

Protokolle

über die ärztlichen Fachsitzungen der ärztl.-naturwissenschaftlichen
Section des Siebenbürg. Museum-Vereines.

Vorsitzender: Professor Dr. Josef BRANDT.

Schriftführer: Dr. Julius FILEP.

I. Fachsitzung am 25 Jänner 1902.

1. Dr. Willibald STROBEL, Assistent der neurologischen und psychopathologischen Klinik stellt „*Einen geheilten Fall nach einem den Kopf getroffenen sehr starken elektrischen Schlag*“ vor.

Es ist eine allgemein bekannte Thatsache, dass ein sehr starker elektrischer Strom das Nerven und Muskelsystem zugrunde richtet, während in diesem speciellen Falle nahezu von Heilung gesprochen werden kann, obgleich der Betreffende einen so starken elektrischen Schlag erhielt, der in anderen Fällen zum Tode zu führen pflegt.

Der 37 Jahre alte elektrische Monteur R. J. ist seit längerer Zeit in einer Cellulose-Fabrik angestellt; am 31 Oktober 1901 entstand während des Austausches einer Leitung Kurzschluss und erhielt er bei dieser Gelegenheit einen elektrischen Schlag bei einer Spannung von 5000 Volt. Der Kurzschluss kam so zustande, das Patient während er die Leitungsdrähte straff zog das Gleichgewicht verlor und unvermuthet an die oberen Leitungsdrähte geriet, von denen der eine seinen Kopf, der andere seine Schulter berührte. In diesem Augenblicke fiel er bewusstlos vom Gerüste herab, war bis zum nächsten Tage ohne Bewusstsein und kam im Spitale zu sich. Der bei dem Unglücksfalle anwesende zweite Monteur, hob ihn sogleich auf und trug ihn in das Directions-Comptoir, wo er nach Angabe der dort Angestellten auf und ab ging, den verschiedenen Aufforderungen Folge leistete, verschiedene Bewegungen vollzog, während des Gehens den ihm in den Weg gelegten Hindernissen auswich, aber kein Wort sprach und sich auf das dort Geschehene durchaus nicht erinnerte. Dagegen erschien es ihm Tags darauf, als er zu sich kam so, als würde ihn der elektrische Schlag während des Schlafes getroffen haben und als hätte er noch danach sehr lange Zeit hindurch geschlafen. Er fühlte sehr starke Schmerzen im Kopfe und in der Schulter, doch sah und hörte er gut, konnte reden, zu ruhen war er jedoch absolut nicht imstande, sondern musste

sich fort bewegen und konnte auch des Nachts nicht schlafen. Appetit hatte er nicht den geringsten, ja es eckelte ihn vor jeder Speise, da er alles, was er zu sich nahm wieder erbrach, wozu sich über dies noch Diarrhoen gesellten. Später steigerten sich die Kopfschmerzen und die Schmerzen in der Schulter immer mehr und auch die Unruhe nahm zu, was ihn ausserordentlich von Kräften brachte, so dass er kaum mehr gehen konnte. Nach einigen Wochen verging der Brechreiz, ebenso die Diarrhoe und Schlaflosigkeit, nur auf den Füssen fühlte er sich äusserst schwach und diese zitterten mitunter stark. Während dieser Zeit eiterten die durch die Berührung der Leitung entstandenen Brandwunden, einzelne Theile stiessen sich nekrotisirt von selbst ab, während der nekrotisirte Knochenheil des Schädels am 8. April 1901 in Form eines 6 cm. breiten, 7 cm. langen Knochenstückes entfernt wurde. Die Dura mater blieb, da sie ausser der Entzündung keinerlei sonstige Veränderungen aufwies. Die Schädelwunde heilte rasch und glatt, und Patient erholte sich derart, dass er zu Schlusse des Sommers 1901. wieder arbeiten konnte und seit dem in der Fabrik ununterbrochen beschäftigt ist.

In der letzteren Zeit machte er die Wahrnehmung, dass sobald er seine Augen etwas anstrengt, alles was er ansieht zu zittern beginne, dann fühlt er Schwindel, bekommt Kopfschmerzen, schliesslich habe er die Empfindung als wäre er berauscht und kann dann einige Stunden hindurch nichts arbeiten; aus diesem Grunde suchte er die Universitäts-Klinik für Nerven- und Geistes- kranke in Kolozsvár auf.

Bei der vorgenommenen Untersuchung zeigt sich, bei dem mittelgrossen, gut genährten mit starken Knochen- und Muskelsystem versehenem Patienten, an der linken Seite des Schädels, entlang der Seitenwand-Occipitalnaht, eine zum grösseren Theil das Seitenwandbein betreffende, nach oben bis zur Pfeilnaht, nach unten bis zur Protuberantia occipitalis externa und beinahe bis zum Warzenfortsatz reichende, theils lebhaft roth verfärbte, theils noch mit Eiter und Krusten belegte Delle, durch eine strahlige, unebene Narbe bedeckt. Die grösste Tiefe der Delle ist 2 cm., der Grund derselben weist überall harten Knochen nach, druckempfindlich ist sie nicht. Die Maasse der durch die Knochenimpression verursachten Schädelveränderungen sind nachstehende: horizontaler Umfang 55 cm., von diesen entfallen 28.5 cm. auf die rechte, 26.5 auf die linke Seite; Querumfang an der Berührungsstelle des Seitenwand- und Hinterhauptbeines auf der rechten Seite 18 cm., auf der linken 13 cm., die übrigen Umfänge zeigen keinerlei Abweichungen.

An der linken Schulter befindet sich eine handteller-grosse, zum grössten Theil den Deltamuskel deckende und dessen Function beeinträchtigende, strahlige Narbe. Die somatischen Verhältnisse sind sonst entsprechende. Die Bewegungen und associirten Bewegungen der Augen unbehindert, doch ermüden die Augenmuskeln bei längeren Bewegungen der Augen und fühlt Patient dann gleichzeitig heftige stechende Schmerzen im Kopfe und den Augen. Die rechte Pupille ist kreisrund, doch enger, als die linke und reagirt sowohl direct, als consensuell kaum. Die Sehschärfe des rechten Auges etwas her-

abgesetzt, ist am linken normal. Im Augenhintergrunde keinerlei Veränderungen; das periphere Sehen beiderseits, besonders rechts etwas eingeschränkt; die Farbenempfindung ist normal. Die sonstigen Functionen der Augen zeigen weder sensorische, noch motorische Störungen.

Der Geruchsinn zeigt insoferne Störung, dass mitunter sehr starke Gerüche mit einander verwechselt werden, so wird der Geruch der *Asa foetida* und des Opiums für gleich erklärt. Es werden hauptsächlich jene Gerüche wahrgenommen, die Patient häufiger zu fühlen Gelegenheit hatte, so erkennt er sogleich den Geruch des Carbols, des denaturirten Weingeistes, des *Creosot's* auch in den geringsten Mengen. Der Geruch der Speisen und jener der in diesen enthaltenen Gewürze wird auch untereinander verwechselt; den Geruch des Ammoniak's fühlt er sogleich und bekommt Brechreiz. Bei längerem Riechen desselben, wird Patient irritirt, bekommt Kopfschmerzen, schliesslich erbricht er.

