischen Todes erfolgen, nur der Umstand festgestellt werden kann, dass in gewissen Fällen auch nach dem Todeseintritt im Herzen Potentialdifferenzen zustande kommen. In der Budapester Kinderklinik hatte er Gelegenheit 12 Fälle nach dieser Richtung hin zu beobachten und er demonstriert die EKG dieser 12 Fälle. Der Exitus trat nach 3 Typen ein. Beim ersten Typus konnten nach Aufhören der Atmung und aller übrigen Lebenserscheinungen die Ausschläge am EKG noch minutenlang nachgewiesen werden, hier traten nach Aufhören aller übrigen Lebenszeichen im Herzen noch immer solche Potentialdifferenzen auf, die sich auf die Körperoberfläche verbreiteten und im EKG registrierbar waren. Beim zweiten Typus hören sämtliche Lebenszeichen so auch die Herzfunktion gleichzeitig auf, in solchen Fällen gehen dem Herztod vor dem Exitus zumeist Kammerzittern oder eine partielle Kammer-Tachykardie voraus. In der dritten Gruppe aber führt der Kranke nach Eintritt der Bewusstlosigkeit und nachdem die Saiten des EKG

unbeweglich geworden sind, noch minutenlang Atembewegungen durch, die vielleicht als vom Atemzentrum nicht regulierte Reflexbewegungen zu deuten sind. Diese Untersuchungen besitzen heute vielleicht nur theoretischen Wert, es dürfte jedoch bei ihrer Fortsetzung vielleicht gelingen, in einzelnen Fällen den unmittelbaren Angriffspunkt des Todes zu finden, so dass der therapeutische Eingriff gesicherte Grundlagen gewinnen wird.

J. Galgóczy: *Die Möglichkeit der Früherkennung der Herzmuskelschädigungen.* Für den praktischen Arzt ist es überaus wichtig, dass er die Herzmuskelschädigung noch im reversiblen Stadium feststellen könne. Die am meisten geeignete Untersuchungsmethode sei hierfür die Elektrokardiographie. Nach Erörterung der allgemeinen initialen EKG-Charakteristiken der Herzmuskelschädigung schildert er zusammenfassend die Myokardläsionen bei Polyarthrit, Syphilis, Diphtherie, Influenza und Arteriosklerose und beschäftigt sich auch mit deren prognostischer Bedeutung. Bei jeder Erkrankung, die erfahrungsgemäss Myokardläsionen verursachen kann, sei eine serienweise EKG-Kontrolle durchzuführen auch dann, wenn das Herz klinisch normal erscheint, um die Herzmuskelläsion im frühesten Stadium festzustellen, wo die Möglichkeit der totalen Restitution gegeben ist, und wo der Arzt im Stande ist, den Anforderungen der Prophylaxe in vollkommener Weise zu entsprechen.

P. Kiss: Auf Grund von EKG-Untersuchungen, die er bei 250 Diphtherie-Kranken durchgeführt hat, ist er überzeugt, dass in Fällen von maligner Diphtherie ohne EKG weder eine Prognose gestellt, noch die unspezifische Herztherapie durchgeführt werden kann. Bei Diphtherie-Kranken steht das klinische Bild in keiner Weise im Einklang mit den anatomischen Herzveränderungen. In einem sehr grossen Prozentsatz der Fälle entwickelt sich das von ihm als „Cachierte Dysfunktion“ bezeichnete Bild, wo zu Beginn klinisch (Herzdämpfung, Blutdruck, Puls, Urin, Gesamtbefinden) keinerlei Veränderung nachzuweisen ist und wo das EKG dennoch genau anzeigt, dass die Herzfunktion nicht mehr normal ist. Die an den folgenden Tagen serienweise angefertigten EKG beweisen, dass trotz des unverändert günstigen klinischen Bildes im Herzen ein pathologischer Prozess sich entwickelt, bis dann gewöhnlich 1—2 Tage vor dem Tode auch die schrecklichen klinischen Symptome zum Vorschein kommen und der Patient unglaublich rasch zu Grunde geht. Die ersten EKG-Symptome der Herzdysfunktion bei Diphtherie sind besonders in der I. Ableitung: die Verflachung der R.-Zacke, Verdickung des absteigenden Astes, eventuell eine Verknotung der Spitze in geringem Masse, ferner in den Ableitungen I. und III. die Verflachung, Verlängerung oder das Verschwinden der T-Zacke. Charakteristische Symptome sind, wenn die T-Zacke negativ oder biphasisch wird, bei Schädigungen, die sich auf das Leitungssystem lokalisieren, zeigen sich die Verlängerung der Entfernung P-R, die Verbreiterung des QRS-Komplexes, usw. Werden diese initialen EKG-Symptome nicht entsprechend bewertet, so wird für die Therapie der Zeitpunkt versäumt, wo durch gewisse Eingriffe viele Fälle noch gerettet werden können, denn in den folgenden Tagen gehen alle diese Kranken zu Grunde und jeder Eingriff bleibt vergeblich. Die durch Influenza herbeigeführten Veränderungen zeigen einen abweichenden Charakter. Besonders bei Säuglingen steht hier die Herzfunktionsstörung im Vordergrund und für des EKG ist die hochgradige Sinustachykardie charakteristisch.

