

Protocolle

der ärztlichen Fachsitzungen der ärztlich-naturwissenschaftlichen Section des Siebenbürgischen Museum-Vereines.

Vorsitzender: Prof. Dr. JOSEF LÖTE.

Schriftführer: Dr. DANIEL KONRÁDI.

IX. Fachsitzung am 31. Oktober 1902.

1. Dr. Desiderius MALOM stellt eine an der geburtshilflichen Klinik zur Welt gebrachten Missgeburt vor.

Die Geburt erfolgte bei I. Schädelhaltung auf normale Weise. Der kurzen Austreibungsperiode und dem breiten Becken ist es zu verdanken, dass der Kopf des Neugeborenen während der Geburt keinerlei Gestaltsveränderung erlitt. Das Gewicht des weiblichen Neugeborenen war nach der Geburt 3750 grm.; bisher verlor es 250 grm. Körperlänge 53·5 cm. Kopfmaasse: Umfang := 31·3; grosser Querdurchmesser = 8·5, grosser schräger Durchmesser = 14·2; gerader D. = 10·6; kleiner schräger D. = 10·6 cm.

Das Gesicht zeigt keinerlei Veränderung; oberhalb den normal entwickelten Augenbrauenbögen ist die Stirne beiläufig auf einen Querfinger breit normal, an dieser Stelle ist eine querverlaufende tiefe Furche sichtbar, ober welcher die Stirne sich nahezu hahnenkammförmig vorwölbt, steil nach aufwärts zugespitzt läuft und dann nahezu rechtwinkelig in das Schädeldach übergeht. Stirnnaht, Stirnfontanelle und Kranznaht nicht fühlbar. Die von beiden Seiten mässig zusammengedrückte und beträchtlich engere Stirne sitzt gleich einer Geschwulst an der vorderen Seite des Schädels. Die beiden Schenkel der Occipitalnaht, verlaufen nahezu senkrecht nach aufwärts; die ziemlich breite Pfeilnaht wird nach vorne enger und verliert sich an der Stelle der Stirnfontanelle. Der ganze Schädel ist kleiner und kürzer als normaler Weise.

Bezüglich der abnormen Entwicklung der Stirne kennen wir dreierlei Möglichkeiten: a) Die Verdoppelung des Stirnbeines; b) accessorische Knochenbildung, die in den Nähten, oder Fontanellen sitzt; c) als seltensten Fall die Verknöcherung der Stirnfontanelle. Die erste Möglichkeit

schliesst Vortragender in diesem Falle aus. Welche der beiden anderen Möglichkeiten vorhanden sei, oder welche Ursache der beschriebenen Difformität zugrunde liegen möge, könnte nur durch die Section ermittelt werden.

Ebenso ist die Art der Entwicklung des Gehirnes bei dieser Difformität ein fraglicher Punkt. Vortragender glaubt, dass aus der Enge der Stirne auf eine mangelhafte Entwicklung der Stirnlappen geschlossen werden könne.

Bei dem Neugeborenen zeigt ferner der linke Daumen eine Abweichung, in dem sein Mittelhandknochen nicht mit den Handwurzelknochen articulirt ist, sondern frei hängt. Diese Veränderung ist muthmaasslich durch einen amniotischen Strang bedingt, obgleich an den untersuchten Häuten keinerlei Veränderungen nachgewiesen werden konnten.

2. Dr. Georg DEMETER stellt drei Patienten der dermatologischen Klinik vor; dieselben wurden am 14. November des v. J. mit „Favus capillitii“ aufgenommen. Die Fälle sind insoferne von Interesse, da jeder derselben auf andere Weise, mit der Absicht behandelt wurde, um den Erfolg der Therapien mit einander vergleichen zu können. Stellt man nun diese einander gegenüber, so zeigt mit Rücksicht auf die Ausbreitung der Recidive die Behandlung mit Chrysarobin allein das beste Resultat, minder gut ist jenes das durch die combinirte Behandlung mit Roentgenstrahlen und Chrysarobin erzielt wurde und das schlechteste ergab die Behandlung mittelst Roentgenstrahlen allein. Zunächst soll nun die in neuerer Zeit empfohlene Behandlung mit Formalin bei allen drei Kranken versucht werden. Die Scutula werden mit Oel abgeweicht, die behaarte Kopfhaut wird täglich einmal mit einer 5–10%igen wässerigen Formalinlösung gut eingerieben, nach der Einreibung bekommt Patient eine Flanellkappe.