Das Hörvermögen ist geschwächt, die leise Sprache versteht er nur so, wenn er gleichzeitig auf den Mund des Sprechenden achtet. Das Ticken der Taschenuhr hört er links auf 20, rechts auf 32 cm.

Das Geschmacksvermögen ist vermindert, der Geschmack der Speisen wird nur so gefühlt, wenn diese stark gewürzt sind. Im allgemeinen vermag er nur den bitteren, sauren und süssen Geschmack von einander zu unterscheiden. Bezüglich der ätzenden Substanzen behauptet er, dieselben hätten gar keinen Geschmack und verursachen nur Schmerzgefühl.

Das Tastgefühl ist ein normales.

Der Geschlechtstrieb fehlt seit Pat. den elektrischen Schlag erlitten, *Erection* war seither keine vorhanden. Die Reflexe der *Erectionsmuskeln* sind derart geschwächt, dass sie auch auf den elektrischen Strom äusserst träge reagiren. Diese geschlechtliche *Impotenz* deprimirt jedoch den Kranken, durchaus nicht.

Die Veränderung des Geisteszustandes zeigt sich darin, dass Patient vergesslich ist, die *Ideenassociation* ist eine langsame und lose, das Hervorrufen von Erinnerungsbildern geht schwer vonstatten. So muss er geringe und einfache Dinge wiederholt durchlesen um sie zu verstehen und in Erinnerung zu behalten. Die gewohnten und schon früher erlernten Sachen weiss er jedoch. Das Briefschreiben geht anstandslos, doch beim Abschreiben fremder, nicht gewohnter Dinge ermüdet er rasch und macht viele Fehler.

Wenn wir das Gesagte kurz zusammenfassen, so sehen wir, dass auf allen Functionengebieten ein gewisser Rückfall eingetreten ist, der verschiedenartig, sich hauptsächlich in der Verminderung des Geruch-, Geschmack und Gehörsinnes sowie der *Ideenassociation*, beziehungsweise der Möglichkeit des Aufbaues der Erinnerungsbilder zeigt; während er sich auf dem Gebiete des Geschlechtsinstinctes als vollständiges Fehlen desselben manifestirt.

Ziehen wir nun den Umstand in Betracht, dass der Patient den bereits erwähnten elektrischen Schlag von 5000 Volt erhielt, der eine 24-stündige Bewusstlosigkeit zufolge hatte und schliesslich doch nur zur Schwächung ein-

zelter Functionen führte, so muss dieser Fall den Seltenheiten eingereicht werden.

Umsomehr da wir trotz Impression des Schädelknochens keinerlei Herdsymptome auf dem motorischen Gebiete finden, trotzdem auch das Gehirn eine Compression erfuhr. Dies lässt sich nur so erklären, dass der elektrische Strom ausser localer Verbrennung und einer zwar hochgradigen, aber dennoch vorübergehenden Erschütterung, keine sonstigen Veränderungen des Gehirns veranlasste, sondern dass unter dem Schutze des verbrannten, später nekrotisirten und nach etwa einem halben Jahre entfernten Knochens eine Meningitis auftrat, ohne dass die einzelnen Centren des Gehirnes in ihrer Function sonderlich gestört worden wären: die Meningitis heilte und bei Entfernung des Knochens reagirte das Gehirn nicht weiter auf den Eingriff. Dieses gab nun dann den Druck der langsam sich entwickelnden Narbe und des sich neu bildenden Knochengewebes nach und erlitt in seiner Function nur insoferne eine Störung, als zum Ersatz des entstandenen Mangels andere Gehirnthelle zur Function herangezogen und wenn auch nicht so exact eingeübt wurden und es stellte sich eine derartige Heilung ein, dass Patient zum Verrichten leichterer Arbeiten wieder fähig wurde.

1. Dr. Moritz ROSENBERGER stellt

a) Einen Fall von *Dystrophia musculorum progressiva* und

b) einen solchen von *Hemiatrophia* vor.

3. Dr. Josef JAKOBI berichtet über *die bei einer Pneumonia crouposa vorgenommenen bakteriologischen Blut-Untersuchung*. Patient wurde am 5. Tag der Erkrankung an die Klinik für interne Medicin aufgenommen, bei welcher Gelegenheit der linke untere, zwei Tage später auch der linke obere Lungenlappen infiltrirt gefunden wurde. Dann stellten sich Delirien ein, am 9. Tage konnte die Vergrösserung der Herzdämpfung nachgewiesen werden, am 10. Tage erfolgte Exitus letalis. Aus dem zwei Tage vor dem Tode durch Venaesection gewonnenen Blute konnten Pneumokokken gezüchtet werden das mit diesen eingepfote Kännchen verwendete und im Herzblute desselben wurden Pneumokokken in Kapseln gefunden.

Vortragender erwähnt, dass selbst noch vor 2—3 Jahren die bakteriologische Blutuntersuchung bei Pneumoniekranken zum Zwecke der Prognose herangezogen wurde, da man damals nur bei letal, oder mit schweren Complicationen verlaufenden Fällen Pneumokokken im Blute fand. In neuerer Zeit fand FRÄNKEL diese in jedem einzelnen Falle, LANDI unter 27 Fällen 25-mal sie scheinen daher im Blute Pneumoniekranke regelmässig vorhanden zu sein.

Der Unterschied in den Befunden älterer und neuerer Untersuchungen dürfte darin begründet sein, dass man früher nur einige Tropfen Blutes untersuchte, jetzt jedoch 5—10 cm.³ benützt werden. Arbeitet man mit sehr wenig Blut, so mag es vom Zufalle abhängen, ob Pneumokokken entstehen, oder nicht. Trotzdem ist es wahrscheinlich, dass sie bei schwereren Fällen in grösserer Zahl vorhanden sind. Vortrag. gab 15—20 Tropfen Blut zum Nährboden in der Menge einer Eprouvette. Die Section ergab in diesem Falle ausser der

Infiltration der ganzen linken Lunge, eine serofibrinöse Pericarditis und eine Meningitis cerebro-spinalis.

4. Dr. Christoph FOGOLYÁN stellt einen Kranken mit *Pleurakrebs* vor.

5. Prof. Dr. Koloman BUDAY demonstriert die pathologisch-anatomischen Präparate eines Falles von

a) *Angeborener vollständiger Atresie des Duodenums* und

b) *doppeltem linksseitigen Ureter*. (S. Revue Seite 33—38).

