

Gesellschaft der Spitalsärzte.

Sitzung am 17. Februar 1932.

I. Kerékgyártó: *Zwei Ureterperforationen.*

S. Szilágyi: *Elephantiasis penis.*

G. Pilau: *Lupus erythematosus.*

E. Fejér: *Lues m. cropapulosa.* Karuistische Demonstrationen.

B. Bernolák und T. Vizert: *Die Behandlung von Herzkranken mit Zucker, Insulin und deren elektrokardiographische Kontrolle.* Bei Herzkranken findet sich zumeist Hypoglykämie, die Zuckerdarreichung ist im Stande die Herztätigkeit zu kräftigen. Das Insulin fördert die Fixation des Zuckers. Die Zuckerdarreichung per os wurde von *Loeper* und *Demaire*, ferner gleichzeitig von *Kistl.n.cz* und *Gamer* in die Herztherapie eingeführt. Ihre Patienten erhielten morgens 50 gr Zucker per os, sodann 5 E. Insulin subkutan. Eine Kur dauerte durchschnittlich 14 Tage. Während der Kur sank die Pulsfrequenz, die Diurese wurde gesteigert, die Ödeme nahmen ab, und der Blutzuckerspiegel hob sich. Die Zacken des Elektrokardiogramms wurden grösser, zumeist in dem Sinne, dass das bereits vorhandene Übergewicht der rechten oder der linken Herzhälfte gesteigert wurde. Die Ausschläge werden auch durch Digitalis verstärkt. Zwischen der Zackengrösse und der Funktionskraft des Herzens besteht ein Zusammenhang.

A. Torday: Seine eigenen Untersuchungen bestätigen, dass das Blut besonders bei jugendlichen Herzkranken hypoglykämisch ist so, dass die Zuckerdarreichung motiviert erscheint.

J. Csiki: *Operative Verletzung des Ductus thoracicus.* Er referiert über die verhältnismässig seltenen operativen Verletzungen des Ductus thoracicus, über deren Ursachen, Folgen und Versorgung und verweist darauf, dass nach den Angaben der Literatur ungefähr 10% der Kranken infolge Ductus thoracicus-Fisteln existiert. Er demonstriert sodann seinen Fall, wo die Verletzung des D. thoracicus beim Aufsuchen des N. phrenicus zu Stande kam. Die verletzte Stelle wurde mit einer Seitenligatur versorgt und heilte ohne jede Folgen. In der Literatur fand er drei ähnliche Fälle.

Sitzung am 2. März 1932.

F. Klauber. *Myelitis dorsalis unter dem Bilde einer multiplen Sklerose als Folge einer Nebenhöhlenkrankung.* Der 20jährige Mann erkrankte plötzlich unter den Symptomen einer spastischen Paraplegie und Neuritis retrobulbaris. Anfangs erschien der Brown-Sequard Symptomenkomplex, sodann das typische Bild der Myelitis transversa. Schwerer Decubitus, Zystitis, Sepsis, Exitus. Das Rückenmark ist von Di nach unten im vollen Umfang erweicht. Die Schleimhaut des r. Sinus frontalis und beider Highmoor-Höhlen ist geschwollen, blutreich, in den Höhlen zäher, klebriger, eitriger Schleim. Die retrobulbare Neuritis, wie auch die Myelitis sind seiner Ansicht nach Folgen der durch die primäre Sinusitis verursachten Pneumokokkus-Infektion. In der Literatur findet sich nur ein ähnlicher Fall.

I. Kerékgyártó. *Operierter Fall eines in die Blase perforierten periappendikularen Abszesse.* Demonstration.

Besprechung: **J. Szili.**

S. Bárdossy. *Fälle von Darmverschluss.* Demonstration.

K. Keller. *Allgemeine und lokale Wärmewirkung auf die Nierenfunktion.* Zwischen der lokalen und der allgemeinen Wärmeapplikation fand er weitgehende Übereinstimmung. Beide Formen der Wärmewirkung ändern die Harnazidität nur in den ersten 2—3 Stunden nach der Wärmeapplikation, die Differenzen sind jedoch schon nach 8—10 Stunden verschwommen. In den ersten 2—3 Stunden nach der Wärmewirkung können die Änderungen der Harnazidität sehr bedeutend sein. Die Richtung der Aziditätsänderung infolge der Wärmewirkung kann im Vorhinein niemals bestimmt werden. Das beweist, dass jede Wärmewirkung individuell einmal mit einer Diluierung, ein andersmal mit einer Konzentration einhergeht. Für das Wesen der Wärmewirkung ist jedoch die Richtung des Flüssigkeitsstromes in den Geweben nicht entscheidend. Der Vortragende beschäftigte sich ferner mit den Erscheinungen der Blutdrucksenkung bei Hypertonikern nach Nierendiathermie diesbezüglich kann er die Beobachtung von Rausch in vollen Umfang bestätigen.

Besprechung: Z. Rausch. Die Nierendiathermie übt bei renalen Hypertonien eine blutdrucksenkende Wirkung aus. Diese ist am ausgesprochensten bei labilen Hypertonien, starre Hypertonien reagieren minder gut. Die subjektiven Symptome bessern sich sowohl bei Nephrosklerose, wie auch bei chronischer Nephritis günstig und dauernd. Die Herabsetzung der renalen Hypertonien auf Diathermiebehandlung der Nieren rechtfertigen die Auffassung *Alexander Korányis* über die Pathogenese der renalen Hypertonien. Anscheinend bleibt die Nierendiathermie auf den kompensatorischen Faktor der Hypertonie wirkungslos und senkt nur den überlagerten pathologischen Teil, was den therapeutischen Wert dieses Verfahrens wesentlich steigert.