Discussion: Professor MARSCHALKÓ bemerkt es liege ihm ferne aus diesen drei Fällen auf die Wirkungslosigkeit der Roentgenstrahlen bei der Behandlung des Favus schliessen zu wollen; er müsse nur erwähnen, dass in diesem Falle die Roentgenstrahlen, nach Ausfallen der Haare nicht imstande waren, die in der Tiefe der Haarzellen gelegenen Favuspilze zu zerstören.

3. Dr. Ludwig GÖRN stellt einen geheilten Fall einer kompletten *Uterusruptur* vor. An der geburtshilflichen Klinik in Kolozsvár, wurden seit dem 1. Jänner 1893. bis jetzt acht Uterusrupturen beobachtet. Unter diesen waren vier incomplete, bei denen das Bauchfell verschont blieb. Die Behandlung bestand bei diesen in der Entfernung der Frucht auf den natürlichen Wegen und in der Tamponirung des Risses und der Uterushöhle mit Jodoformgaze. Zwei dieser Fälle heilten, zwei verstarben kurze Zeit nach erfolgter Ruptur unter den Zeichen der acuten Anaemie. Ein Fall wurde bereits als Leiche an die Klinik gebracht. Die drei weiteren Fälle hatten die Totalität der Ruptur, ferner den Umstand gemein, dass die Frucht bei allen dreien, zum grössten Theile in die Bauchhöhle gelangte. Bei zweien machte gelegentlich

der vorgenommenen Laparotomie, die ausgedehnte Zerstörung des Uterus, die vollkommene Exstirpation desselben nöthig; beide Operirte verstarben unter den Erscheinungen der septischen Peritonitis 22, beziehungsweise 50 Stunden nach der Operation. Der dritte Fall ist die hier vorgestellte Patientin. Diese ist 35 Jahre alt und wurde am 26. August l. J. um 4 Uhr Morgens mittelst Wagens mit der Meldung an die geburtshilfliche Klinik gebracht, dass sie seit 25-ten Früh 8 Uhr Geburtswehen habe. Den Beginn ihrer gegenwärtigen VII-ten Gravidität vermag sie nicht zu bestimmen. Die ersten Fruchtbewegungen verspürte sie Anfangs März. Patientin ist genügend gut entwickelt; Temperatur 37.4°; Puls 102. Äussere Schamtheile normal, mittelweit, Scheidentheil 0.5 cm., Muttermund 3 Querfinger, nicht geschwellt. Fruchtsack geplatzt, seine Ränder retrahirt. Vorliegender Theil der Kopf im Beckeneingange fixirt; kleine Fontanelle nach links, grosse nach rechts. Rücken und Herztöne links; Diagnose: Gebärende, lebende Frucht in I. Schädelhaltung, vorliegender Theil fixirt.