6. Docent Dr. Koloman HÖNCZ hält einen Vortrag: „*Das Verhältniss der Stomatologie zur Kinderheilkunde*“.

II. Fachsitzung am 22 Februar 1902.

1. Profess. Dr. MARSCHALKÓ stellt einen an „*Malum perforans pedis*“ leidenden Kranken vor. Mit dem Wesen dieses interessanten und seltenen Leidens ist man bekanntlich noch nicht im Klaren. Dieses pflegt an der Fusssohle oder an der Beugefläche der Zehen aufzutreten. Zuerst entsteht eine Hautverhärtung, unter dieser alsbald eine Entzündung der Haut, eventuell auch Blutsuffusionen; schliesslich stösst sich infolge Entzündung und Eiterung die verdickte Epidermis ab, das atrophische Hautgewebe geht zugrunde und es entsteht ein tiefes, trichterartiges Geschwür. Bestehen äussere, schädliche Einflüsse weiter, so greift das Geschwür immer tiefer, selbst auf die Beinhaut und noch tiefer. Die Geschwüre, welche mitunter in grösserer Zahl auftreten, zeigen stets einen torpiden Charakter, geringe Schmerzhaftigkeit und eine sehr schlechte Heiltendenz.

Es fragt sich nun welches die Ursache dieses Leiden's ist? Einzelne Autoren suchen die Ursache in Veränderungen der Gefässe, in der durch atheromatöse Prozesse verursachten Obliteration derselben; daraus lässt sich aber in der Mehrzahl der Fälle die Bildung des Geschwüres nicht erklären, hauptsächlich aber nicht die Verdickung, welche der Geschwürsbildung vorausgeht. Thatsache ist es ferner, dass das *Malum perforans* häufig im Gefolge von Rückenmarkserkrankungen und anderen Nervenleiden (Lepra) auftritt, weshalb es von manchen Autoren als eine trophoneurotische oder neuroparalytische Geschwürsbildung aufgefasst wird; freilich ist dies ebenso gut Hypothese, wie die Trophoneurose selbst. Am wahrscheinlichsten erscheint die Auffassung Jener, die wie L. R. MÜLLER die Geschwürsbildung auf mechanische Einflüsse zurückführen; die nervösen Störungen fehlen ja nicht, aber es ist keine Trophoneurose, sondern nur herabgesetzte Empfindlichkeit; diese hat zur Folge, dass der Kranke den Fuss nicht schont es entsteht zuerst ein Clavus, dann Gewebsentzündung und Gewebsnekrose und das Geschwür ist fertig. Für die Richtigkeit dieser Auffassung spricht auch der günstige Einfluss der Ruhe auf das *Malum perforans*. Worin dann die Gefühlsanomalien der Sohle begründet sind, das ist nach MÜLLER'S Ansicht vollkommen gleichgültig.

Pat. ist 37 Jahre alt, verheiratet, Waichenwächter und war früher stets gesund. Vor 5 Jahren bemerkte er, dass an seinen beiden Sohlen, angeblich

ohne jede Ursache, Hautverhärtungen und unter denselben bald Geschwüre auftraten, die nach einigen Monaten bei Ruhe des Fusses unter Jodoformverband heilten; vor 3 Jahren erneuerten sich die Geschwüre und bestehen seitdem fort; gebrauchte er seine Füße längere Zeit hindurch nicht, so begannen die Geschwüre zu heilen und heilten auch ganz; wie er jedoch wieder zu gehen anfing, erneuerten sie sich; Schmerzen hatte er nie.

Bei der am 16. Jänner erfolgten Aufnahme zeigt sich die Haut der Sohle, entsprechend den Metatarso-Phalangealgelenken bedeutend verdickt, tylotisch, und weist an 5 Stellen Geschwüre auf. Die beiden grössten und tiefsten Geschwüre, von der Grösse einer Krone sind 1—15 cm. tief, sitzen ober dem Metatarso-Phalangealgelenke der rechten grossen Zehe, und oberhalb desselben Gelenkes der linken mittleren Zehe; zu beiden Seiten der letzteren, oberhalb des Metatarso-Phalangealgelenkes der grossen und der dritten Zehe sitzt je ein kleineres Geschwür, von der Grösse eines Fünfheller-Stückes, an der Sohle des rechten Fusses oberhalb des mehrfach genannten Gelenkes der kleinen Zehe noch ein ähnliches Geschwür. Während des mehrwöchentlichen Aufenthaltes in der Klinik hat sich der Grund der Geschwüre schon bedeutend ausgefüllt, doch zeigen die bei der Aufnahme des Kranken in die Klinik gemachten stereoskopischen Photographien, wie tief damals die Geschwüre gingen. — Bei dem Pat. der im übrigen ganz gesund ist, lassen sich keinerlei Symptome der Tabes oder einer sonstigen Erkrankung des Rückenmarkes nachweisen. Die Untersuchung des Augenhintergrundes ergab absolut nichts normalwiedriges. Nur entsprechend der grossen und kleinen Zehe des linken Fusses lässt sich eine Herabsetzung der Hautempfindlichkeit bestimmt nachweisen, ja selbst eine Empfindungslosigkeit gegen gröbere Berührung. Hervorzuheben ist, dass die Zehen an beiden Füßen, besonders am rechten, ziemliche Difformitäten zeigen; diese sollen angeblich vom Tragen von sehr engen Stiefeln vor 7 Jahren herrühren. Die Behandlung besteht in Ruhe, Sublimat-Fussbädern, Bedecken der verdickten Stellen mit Salicylpflaster, Aetzen der Geschwüre mit Lapisstift und Bedecken derselben mit Lapis-Perubalsamsalbe.

2. Dr. Nikolaus JANCÓ: „Beiträge zur diagnostischen Bedeutung der Lumbalpunktion“ (S. Revue Seite 4—15).

III. Fachsitzung am 15. März 1902.

1. Dr. Emerich HEVESI: „Unblutig geheilter Fall einer Luxatio coxae congenita“.

2. Prof. Dr. Koloman BUDAY demonstriert die pathologisch-anatomischen Präparate eines *Aneurysma embolicum infectiosum* infolge Endocarditis ulcerosa.

Bei der 33 Jahre alten, blassen Kranken nahm Prof. PURJESZ auf Grund der klinischen Symptome eine Endocarditis ulcerosa und eine Gehirnembolie an. Bei der Section wurde an den Klappen der Aorta thatsächlich eine Endocarditis ulcerosa gefunden; alle drei halbmondförmigen Klappen sind durchbrochen, die Ränder der Öffnungen durch körnige, oder polypartige Auflage-

rungen eingenommen, ausserdem sind an den Klappen durch eine ältere Endocarditis hervorgerufene Schrumpfung und Verdickungen vorhanden. Die rechtsseitige Arter. fossae Sylvii ist in der Länge von 1 cm. durch einen Embolus verstopft und ein wenig erweitert, ihre Wandung ist theils injicirt, theils eitrig infiltrirt. Der rechtsseitige Nucl. lentif. und Corp. striatum sind nicht nur erweicht, sondern überdies mit einem grüngelblichen Eiter infiltrirt; es musste also bereits hier angenommen werden, dass gleichzeitig mit der Embolie, sowohl die Gefässwandung, als auch die erweichte Gehirnparthie eine eitrig-Entzündung erlitt, dass also der Embolus eitererregende Mikroorganismen enthielt.