Sitzung am 20. Januar 1932.

A. Jamnitzky: *Mit konservativer Behandlung geheilter Kieferkrebs.* Der rezidivierende, die Mandibula infiltrierende Unterlippenkrebs des 57jährigen Mannes heilte nach einer 10 Monate dauernden Behandlung mit Arsen-, Blei-, resp. Pflanzenextrakte enthaltenden Salben. So wurde eine Operation mit umfangreicher Kieferresektion vermieden und es bedurfte nur einer nachträglichen operativen Korrektur. Seit einem Jahr rezidivfrei.

S. Sulyák: *Im verschlossenen Horn des Uterus bicornis uncollis entstandene Schwangerschaft.* Das Schicksal der verstorbenen Frucht ist die Bildung eines Lithopädion. Die Schwangerschaftsdiagnose im Nebenhorn ist schwierig und bildet eine Operationsindikation. Mit der Operation kann die Ruptur selten verhindert werden, weil die Fälle zumeist nach der Ruptur zum Arzt kommen. In unserem Fall gingen bei der 38jährigen, zum drittenmal graviden Frau 2 normale Geburten voraus. Zur Zeit nach 5 Monate dauernder Amenorrhoe wieder normale Menstruation. Vor dem kleinen schieflagernten Uterus ein kindskopfgrosser Tumor. Bei der Operation stellte sich heraus, dass der Tumor das linke im V. Monat gravide verschlossene Nebenhorn ist, mit gut entwickelter Plazenta und abgestorbener, 26 cm langer Frucht mit beginnender Mazeration.

Z. Szathmáry: Unter den 40.000 Geburten des 25jährigen Materials der II. Frauenklinik wurden in 53 Fällen aus der mangelhaften Vereinigung der Müller-schen Gänge entstandene Entwicklungsanomalien gefunden, in 20 Fällen Uterus bicornis. Werden die 4 Aborte abgerechnet, so gab es bei den 16 Geburten folgende Komplikationen: 6 Steisslagen, 2 Zwillingsschwangerschaften, 5 verschleppte Geburten, 2 vorzeitige Plazentaablösungen, 3 hochgradige Blutungen während der Geburt und 7 Plazentaretentionen. Einmal wurde der nicht schwangere Uterus in das kleine Becken eingeklemmt und bildete ein Geburtshindernis, die Lage wurde mit dem Kaiserschnitt gelöst. In einem anderen Fall wurde die in das kleine Becken ragende, nicht schwangere Gebärmutter für eine Ovarialzyste gehalten. In diesem Fall trat zu Beginn der Geburt Uterusruptur auf, die Patientin starb trotz der erfolgreichen Eingriffe. Bei der Sektion fanden sich Thymus persistens und Aortenhypoplasie.

S. Kerékgyártó: *Operierte Fälle von Fistula vesicovaginalis und Fistula rectovaginalis.* Bei der Frau mit Atresie entwickelte sich im Anschluss an Coitus eine vaginorektale Fistel, die nach Szili geschlossen wurde. Die vaginorektale Fistel entstand nach Totalexstirpation wegen Karzinom, sie wurde in einer Sitzung geschlossen.