Bis 1/2 8 Uhr Morgens zeigten sich kaum geringe Wehen, Temperatur steigt nicht an. Nach ca. 1 1/2 Stunden stellten sich stärkere Schmerzen ein, die Temperatur steigt auf 38°. Bei der abermaligen Untersuchung fällt eine in der Blasengegend sichtbare und fühlbare, scharf bogrenzte Vorwölbung von der Grösse eines Kinderkopfes auf, die sich gespannt, elastisch anfühlt und dunkle Fluctuation zeigt. Bei der inneren Untersuchung ist der Muttermund bis zu einem Querfinger breiten kreisrunden Saum retrahirt. Bis 11 Uhr änderten sich die Verhältnisse nicht; als ich dringend durch die Meldung in das Gebärzimmer gerufen wurde, die oben beschriebene Geschwulst sei nach einer stärkeren Geburtswehe plötzlich verschwunden. Ich fand die Gebärende im Zustande des Collaps, Puls 140, fadenförmig; die Geschwulst war verschwunden, durch die dünnen Bauchwände konnten die Fruchttheile deutlich hindurchgefühlt werden. Aus der Scheide entleert sich eine geringe Menge frischen Blutes, der früher fixirte Kopf ist nunmehr leicht bewegbar. Es handelte sich also zweifellos um eine Uterusruptur. Patientin bekam Campherinjectionen und wurde in das Laparotomie-Zimmer geschafft; 1/4 Stunde später schritt Professor Szabó bereits zur Operation. Nach Durchtrennung der dünnen Bauchwand entleert sich eine grössere Menge Blutes, dann fällt ein Arm vor. Nach Aufsuchen der in der Lebergegend gelegenen Füsse wird die Frucht auf die Füsse gewendet und extrahirt. Hierauf folgt das Hervorrollen der Gebärmutter. Von ihrer vorderen Fläche ist das Peritoneum mit der unverletzten Harnblase in Form eines grossen Lappen abgelöst. An der vorderen Wand des Uterushalses verläuft schräge ein Riss, mit dem sich links ein längsverlaufender Riss kreuzt, der jedoch den äusseren Muttermund nicht erreicht. Nach links sind die Schichten des Ligamentum latum auseinander gedrängt die hiedurch entstandene Höhle ist theilweise mit geronnenem Blute ausgefüllt. Nach Versorgung der blutenden Gefässe, zeigen sich die Ränder des Risses derart zerstört, dass an eine Vereinigung derselben nicht gedacht werden

konnte und daher die Amputation des Uteruskörpers nöthig wurde; vor der selben wurde das Peritoneum von der hinteren Fläche des Uterus in einem grösseren Lappen abgelöst. Hierauf erfolgte die Vereinigung des linksseitigen Längsrisse mittelst Seidenkürschner-Naht, dann jene der oberen Ränder des Cervix; weiters wurden die Schichten des linken Ligamentum latum vereinigt. Die Bedeckung des Stumpfes mittelst Peritoneum, nach Resection des überschüssigen Lappentheiles, beginnt an der Unterbindungsstelle der rechten Art. spermatica und wird mit Seiden-Kürschner Nähten nach links weiter fortgesetzt. Die Bauchwunde wird in einer Etage mit Silkwormgut-, Knopfnähten vereinigt. Dermatol, Druckverband. Das Gewicht der toden Frucht 4000 grm.

Der Verlauf war ein äusserst günstiger; am 8-ten Tage wurden sämtliche Nähte entfernt; am 50 Tage verlässt Patientin die Klinik.

Dieser Fall ist zur Illustration dessen besonders geeignet, und dies gilt auch an der Klinik stets als Richtschnur, dass auch in verzweifelt scheinenden Fällen, sobald nur Aussicht auf Erfolg vorhanden ist, ohne Rücksicht auf die Schwierigkeiten und auf den Umstand, dass der zweifelhafte Erfolg die Operationsstatistik gefährden könnte, die Operation vorzunehmen sei; dass dies nicht immer unnöthige Mühe, zeigt eben der demonstrierte Fall.

Discussion: Docent Dr. ÁKONTZ hält es für besonders wichtig, dass die Uterusruptur nach Platzen der Fruchtblase und nach bereits erhöhter Körpertemperatur aufgetreten ist und dass trotzdem nach der Operation keine Infection erfolgte. Unlängst assistirte er bei einer Geburt, wo die Fruchtblase bereits geplatzt war und sich bei der Gebärenden Körpertemperatursteigerung eingestellt hatte. Es wurde ein derartig enges Becken constatirt, durch welches die Frucht nur nach Perforation des Kopfes hindurch konnte. Nachdem die Frucht noch am Leben war, forderte die Mutter die Sectio caesarea, auf welche er jedoch mit Rücksicht darauf, dass die Fruchtblase geplatzt und Temperatursteigerung vorhanden war, nicht einging. Er fragt, ob nach der obigen Erfahrung es nicht am Platze wäre in ähnlichen Fällen von diesen Contraindicationen abzusehen und auf Grund relativer Indication den Kaiserschnitt dennoch vorzunehmen.