Nachdem die rechte untere Extremität der linken gegenüber oedematös geschwellt erschien, wurden auch die grossen Gefässe des Oberschenkels herauspräparirt und fanden sich in der rechten Arter. femoralis ähnliche Verhältnisse, wie in der Art. foss. Sylvii vor, nur in noch mehr ausgesprochener Form. Die Art. fem. ist nämlich am Ursprunge der Art. prof. fem. spindelförmig erweitert und durch einen Embolus verstopft. Die Länge der Erweiterung beträgt ca. 15 mm., ihre Breite 12 mm., während oberhalb der Erweiterung der Durchmesser der Art. femor. nur 5 mm. ist. Die Erweiterung setzt sich in einer Ausdehnung von 1 cm. auch auf die Arter prof. femor. fort; nach vorne ist sie stark vorgewölbt, die hintere Wand ist platt. Die vordere Wand ist eitrig infiltrirt, die hintere dagegen grösstentheils unverändert. Die eitrig-Infiltation erstreckt sich theilweise auch auf das, das Gefäss umgebende Bindegewebe. Es ist also zweifellos, dass hier unmittelbar an der Stelle der Abzweigung des Gefässes ebenfalls ein, eitererregende Mikroorganismen enthaltender Embolus stecken blieb, der zur schichtenweise eitrigen Infiltration der Gefässwand und zur Erweiterung derselben führte. Diese Form des Aneurysma, welches sich zumeist an die Endocarditis ulcerosa anschliesst und durch Ablösen von Thrombusen von den erkrankten Herzklappen hervorgerufen wird, beschrieb EPPINGER als Erster. Vortragender theilte einen ähnlichen Fall im Jahrgange 1888 des „Orvosi Hetilap“ mit.

3. Vortrag des Assistenten an der dermatologischen Klinik Dr. Franz PARÁDI: „Ueber die Behandlung der Uterusgonorrhoe bei Prostituirten“. (Erschienen im Jahrg. 1902 des „Orvosi Hetilap“ No 27 u. f.).

Im Laufe des Vorjahres wurde Vortragender durch Prof. MARSCHALKÓ mit der Zusammenstellung der Erfolge, der an der Klinik an Uterusgonorrhoe vom Jahre 1897—1900 Behandelten betraut. Das Sammeln der klinischen Daten versprach auch deshalb von Interesse zu sein, nachdem ein grosser Theil derselben, die Wirkung eines neuen Mittels augenscheinlich macht. Dieses Mittel ist das *Natriumlygosinat*, das uns von seinem Darsteller dem Professor der Chemie an unserer Universität Dr. Rudolf FABINYI, zum Versuche empfohlen wurde, nachdem sich dasselbe, laut Untersuchungen des Adjuncten Dr. JAKABHÁZY als von bedeutender bactericider Wirkung erwiesen hatte. Die Versuche wurden mit der wässrigen Lösung des Natriumlygosinatum angestellt, zuerst in einer 0.5—1%igen, später in einer 5%igen Lösung.

Bei der Behandlung der Uterusgonorrhoe legen wir das Hauptgewicht

auf die locale Behandlung. Das expectative Verfahren, als entsprechende Lagerung, Umschläge, Eisbeutel ohne locale Behandlung, nehmen wir nur in acuten Fällen und bei Schmerzhaftigkeit der Adnexe in Anspruch. Bei der localen Behandlung verwenden wir die BRAUN'sche Spritze in ihrer neueren Form mit einem Inhalte von 1 cm³ und mit aufschraubbarer silberner Canule. Mit dieser machen wir nicht so sehr eine Einspritzung, als vielmehr eine Einträufelung und lassen dann durch Zurückziehen der Canule die eingeträufelte Flüssigkeit und den Eiter abfließen. Auf diese Weise, können jene unangenehmen Complicationen vermieden werden, die Viele von dem Gebrauche der BRAUN'schen Spritze abhalten.

Nachdem wir kein derartig vollkommenes Verfahren kennen, mittelst welchem man die cervicale und uterine Gonorrhoe voneinander unterscheiden könnte, so führen wir in jedem Falle intrauterine Behandlung aus. Der Beginn der Behandlung geht eine gynäkologische Untersuchung voraus, berufen zu entscheiden, ob der Zustand der Adnexe eine uterine Behandlung zulässt. Vor dem Einführen der Canule wird diese ober einer Flamme sterilisirt, der Scheidentheil mit Alkohol und Sublimat gesäubert. Die Canule muss behutsam eingeführt werden, damit die Schleimhaut nicht verletzt wird. Die Einspritzungen werden wöchentlich zweimal vorgenommen.

Die Diagnose der Gonorrhoe und die Heilung derselben wird auf Grund des mikroskopischen Befundes bestimmt. Finden wir bei einem auf Gonorrhoe verdächtigen Ausfluss trotz sorgfältiger Untersuchung keine Gonococcen, so ist die Entscheidung nur durch die Untersuchung nach Einspritzen eines irritirenden Mittels möglich. Zu diesem provocirenden Verfahren hat sich die 5% Natriumlygosinatlösung als sehr zweckmässig erwiesen.

Bevor wir die klinischen Resultate mittheilen, soll kurz jener bakteriologischer Untersuchungen Erwähnung geschehen, die wir zur Klarstellung der gonococcentödtenden Wirkung des Natriumlygosinats an Gonococcen-Culturen ausführten. Zur Cultur benützten wir den nach der Vorschrift KIEFER's hergestellten Blutserumagar-Nährboden. Die Versuche wurden nach den von SCHEFFER verlangten Regeln durchgeführt. Es wurden Parallelexperimente mit Argentamin gemacht, damit die Möglichkeit vorhanden sei, die baktericide Wirkung des Natriumlygosinat's, mit der Wirkung eines bekannt stark wirkenden Mittels zu vergleichen. Das Resultat zeigte, dass während das Argentamin in einer Verdünnung von 1 : 2000 bereits nach 2 Minut. die Gonococcen-Culturen zerstört hatte, die gleiche Wirkung durch das Natriumlygosinat nur bei einer Lösung von 1 : 1500 entfaltet wurde. Eine Lösung des Natriumlygosinats 1 : 2000 tödtete die Gonococcen Culturen erst nach einer Einwirkung von 10' ab. Die klinischen Daten werden es jedoch nachweisen, dass, obgleich dem Natriumlygosinat eine geringere gonococcentödtende Wirkung zukommt, als dem Argentamin, die erreichten Erfolge dennoch sehr günstige sind. Dies lässt sich dadurch erklären, dass das Natriumlygosinat in stärkerer Concentration angewendet wurde.