Z. Szathmáry verweist auf die Methode von *Ottow*, die jedoch nur zur Schliessung von kleinen Blasen-Scheidenfisteln geeignet ist.

B. Nádory: Eine Hauptbedingung des Fistelverschlusses ist die Einfachheit der Technik. Er erinnert an seine früheren Darlegungen über die erfolgreichen Fistelverschlüsse nach der Methode von *Füth*.

J. Szili: In jüngster Zeit vermindert sich erfreulicherweise die Zahl der Blasenfisteln, was ein Seltenerwerden der vernach-

lässigen und schlecht behandelten Geburten bedeuten könnte, Leider hängt die Verminderung der Fistelzahl nicht mit diesem Umstande, sondern mit peripherischen Zerreissungen zusammen. Die vom Vortragenden im demonstrierten Fall festgestellte Operationsmethode wurde schon 1921 veröffentlicht. Er demonstriert seine zur Verlängerung des Vaginalschlauches erdachte und erfolgreich angewendete Plastik.

G. Liposits: *Zyste als Geburtshindernis, Kaiserschnitt.* Mit dem Kaiserschnitt wurde bei der Gebärenden eine lebende reife Frucht zur Welt gebracht, gleichzeitig wurde die rechte faust-grosse Ovarialzyste beseitigt.

J. Akkermann: *Reponierung eines Arm- und Nabelschnurvorfalles.* Bei zweifingerweitem Muttermund wurde die Reposition derart durchgeführt, dass die Nabelschnurschlinge in die Finger der vorgefallenen Hand eingehängt und mit der Hand in die Uterushöhle zurückgebracht wurde. Es wurde eine lebende reife männliche Frucht geboren.

J. Szili: Der Nabelschnurvorfall bedeutet für die Frucht zumeist Lebensgefahr, bildet jedoch für die Mutter keine Komplikation. Dem gegenüber ist der Armvorfall für die Frucht nur eine indirekte, für die Mutter jedoch eine direkte Gefahr. Durch Reponierung der vorgefallenen Partien soll die Einstellung des vorausgehenden Körperteiles und die Entlastung der Nabelschnur erzielt werden, eben deshalb sei das Verfahren von Ackermann sehr geschickt, der beide vorgefallenen Teile zusammen erfolgreich reponierte. Die Reposition des Nabelschnurvorfalles, besonders wenn dieser umfangreich ist, sei ziemlich schwierig, weshalb er empfiehlt, bei entsprechender Erweiterung des Muttermundes — oder nach vorausgegangener Erweiterung, wenn dies notwendig ist — die Nabelschnur zwischen zwei Fingern in die Uterushöhle einzuführen und dort auf eine Extremität, womöglich auf einen Fuss zu hängen. Das Verfahren besitzt den Vorteil, dass beim Misslingen der Reposition sofort die Wendung auf den Fuss durchgeführt werden kann.

A. Zágon referiert über drei Uterusrupturen, zwei derselben heilten glatt innerhalb zwei Wochen, im dritten Fall — die Frau wurde nach einer in der Provinz durchgeführten Zangenoperation und nach Abreissen einer 40 cm langen Darmschlinge agonisierend und verspätet eingeliefert, — exitierte die Patientin nach der ohne Narkose durchgeführten Operation. Er betont die Notwendigkeit einer intensiveren geburtshilflichen Ausbildung der in der Provinz tätigen Kollegen.

J. Szili: Die Mortalität der Uterusrupturen beträgt selbst bei fachgemässer Behandlung 50—60%, fehlt diese jedoch, so gehen nahezu sämtliche Fälle zu Grunde. Auch bei fachgemässer Behandlung besteht eine erhebliche Differenz zwischen der konservativen und der chirurgischen Versorgung, bei der ersteren beträgt die Mortalität 60—70%, bei der letzteren zirka 50%. Eine bessere Statistik weist nur Zweifel auf, mit einer Mortalität von 23%. Von entscheidender Bedeutung ist, wie rasch die betreffende Anstalt den Fall zur Behandlung bekommt.