Prof SZABÓ kennt keine derartige Regel, welche der eine, oder der andere Operateur gegebenen Falls, auf eigene Verantwortung, nicht modificiren könnte, was jedoch an der Giltigkeit dieser Regel nichts ändert. In solchen Fällen, in denen die Frucht noch nicht in die Bauchhöhle getreten ist und auf den natürlichen Wegen entfernt werden kann, würde er die Laparotomie nicht machen. Zur Illustrirung der Berechtigung seiner Ansicht führt er einen Fall an, in welchem er die Geburt nach erfolgter Ruptur mit der Extraction beendigte und die Frau, obgleich mehrere Tage hindurch hohe Temperatur und Reizungerscheinungen von Seite der Peritoneums vorhanden waren, gesundete. Ist die Frucht in die Bauchhöhle getreten, so ist die Laparotomie schon behufs Entfernung der Frucht indicirt. Die Art der

Uteruswunde wird dann für das weitere Vorgehen den Ausschlag geben. Als Princip soll es gelten, so wenig als möglich zu amputiren. Er wiederholt es, dort wo die Laparotomie nicht indicirt ist, sei sie zu umgehen. Umso mehr sei dies beim Aufstellen der relativen Indication zu beherzigen, da wir hier ja in der Perforation der Frucht ein derartiges Verfahren besitzen, mit welchem wir die Geburt ohne Gefährdung der Gebärenden beendigen können.

Dr. MALOM betont, dass die bei der Gebärenden vor der Sectio caesarea auftretenden Temperatursteigerungen, die Porro-Operation indiciren. Mit Rücksicht darauf, dass diese eine tief greifende Verstümmelung der Gebärenden bedeutet, während bei einer Perforation noch die Hoffnung vorhanden bleibt der Mutter, bei einer abermaligen Gravidität, eventuell durch Einleitung einer künstlichen Frühgeburt, zu einer lebenden Frucht zu verhelfen, hält er bei dem oben erwähnten Fall die Sectio caesarea als um so mehr zu umgehend.

4. Demonstrationen des Prof. BUDAY: Während bei Tuberculose der Halslymphdrüsen die Erweichung und der Durchbruch derselben nach aussen äusserst häufig erfolgt, ist dieses bei den peribronchialen und mesenterialen Drüsen bedeutend seltener der Fall. Und doch vermag die Erweichung dieser Drüsen zu schweren Complicationen Veranlassung bieten.

Im ersten der demonstrirten Fälle kam infolge der Perforation der tuberculösen peribronchialen Drüse eine Aspirations-Tuberculose zustande, die zu Lungengangraen und zu tödtlich verlaufender Lungenblutung führte.

Im zweiten Falle veranlasste die Tuberculose der Mesenterialdrüsen Darmperforation und tödtliche Darmblutung. Hier perforirten die mit dem Duodenum verwachsenen Mesenterialdrüsen die Wandung des ersteren und durch Eindringen des Darminhaltes zwischen die verkästen Drüsen, wurde der zwischen den Mesenterialschichten constatirte putride Process hervorgerufen. Von Interesse war es in diesem Falle, dass sich auch Zeichen der Circulationsstörungen des Chylus nachweisen liessen.

Im dritten Falle handelt es sich um eine ausgedehnte Darmnekrose infolge Obturation der Arteria mesenterica superior. Der 32 Jahre alte Ziegelarbeiter soll zwei Wochen vor seiner Aufnahme an die interne Klinik nach Essen eines Fisches unwohl, dann aber wieder gesund geworden sein; seit einer Woche erbricht er, 5 Tage hat er keinen Stuhl, Winde gehen nicht ab. An der Klinik wurden die Symptome einer Bauchfellentzündung gefunden; bedeutender Collaps, kalte Extremitäten, sehr schwache Herzaction; im Harn Indican. Tags darauf erfolgt der Tod. Bei der Section zeigt der ganze Hüftentract des Darmes, der untere Theil der Hungerdarmschlingen, der Blinddarm und der aufsteigende Dickdarm das Bild einer schweren diphteritischen Entzündung, während die PAVK'schen Plaques eitrig infiltrirt sind. Das Peritoneum der Gedärme ist dunkel blauroth, leicht blutend, mit einer anhaftenden Fibrinschichte bedeckt. In dem Stamme der Art. mesent. sup. findet sich ein vollkommen obturirender Thrombus, der die