Vom Jahre 1897—1900 wurden 244 Patienten intrauterin behandelt; mit Natriumlygosinat: 107; es heilten: 104; ungeheilt blieben: 3; Argentamin:

105, Heilung: 101, ungeheilt: 4; Protargol, Jodtinctur u. s. w.: 9, Heilung: 9, Erst Protargol, dann Argentamin: 1, Heilung: 1; Erst Argentamin, dann Protargol: 1, ungeheilt: 1; Erst Argentamin, dann Natriumlygosinat: 5, Heilung: 5; erst Natriumlygosinat, dann Argentamin: 7, Heilung: 5, ungeheilt: 2; erst Argent. colloid., dann Natriumlygosin.: 2, Heilung: 2; erst Natr. lyg., dann Protargol: 6, Heilung: 4, ungeheilt: 2; erst Natr. lyg., dann Arg. colloid: 1, Heilung: 1. Zusammen 214 Behandelte; Heilung: 232 (95%), nicht geheilt: 12 (4.9%).

Die geringste Heilungsdauer betrug 12 Tage, die längste 115. Innerhalb 20 Tagen heilten 20% der Fälle, innerhalb 50 Tagen konnte bei ungefähr 65—80% der Fälle die Heilung nachgewiesen werden.

Die Zahl der Einspritzungen schwankte zwischen drei und fünfzehn. Nach drei bis zwölf Einspritzungen heilten unter 104 mit Natriumlygosinat Behandelten 84, unter 101, mit Argentamin Behandelten 81.

Von den ausschliesslich mit Natriumlygosinat und Argentamin behandelten Kranken verliessen 205 die Anstalt geheilt. Von diesen kamen 69 wieder zurück; darunter 31 solcher, die mit Argentamin behandelt worden waren. Bei 15 derselben konnte weder bei der Aufnahme, noch während ihres längeren Aufenthaltes an der Klinik, selbst nach den provocirenden Einspritzungen keine Uterusgonorrhoe nachgewiesen werden. Von den mit Natriumlygosinat Behandelten kamen 38 wieder zurück; unter diesen 24 ohne Gonorrhoe. Unter den 69 zurückgekehrten Kranken waren 38 frei von Gonorrhoe = 55%; so dass der minimale Percentsatz von Heilungen durch Argentamin und Natr. lygosin. mit 55% angenommen werden kann. Für das Argentamin kann diese Zahl mit 48.38%, für das Natriumlygosin. mit 63.15% fixirt werden. Auf Grund dieser Erfahrungen können wir behaupten, dass die Uterusgonorrhoe auf die beschriebene Weise behandelt, in der grossen Zahl der Fälle endgiltig heilt.

Wenn wir die Uterushöhle nicht als ein „noli me tangere“ ansehen, sondern bei gegebener Gelegenheit mit gehöriger Vorsicht eine intrauterine Behandlung einleiten, so können wir darauf rechnen, dass das Dogma der Unheilbarkeit von Uterusgonorrhoe allmählig zu nichte wird. Hierzu haben wir im *Natriumlygosinat* ein sehr verwerthbares Mittel erhalten. Es besitzt so gute Eigenschaften, welche ihm selbst unter den anerkannten antigonorrhoeischen Mitteln einen vornehmen Platz sichern. Nebst seiner nennenswerthen gonococcustödtenden Eigenschaft, verursacht es in den Geweben kaum irgend eine Reaction und heilt den gonorrhoeischen Ausfluss in der Überzahl der Fälle.

IV. Fachsitzung am 22. März 1902.

1. Dr. Ludwig Görn demonstriert die Knochen einer in Utero abgefaulten und an der geburtshilflichen Klinik künstlich enternten Frucht und theilt über den Fall nachstehendes mit.

Am Morgen des vorigen Tages wurde die 29 Jahre alte, verhehlchte G. B. die mit 14 Jahren das erstemal menstruirte, an die Klinik gebracht.

Die Menstruation wiederholte sich vierwöchentlich und dauerte immer 7—8 Tage. Verheirathet ist sie seit 13. Jahren. V. P. Die letzte Geburt vor 4 Jahren, zur Zeit, normal; Wochenbetten mit 8 tägigem Liegen normal. Die VI. Gravidität rechnet sie vom Mai 1901. Die erste Bewegung verspürte sie am 14. September. Während der ganzen Gravidität fühlte sie sich wohl. Vor drei Monaten, also beiläufig in der 34. Woche, wurde sie von einem Kalb am Bauche geschlagen, damals lag sie 3 Tage zu Bette, fühlte sich jedoch nicht besonders unwohl, stand nach 3 Tagen auf und kam weitere 6 Wochen hindurch ihrer Arbeit nach. Zu dieser Zeit stellten sich Schmerzen ein, die ihrer Meinung nach den Character der Wehen hatten. Dieselben wurden nach einigen Tagen immer seltener, hörten dann ganz auf und machten einem ständigen, dumpfen Schmerze im Unterleib Platz. Während der ganzen Zeit ging von ihr nichts ab, Fieber hatte sie weder damals noch später, Bewegungen fühlte sie aber seither nicht mehr. Vor 5 Wochen stellte sich eine angeblich normale 8 Tage währende Menstruation ein, die in einen auch jetzt anhaltenden blutigen Ausfluss übergieng. Vor ca. 6 Tagen stellten sich stärkere, krampfartige Schmerzen ein und vor 4 Tagen entfernte der Arzt gelegentlich der Untersuchung, die von ihr an die Klinik gebrachten, der oberen Extremität entsprechenden Knochen. Diese Daten lenkten die Diagnose gegen eine ektopische Gravidität; die Untersuchung ergab jedoch einen ganz anderen Aufschluss.

Nach Entfernung des vor der Herreise applicirten, prallen, kaum blutigen, doch etwas missriechenden Tampons, wurde der folgende Status constatirt: P. vag. 0.5 cm. Muttermund 2 Querfinger, weich, lappig; innerer Muttermund kaum 1 cm.; schmutzig, trüber Ausfluss. Corpus uteri weichwandig, einem lappigen Sacke ähnlich, der den Nabel nicht ganz erreicht. Der untersuchende Finger tastet durch den inneren Muttermund hindurch kleine, scheinbar bewegliche Knochenende. Auf Grund dieses Befundes unterlag es keinem Zweifel, dass wir es mit einer *Gravidität* zu thun haben, ferner *dass die Frucht in der Gebärmutterhöhle enthalten sei*, desgleichen dass die Frucht abgefault und die eizernen Theile derselben im Begriffe sind sich von einander zu trennen. Eben deshalb nahm Professor Szabó noch am selben Vormittag die Ausräumung der Uterushöhle in Chloroformnarkose vor. Der Vorgang bestand nach vorausgeschickten desinficirenden Ausspülungen in allmählicher Erweiterung des Muttermundes, bis derselbe zwei Fingern durchgängig war. Sodann wurden mit einer starken Polypenzange unter Führung des Fingers, die Knochen und die verfaulten Weichtheile ergriffen und in Stücken, wie bei einer Evisceration entfernt. Die Placenta, beziehungsweise die Insertionsstelle derselben konnte nicht unterschieden werden, weshalb wegen der eingetretenen starken Blutung die pralle Tamponade der Gebärmutterhöhle und Scheide nöthig wurde. Die der Tamponade vorausgegangene Untersuchung zeigte die Wandungen der schlaffen Gebärmutter von unebener Oberfläche. Die vordere Wand des Uterus ist in der Gegend des Muttermundes auseinandergelangen und hier hatte die verfaulte Frucht zum grössten Theil Platz genommen.