L. Pleskó. *Das Verhalten der Hautreaktion und des Blutserums bei Scharlachkranken.* Der Vortragende hat die Dick-Reaktion und das Blutserum bei 500 Scharlachkranken vom Gesichtspunkt der Impffähigkeit in 2—3tägigen Intervallen untersucht. Als Ergebnis dieser Untersuchungen stellt er fest: 1. Dass die Dick-Reaktion und die Serienuntersuchung des Blutserums zur Feststellung der Frühdiagnose der Scarlatina sehr geeignet sind. 2. Löscht das Scarlatina-Serum längere Zeit hindurch nicht aus, so ist Vorsicht bezüglich einer eventuellen Rezidive geboten. 3. Die Dick-Reaktion erteilt diesbezüglich keinen so sicheren Hinweis, ein Teil der Rezidivkranken ist nämlich schon geraume Zeit vor der Rezidive Dick-Negativ, dennoch tritt die Rezidive ein, doch liefert das Blutserum vor der Rezidive niemals das Auslöschphänomen. 3.98% der Scharlachkranken sind nach dem Überstehen des Leidens Dick-Negativ. 4. Ist das Leiden vollkommen abgelaufen, so liefert 10% der Rekonvaleszenten das Auslöschphänomen. In einem Fall lieferte das Blutserum das Auslöschphänomen nicht, obwohl der Patient bereits eine Rezidive überstanden hatte. 5. Das Negativwerden des Dick-Testes zeigt nicht immer einen parallelen Verlauf mit der Auslöschfähigkeit des Blutserums. 6. Die Auslöschfähigkeit des Serums kann während des Scharlachverlaufes individuell und je nach dem Exanthem-Änderungen aufweisen, mit der Zunahme der Krankheitstage wächst auch die Auslöschfähigkeit des Serums, um nach Erreichung eines gewissen Maximums dieses Niveau beizubehalten. Die Auslöschfähigkeit kann individuell an verschiedenen Tagen eintreten und erreicht das Maximum ihrer Intensität am 6—8-ten Tag.

7. Die Prüfung des Serum-Antitoxingehaltes durch das Auslöschphänomen orientiert viel besser über die Scharlach-Immunität des Organismus als der Dick-Test. Das mit dem Auslöschphänomen nachweisbare Antitoxin ist ein sicheres Zeichen der Scharlachimmunität.

Tagung der Ungarischen Chirurgischen Gesellschaft.

Gemeinsame Sitzung der Ungarischen Chirurgischen Gesellschaft und der Landesgesellschaft der Ungarischen Zahnärzte, am 6. Juni 1932.

I. Hauptfrage.

Chirurgie der Mund- und Rachengeschwülste.

Referent **Nikolaus Novak** (Szekszárd). Für die orale Wundheilung, sowie für die plastische Chirurgie biliet es einen Vorteil, dass die mit mehrschichtigen Plattenepithel bedeckte Mundschleimhaut eine reiche Blutversorgung besitzt und mit Ausnahme des Zahnfleisches, sowie der Schleimhaut des harten Gaumens überall leicht verschieblich und dehnbar ist. Vom bakteriologischen Gesichtspunkt ist der Mund als intensiv infizierte Höhle zu betrachten, in welcher mehrere hundert Bakterienarten einen vorzüglichen Nährboden finden. Bei schmerzhaften Erkrankungen, sowie nach Operationen vermehren sich die Bakterien und verursachen beim Eindringen in die mit der Mundhöhle kommunizierende Wunden einen rasch fortschreitenden übelriechenden Zerfall. Deshalb empfiehlt **Brüning** bei Exstirpation von Halsdrüsen im Falle von Cc. der Mundhöhle immer zuerst die Drüsenexstirpation, die Hauptoperation aber eine Woche später durchzuführen, damit die umfangreiche Wundhöhle vom Mund aus nicht infiziert werde. Die Vermeidung der Infektion bezweckt auch das Verfahren von **Bergmann**, wonach beim seitlichen transmandibularen Eindringen z. B. bei der Exstirpation von Cc. des Zungengrundes die Rachenschleimhaut mit der Haut des unteren Wundwinkels vereinigt wird. Beim plastischen Kinnladenersatz, wenn die Schleimhaut bei der Präparierung der zumeist geschrumpften Weichteile an irgendeiner Stelle defekt wird, empfiehlt **Lexer** die Operation sofort zu unterbrechen und die Transplantation bis zur Heilung des Schleimhautdefektes zu verschieben. Bei Wunden, die mit der Mundhöhle kommunizieren, dürfen die Nähte nicht sehr dicht angelegt werden, sind grössere Wunden mit Höhlen oder Taschen vorhanden, so ist durch Drainierung für die Ableitung des Sekretes Sorge zu tragen. Der Mund kann unmöglich keimfrei gemacht werden, höchstens lässt sich durch sorgfältige Mund- und Zahnpflege die Bakterienzahl erheblich vermindern.

Diagnostisch kann ein chronischer geschwüriger Prozess Schwierigkeiten bereiten, indem verschiedene Veränderungen in der Mundhöhle zum Auftreten von Geschwüren führen können. Epithelauflagerungen können mazerieren und eine weisse Farbe annehmen. Benigne Geschwülste, deren Schleimhaut verdünnt ist, können im Anschluss an geringfügige und unbemerkte Verletzungen infiziert werden, so dass Lymphangiome, Hämangiome der Zunge, oder aber verschiedene Zysten das Bild von akuten Entzündungen darbieten. Hiezu tritt die Rolle der Mundhöhlenbakte-