Erklärung zu den Darmveränderungen giebt. Eigenthümlich war es, dass sonst nirgends Embolie gefunden wurde und eine Erkrankung des Herzes auch nicht vorhanden war, so dass es nicht ausgeschlossen ist, dass wir es hier nicht mit einer Embolie, sondern mit einer Thrombose zu thun haben, wie LITTEN ähnliche Fälle beobachtete.

5. Dr. Nikolaus JANCÓ und dr. Desiderius VESZPÉMI berichten unter dem Titel *Periarteritis nodosa* über einen Fall von welchem sie pathologisch-anatomische und histologische Praeparate demonstrieren. Bei einem 14 Jahre alten Knaben, beobachteten sie einen Urticaria artigen Hautausschlag. Nach 6 monatlichem relativen Wohlbefinden trat plötzliche Bewusstlosigkeit ein, später Choreoartige Zuckungen; Temperatur-erhöhung bis zu 40.6° Puls —156, im Harn Eiweiss und Cylinder; bei der Lumbalpunktion 30 cm³ einer stark blutartigen Flüssigkeit; — Bei der Section zwischen den weichen Gehirnhäuten viel Blut; an den Kranzarterien mohn- bis hirsekorngrosse, graugefärbte Verdickungen, Knoten, theils Erweiterungen von ähnlicher Grösse. Gleiche Veränderungen zeigen die feineren Arterien des Magens, der Gedärme und des Mesenteriums; in den Nieren infarctartige Nekrosen. Die histologische Untersuchung weist auch von Seite der mikroskopisch kleinen Arterien Veränderungen nach. Dem Wesen nach handelt es sich um eine in der Adventitia der feineren Arterien auftretende Entzündung, die von hier auf die übrigen Schichten der Gefässwand übergreift.

Die Aetiologie ist dunkel. Lues wird nicht angenommen, da keinerlei Anhaltspunkte für dieselbe gefunden werden konnten, weder durch die klinische Beobachtung, noch bei der Section. Die Erkrankung scheint mit einer bisher unbekanntem, beziehungsweise bis jetzt nicht nachgewiesenen, aller Wahrscheinlichkeit nach acuten Infection zusammen zu hängen.

X. Fachsitzung am 14. November 1902.

1. Dr. Daniel KONRÁDI hält einen Vortrag mit dem Titel: „*Ein Beitrag zur Kenntniss der Symptome und Prophylaxe der experimentellen Rabies*“ (siehe Revue Seite 83—85).

2. Vortrag des Dr. Elemér VERESS: „*Ueber die Reizung des Geruchsorganes, bei directer Einwirkung von riechenden Flüssigkeiten*“ (Erscheint im nächsten Hefte der Revue).

XI. Fachsitzung am 28. November 1902.

1. Dr. Mozes HEGYI spricht über die seelische Infection (Infectio psychica), deren Einfluss dann manifest wird, wenn seelisch degenerirte Individuen sich in Gesellschaft Geisteskranker befinden, oder unter den Einfluss dieser stehen. Je nach der Empfänglichkeit und der Seelenverwandtschaft kann sich die seelische Infection in längerer, oder kürzerer Zeit in verschiedener Weise und in verschiedenem Grade entwickeln. Diese Erkrankungen werden bald ständige, bald verschwinden sie nach Wegbleiben der sie hervorrufenden Ursache. Nach ihrer Natur unterscheidet man eine suggerirte, eine

inducirte und eine imitirende Form. Der primär Erkrankte wird auch als Activer, der secundär Erkrankte als Passiver bezeichnet. Die Prognose für den Ersteren ist zumeist eine schlechte, für den letzteren, falls er bei Zeiten dem Einflusse entzogen wird häufig eine gute.