Auf die Frage, wie der beschriebene Zustand entstanden sein konnte, müssen wir entweder annehmen, dass sich Wehen überhaupt nicht eingestellt

hatten, oder dass sie zwar auftraten, jedoch bald wieder aufhörten, wir es also mit einem Falle von „mised labour“ zu thun haben.

Zu dieser Annahme weisen uns hauptsächlich die anamnesticen Daten hin und können wir besonders daran denken, dass das Aufhören der Wehen, durch die erwähnte Ruptur der vorderen Uteruswand bedingt wurde. Für die erstere Annahme sprechen besonders die Maasse der Frucht, die dem VII. Monate entsprechen; so ist die Länge des Humerus 4·0, der Ulna 4·0 des Radius 3·5, des Femur 4·4 cm. Es lässt sich also denken, dass das Absterben der Frucht aus irgend einem Grunde im VII. Monate erfolgte, ohne dass die Geburt begonnen hätte. Es ist ja bekannt, dass mitunter die abgestorbene Frucht bis zum normalen Schluss der Gravidität ausgetragen wird. Inzwischen wurde aber die Gebärmutterhöhle inficirt und die Infection mag den Beginn der Thätigkeit des Uterus verhindert haben. Eine werthvolle Directive wäre diesbezüglich der Zeitpunkt des Berstens der Blase.

Der Umstand, dass die Maasse dem VII. Monat entsprechen würde an und für sich die Möglichkeit einer „mised labour“ nicht ausschliessen. Sobald jedoch die Entwicklung der Frucht dem VII. Monate entspricht, können wir es als sicher annehmen, dass eine derartige Geburtsthätigkeit, die ein Bersten der Uteruswand hervorbringen konnte, das Entwickeln der Frucht selbst bei Kreuzlage derselben, früher zustande gebracht hätte.

Der Fall wird daher am besten so erklärt, dass das Trauma, wenn es auch keine schwereren subjectiven Erscheinungen veranlasste, ein Bersten der vorderen Uteruswand zur Folge hatte, was das Einsetzen der Geburtsthätigkeit verhinderte, dass wir es also mit einem Uebertragen der Gravidität und nicht mit einer „mised labour“ zu thun haben. Die Zeit und Art der Infection konnte a posteriori nicht bestimmt werden; die Erweiterung des Muttermundes kann eventuel aus der durch die Fäulniss hervorgerufene Spannung erklärt werden.

2. Prof. Dr. Sigmund PURJESZ: „*Untersuchungen über die Malaria.*“ (S. „Orvosi Hetilap“ 1902, No 16 und 17.)

3. Adjunct Dr. Sigmund JAKABRÁZY: „*Vergleichende Untersuchungen des chinesischen und europäischen Rheums.*“ (S. Revue Seite 16—23; auch Zeitschrift d. Allg. öst. Apotheker V. 1902 No. 19, 20.)

An der diesem Vortrage folgenden Discussion betheiligen sich Prof. Dr. Aladár RICHTER, Prof. Dr. Dionysius SZABÓ und der Vortragende.

V. Fachsitzung am 19. April 1902.

1. Demonstrationen des Prof. Dr. Kolomann BUDAY:

a) *Ein Fall von Nekrose des Fettgewebes.* Bei einer 20 Jahre alten Frau traten plötzlich die Erscheinungen eines inneren Darmverschlusses auf, weshalb bei derselben an der chirurgischen Klinik die Laparatomie gemacht wurde. Bei der Operation stellte es sich heraus, dass die Symptome der Occlusion durch eine Bauchfellentzündung veranlasst wurden.

Bei der Section findet man in dem um den Pancreas und hinter dem Bauchfell gelegenen Fettgewebe, ferner im Dünndarmgekröse, im Mesocolon

und in der rechten Niere; zahlreiche theils kleine, theils ausgebreitete, weisse nekrotische Stellen, mit ausgedehnten Blutungen, hauptsächlich um den Pankreas herum und in der Nierenkapsel. Von diesen nekrotischen blutenden Partien ging die, die directe Ursache des Todes abgebende Bauchfellentzündung aus. Der Vortragende macht darauf aufmerksam, dass die Nekrose des Fettgewebes des Bauchfells häufig unter dem Bilde des plötzlich entstandenen inneren Darmverschlusses auftritt.

b) *Schwere Nierenentzündung nach einem spontan geheilten inneren Darmverschluss.* Das 6 Jahre alte Mädchen wurde an der internen Klinik mit den Erscheinungen eines inneren Darmverschlusses aufgenommen, die einige Tage hindurch anhielten und dann langsam vollständig verschwanden; einige Wochen später, während es noch in der Klinik verweilte entwickelte sich bei ihr eine haemorrhagische Nierenentzündung, die zum Tode führte. Bei der Section konnten an der untersten Hüften-Darmschlinge noch die Spuren der Zusammendrückung nachgewiesen werden, und war in der Nähe dieser Darmschlinge im Gekröse ein rundes Loch vorhanden, so dass der innere Darmverschluss augenscheinlich derart zustande kam, dass die Darmschlinge in dieses Loch gezwängt wurde. Die Niere zeigte die anatomischen und histologischen Eigenheiten der Nephritis parenchymatosa haemorrhagica und hält es Vortragender für nicht unmöglich, dass der längeranhaltende Darmverschluss, beziehungsweise, die hierdurch bedingten anomalen Zersetzungen des Darminhaltes die Nierenentzündung veranlassten.

In der Discussion hält Dr. JANCÓ die Nierenentzündung ebenfalls autointoxicativen Ursprunges und theilt Näheres über den klinischen Verlauf des Falles mit, namentlich über jene Erscheinungen, auf Grund derer, bei der Kranken Intussusception angenommen werden musste.

Prof. PURJESZ findet den Fall auch deshalb für lehrreich, da die Nephritis in demselben von ihrem ersten Beginn an beobachtet werden konnte. Die allerersten Erscheinungen der Nierenerkrankung waren derartige, dass aus diesen Anfangs eher auf Nierensteine hätte geschlossen werden können.