I. Suggestirtes Irresein — Zwillings — Psychose.

Die 53 Jahre alte Näherin leidet seit längerer Zeit an Verfolgungs- und religiösem Wahn. Ihre 32 Jahre alte aussereheliche Tochter lebt mit ihr in gemeinsamen Haushalte und beide kämpfen mit grosser Noth. Die Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen werden durch die Tochter von der Mutter übernommen; beide fühlen das Gleiche und handeln und denken dementsprechend gleich. Die primär- oder activ Handelnde ist die Mutter, die secundär- oder passive die Tochter. Bezüglich der Prognose ist auch hier das secundäre Leiden ungünstig, da sich die Wahnvorstellungen in Folge langen Bestandes fixirt haben.

II Simultane Psychose.

Der 39 Jahre alte Mann und die 44 Jahre alte Frau lebten viele Jahre hindurch in Eintracht zusammen.

Im Juli 1902 wurden beide an die Klinik gebracht und hier der Mann an Paralysis progressiva dementica, die Frau an hysterischer Paranoia leidend gefunden. In diesem Falle ist der Mann der activ, die Frau die passiv Erkrankte. Gleich dem Manne begann sie zu reisen, Einkäufe zu machen, eine ausserordentlich rege Thätigkeit zu entfalten.

III. Nachgeahmte Psychose.

In der Familie des 21 Jahre alten Kranken kamen Geisteskrankheiten vor. Er selbst litt bis zu seinen 16. Jahre häufig an epileptischen Anfällen. In seinem 20-ten Lebensjahre entwickelte sich bei ihm eine Dementia praecox, mit der er an die Klinik aufgenommen wurde. Seit einem Monate ahmt er die stereotypen Kopfbewegungen seines kranken Gefährten H. B. nach; im übrigen ist sein Zustand unverändert.

Ähnliches Nachahmen kommt besonders bei Kindern auch bei gesunden häufig vor und ist zumeist vorübergehender Natur. Auch in diesem Falle dürften nach Separirung der beiden Kranken die nachgeahmten Kopfbewegungen aufhören.

Die drei erwähnten Formen der seelischen Infection sind im Wesentlichen auf Suggestion zurückzuführen.

2. Rudolf FABINYI stellt eine 17 Jahre alte Patientin vor, bei der sich in zeitlicher Aufeinanderfolge folgende Symptome entwickelten: Taub werden am rechten Ohr, dann Kopfschmerzen, Schwindel, Strabismus convergens des linken Auges, Verlust des Sehvermögens an diesem Auge, dann Ausfall der temporalen Gesichtshälfte des rechten Auges, schliesslich Verdunkelung der rechten nasalen Gesichtshälfte. An der ophthalmologischen Klinik wo

die Kranke bereits vor Monaten untersucht war, wurde Stauungspapille constatirt, die dann in Atrophie übergang. Am 11 Oktober wurde Patientin an die psychiatrische Klinik aufgenommen.

Die bei der Kranken bestehenden Symptome und jene die sich im Verlaufe einstellten, könnten nach BERNHARDT auf folgende Weise classificirt werden: 1. *Gefühlsstörungen*, 2. *Bewegungsstörungen*, 3. *Sinnestäuschungen*, 4. *Psychische Erscheinungen*, 5. *Anderweitige Symptome*, so die Labilität der vasomotorischen Innervation. Hieher mag auch noch der Umstand gerechnet werden, dass bei der Kranken andere somatische Störungen nicht vorhanden sind.