2. Assistent Dr. MOZES HEGYI: „*Mikroskopischer Unterschied zwischen Menschenknochen und Thierknochen.* Prof. KENYERES erwähnte wiederholt es sollten Untersuchungen angestellt werden, ob zwischen den Knochen von Menschen und von Thieren irgend ein Unterschied besteht.

Die Leiche von ermordeten, an abseits liegenden Orten verborgenen, doch nicht begrabenen Individuen, von ausgesetzten und verstorbenen Kindern, die lange nicht zum Vorschein kommt, kann infolge Fäulniss, durch Raubthiere und aus vielen anderen Ursachen in einen derartigen Zustand gelangen, dass nur ein einzelner Knochen, oder ein des Gelenksendes mangelndes Knochenstück zurückbleibt; in der Asche abgebrannter Häuser, Gehöfte können sich halberbrannte Knochen und Knochenstücke vorfinden bezüglich derer die Frage richterlicherseits aufgeworfen werden kann, ob sie menschliche Knochen sind.

In der Literatur des Knochens fand ich keinerlei Anhaltspunkte zur Beantwortung dieser Frage. Die vergleichende Histologie giebt die histologische

Structur der Knochen als gleich an. Ich begann daher in erster Reihe mit der makroskopischen Vergleichung der gleichen Knochen vom Menschen und Thiere herrührend und kam zu dem Schlusse, dass ein unveränderter Menschenknochen, von dem gleichen Thierknochen mit freiem Auge unschwer unterschieden werden kann; soll jedoch bei einem Knochenstücke ohne Gelenksende der Schluss auf die Provenienz desselben gezogen werden, so ist das Zurechtfinden schon umständlicher und selbst der Anatome und Zoologe vom Fach ist nicht imstande eine sichere Entscheidung zu fällen, ob es sich um ein menschliches oder thierisches Knochenstück handelt.

Dann forschte ich nach den physikalischen und chemischen Eigenschaften der Knochen, doch ging ich bald zum mikroskopischen Vergleiche und zur Entscheidung der Frage über, ob man durch die mikroskopische Untersuchung von einem seiner Gelenksenden beraubten Knochenstücke bestimmt sagen kann ob es vom Menschen oder Thiere stammt.

Zuerst wurde der Querschliff vom Schenkelknochen eines Säuglings mit dem gleichnamigen, gleichdicken Knochen eines Kanninchens verglichen. Trotz des bedeutenden Unterschiedes in dem mikroskopischen Bilde dieser beiden, legte ich diesem Umstande keine besondere Wichtigkeit bei und erklärte mir den Unterschied aus der loseren Structur des Säuglingknochens.

Bei Untersuchung von Querschliffen der Knochen der Extremitäten Erwachsener fand ich, dass das mikroskopische Bild des dicksten Oberschenkelknochens gerade dasselbe ist, wie jenes des dünnsten Fingerknochens, dass trotz des bedeutenden Unterschiedes in der Grösse der Knochen die Havers'schen Kanälchen gleich sind. Nunmehr wurden die vergleichenden Untersuchungen mit Bezug auf die H.-schen Kanälchen fortgesetzt und fand ich:

1. Im mikroskopischen Bilde des Querschliffes von menschlichen Extremitätenknochen fallen zumeist runde und wenig ovale H.'sche Kanälchen auf. Selten zeigen sich 1—2 längliche Kanälchen von kurzem Verlaufe. Die Durchschnittszahl der runden und ovalen Kanälchen beträgt per Gesichtsfeld 18.

2. Beim Hunde sind per Gesichtsfeld durchschnittlich 50 runde und ovale Havers sichtbar, die dicht gedrängt aneinander stehen und nahezu gleich gross sind. In gesondertem Gesichtsfelde sieht man im Durchschnitte 6, mit einander nahezu parallel verlaufende, kreisförmig angeordnete längliche Kanäle.

3. Beim Schweine per G. F. durchschnittlich 47 runde und ovale Havers; im gesonderten G. F. durchschnittlich 16 Längskanäle.

4. Beim Schafe per G. F. durchschnittlich 60 runde u. ovale Havers und ausserdem 15 längsverlaufende Havers,

5. Beim Rind per G. F. durchschnittlich 70 runde und ovale, dicht aneinander stehende Havers und ausserdem in gesondertem G. F. 12 längsverlaufende Havers durchschnittlich.

Ausserdem wurden die Knochen des Feldhasen und Kanninchens, des Reh's, Hirsches und der Katze untersucht, dieselben ergeben so ziemlich die obigen Verhältnisse. Von diesen Bildern wurden Mikrophotographien angefertigt.

Auf Anrathen des Prof. ARTHUR werden mit Mikrometer Messungen gemacht, die seinerzeit mitgetheilt werden sollen.

Die Ergebnisse meiner Untersuchung die ich als vorläufige Mittheilung veröffentliche, weisen darauf hin, dass der Querschliff der Extremitätenknochen erwachsener Menschen, von dem Querschliff der Extremitätenknochen der oben erwähnten Thiere leicht zu unterscheiden ist *da die im Querschliffe der Extremitätenknochen des Menschen sichtbaren, runden und ovalen Hawers-schen Kanälchen durchschnittlich dreimal so gross und im Durchschnitte in einer um ein Drittel geringeren Zahl per Gesichtsfeld vorhanden sind.*

Ein weiterer Unterschied ist der, dass in den Querschliffen von Thierknochen durchschnittlich 10—15 aneinander liegende, der Peripherie des Knochens parallel angeordnete längsverlaufende Hawers vorhanden sind, deren Anwesenheit ohne Weiteres die thierische Herkunft des Knochens beweist.

Vortragender entwickelt weiters das Programm, nach welchem er die weiteren Untersuchungen vornimmt und vornehmen will.

Prof. KENYERES erwähnt, dass ihn hauptsächlich die bedeutende Widerstandsfähigkeit der Thierknochen gegen Belastung zum Untersuchen der Unterschiede veranlassten, hebt die Wichtigkeit der erörterten Frage vom gerichtlichen Standpunkte besonders hervor, hält jedoch eine weitere Fortsetzung der Untersuchungen für dringend geboten.

3. Vortrag des Praktikanten am physiolog. Institut. Eugen FRÖHLICH: „*Beiträge zur Kenntniss der Menge und des spezifischen Gewichtes des Harn's.*“ (S. Revue Seite 24—32.)

VI. Fachsitzung am 10. Mai 1902.

1. Prof. Dr. BRANDT stellt zwei operirte Fälle vor:

a) Einen *linksseitigen Inguinalbruch* dessen Inhalt durch den Blinddarm gebildet wurde. Unter seinen mehr als 2000 Bruchoperationen, beobachtete er zusammen nur 20 Blinddarmhernien, an der linken Seite fand er dieselbe nur einmal.

b) Eine *Ektopia vesicae*. Bei dem Kranken machte er verschiedene Operationen; zweimal Transplantation aus der Haut des Bauches, dann eine Osteotomie an dem Schambogen, dies alles führte jedoch zu keinerlei Erfolg. Heilung erzielte die Einsetzung der Ureteren in das S. romanum. Gegenwärtig wird der Harn in je 4 Stunden entleert. Seit der Operation sind 1½ Jahre vergangen. Complicationen von Seite der Nieren stellten sich nicht ein.

2. Vortrag des Prof. Dr. Blasius KENYERES: „*Im Auslande gewonnene Erfahrungen.*“ (Erscheint im nächsten Hefte des Értesítő.)

VII. Fachsitzung am 7. Juni 1902.

Vorsitzender: Prof. Dr. Josef LÖTE.

Schriftführer: Dr. Daniel KONRÁDI.

1. Dr. Eugen PATAKI stellt eine 25 Jahre alte Frau mit *Uterus didelphys* vor. Die linke Scheide ist enger, Portion rudimentär, Uteruskörper klei-

ner, als normalmässig. Die rechte Scheide ist weiter, Portion und Uteruskörper von normaler Grösse. Im rechten Uterus erfolgte Conception und im 6 Monate der Gravidität, Frühgeburt. Die Frau wusste bis jetzt nichts von ihrer Vagina duplex, obgleich sie als Puella publica wiederholt untersucht wurde und mit Fluor albus in mehreren Krankenhäusern lag.

Prof. BRANDT erwähnt in der *Discussion* er habe vor ca 15 Jahren einen gleichen Fall an seiner Klinik gehabt, doch war bei diesem Gravidität und Geburt von normalen Verlauf.

2. Assistent an der dermatologischen Klinik Dr. Franz PARÁDI stellt den an *Malum perforans pedis* leidenden Patienten vor, den Prof. MARSCHALKÓ im Februar demonstriert hatte und berichtet kurz über den Krankheitsverlauf. Die Geschwüre heilten bei localer Behandlung zwar langsam, verschlimmerten sich jedoch beim Aussetzen derselben und beim Gehen auffällig. An den Rändern nahm die Unterminierung zu, ja es konnte ein geringes Weitergreifen nachgewiesen werden. Um die Geschwüre zeigte sich starke Hyperkeratose. Schmerzen waren weder spontan, noch beim Sondiren vorhanden. Die hochgradige Empfindungslosigkeit am Geschwüre selbst und in der Umgebung zeigte sich besonders augenfällig, als gelegentlich der Auskratzung und Kauterisirung der Geschwüre Patient nichts, oder kaum etwas spürte. Bis zum heutigen Tage konnte beim Patienten weder Ataxie, noch das ROMBERG'sche Symptom beobachtet werden. Pupille reagirt auf Licht etwas träge, auf Convergenz und Accomodation normal. Papille und Augenhintergrund unverändert. Harn zeigt keinerlei Abweichung. Nachdem die Geschwüre sich auf Auskratzen nicht besserten und da ferners gefunden wurde, dass der unter ihnen liegende Knochen auch erkrankt ist, ja dass mit dem Gelenke offene Communication besteht, wurden am 16. Mai die Geschwüre sammt den unter diesen befindlichen Weichtheilen und Knochen in Narkose excidirt. Am rechten Fusse wurde die I. Zehe sammt Mittelfussknochen, am linken die II. Zehe sammt Mittelfussknochen entfernt, die Wundränder mit Nähte vereinigt. Die Heilungstendenz war eine ausserordentlich geringe.

3. Prof. Dr. Josef LÖTE spricht über: „*Methodologische Beiträge zur Bestimmung des Empfänglichkeitsgrades des thierischen Organismus, gegen Bakterienwirkung.*“ (S. Revue Seite 43—44.)

4. Vortrag des Dr. Nikolaus JANCÓS und Dr. Desiderius VESZPRÉMI: „*Ueber die Weiterentwicklung der Malariaparasiten in den Anopheles.*“ Demonstration mit projectirten Bildern. Erscheint im nächsten Heft des Értésítő.)

VIII. Fachsitzung am 14. Juni 1902.

1. Dr. Gerhardt RUDAS verliest seine Arbeit unter dem Titel: „*Bemerkungen zur Histologie des Zahnemails*“ (S. Revue Seite 41—42.)

2. Dr. Béla REINOLD hält einen Vortrag unter dem Titel: „*Ueber das Benzoylisiren des normalen menschlichen Harns.*“ (S. Orvosi Hetilap Jahrg. 1902.) Die Untersuchungen hatten die Aufgabe klarzustellen, inwieferne es möglich sei, durch die SCHOTTEN-BAUMANN'sche Benzoylisirung, im Wege der

Gewichtbestimmung des aus dem normalen menschlichen Harn gewonnenen Benzoatniederschlages, zur Kenntniss der Gesamtmenge der im Harn enthaltenen Kohlehydrate zu gelangen. Es wurden die für die Benzoylisirung günstigsten Bedingungen festgestellt. Durch die Bestimmung, der, nach Furfurol entwickelnden und phosphorwolframsauerer Behandlung zurückbleibenden Reductionsfähigkeit des nicht benzoylisirten und des benzoylisirten Harns, wurde nachgewiesen, dass 50–80% der mit Phosphorwolframsäure nicht niederschlagbaren reducirenden Substanzen des normalen Harns, in Form von Benzoylester niederschlagbar sind, und 27–57% seiner Furfurol entwickelnden Substanzen. Zwischen der Furfurol entwickelnden Fähigkeit des Harns, beziehungsweise der Traubenzucker-Einheitswerthe der nach der phosphorwolframsauren Behandlung zurückbleibenden Reductionsfähigkeit desselben und dem Gewichte des aus dem Harn auf verschiedene Weise gewonnenen Benzoatniederschlages wurden keine ständigen Verhältnisse gefunden. Ebenso wenig zwischen der Menge des dem Harn zugesetzten 0.1–0.2% Traubenzuckers und des dieser Traubenzuckermenge entsprechenden Benzoatüberschusses. Aus den Ergebnissen der Untersuchungen folgert Vortragender, dass von der SCHOTTEN-BAUMANN'schen Benzoylisirung, bezüglich der quantitativen Bestimmung der gesammten Kohlehydrate des normalen Harns, bei der jetzigen Form dieses Verfahrens zufriedenstellende Erfolge nicht zu erwarten sind.

Discussion. Professor Dr. UDRÁNSZKY bemerkt, dass wir über die vom Vortragenden, bei Angabe der Zusammensetzung des Benzoatniederschlages, als „Verunreinigung“ bezeichneten „N“-haltigen Verbindungen noch nicht berechtigt sind ein derartiges Urtheil zu fällen, da wir es noch nicht wissen, ob diese thatsächlich den Benzoatniederschlag einfach verunreinigen, oder ob sie einen wesentlichen Bestandtheil desselben bilden.