Die beobachteten Symptome zeigen, dass das Krankheitsbild durch Erscheinungen, die auf die Basis des Gehirnes Bezug haben beherrscht wird. An etwas anderes, als an eine intracranielle Geschwulst, kann kaum gedacht werden. Die sämtlichen Gehirnsymptome, besonders die Reizungs- oder Lähmungserscheinungen von Seite der einzelnen an der Gehirnbasis verlaufenden Nerven, lassen sich als von einem Herde herrührend kaum erklären. Man könnte auf das Vorhandensein von zumindestens zwei Herden denken. Bei dieser Annahme muss jedoch der Umstand zur Vorsicht mahnen, dass mitunter äusserst manigfaltige Erscheinungen scheinbar verschiedenen Ursprunges, doch durch einen einzigen Herd bedingt werden. Nachdem gelegentlich der Lumbalpunktion der intracranielle Druck nicht erhöht befunden wurde, können jene Erscheinungen, die durch den Druck des kleinen Gehirnes bedingt gehalten werden können, nicht genügend erklärt werden. Es muss also zur Erklärung derselben noch die Erkrankung des kleinen Gehirnes eventuell jene der Corpora quadrigemina supponirt werden. Dass ein Tumor hierselbst vorhanden sei, dafür spricht hauptsächlich der Umstand, dass Patientin am rechten Ohr taub ist. Die cerebellare Ataxie und der bestehende Schwindel kann ebenso gut eine Erscheinung einer Zwillingkörpergeschwulst als einer solchen des kleinen Gehirnes sein. Mit Rücksicht darauf, dass mit Ausnahme der Abducensparalyse, Augenmuskellähmungen fehlen, dass Nystagmus und vasomotorische Störungen abgehen, ferner dass Lähmung des rechten Trigeminus und verminderte Geschmacksempfindung der rechten Zungenhälfte nachweisbar ist, hauptsächlich aber da die chronologische Reihenfolge im Auftreten der Symptome hiefür spricht, muss eher für einen Tumor im kleinen Gehirn Stellung genommen werden. Mit besonderer Rücksicht weiters darauf, dass die Taubheit des rechten Ohres allen anderen Symptomen vorausging, nehmen wir als Ausgangspunkt des pathologischen Processes den rechten Nerv. acusticus, oder eine Stelle in dessen unmittelbarer Nähe an. Von dort griff die Geschwulst später auf das kleine Gehirn über. Neben dieser Geschwulst besteht wahrscheinlich noch eine zweite, von der linken Seite des Chiasma ausgehend; hiefür spricht die unmittelbare Affection des Sehnerven.

Ueber die Natur der Geschwulst bezwgs. der Geschwülste, ist es nahezu unmöglich in diesem Falle eine sichere Antwort zu geben.

3. Dr. Michael CsIK Assistent an der dermatologischen und syphilidologischen Klinik stellt einen Fall einer selteneren, schwer verlaufenden Syphilis vor, nachdem er kurz über die Syphilis gravis, — praecox und maligna gesprochen. Der demonstrierte Fall zeigt das typische Bild einer schwereren Syphilis praecox. Der 18 Jahre alte Patient acquirirte seine Sklerose an dem Penis im Septemb. 1901. Vier Wochen später stellte er sich mit der noch nicht verheilten Initialsklerose und beiderseitigen Inguinalbubonen vor; in der 7-ten Woche bekam er über den ganzen Körper ein dichtes, grosspapulöses Exanthem und Roseola. Nach einem weiteren Monate kommt er abermals an die Klinik mit einem neueren papulo-pustulösen ekthymaartigen Ausschlag und mit Leukoderma am Halse. Nach Rückbildung desselben tritt noch zweimal u. zw. im März und Juli des l. J. ein neueres papulöses und pustulöses Exanthem auf. In der Zwischenzeit bestanden auch an den Tonsillen und an der Zunge Pappeln. Das erste Gumma trat nach $\frac{1}{2}$ Jahre im oberen Drittel des linken Unterschenkels auf, nachdem er sich früher diese Extremität an der Kante eines Eisenbettes angeschlagen hatte. Zuletzt suchte der Kranke im Juli des l. J. mit neueren Silbergoldstück grossen Hautgummen die Klinik auf; seither war er wie frei von Gummen.

Discussion: Prof. MARSCHALKÓ bemerkt dass auch bei diesen Formen der Syphilis das Quecksilber das souveräne Mittel ist; natürlich wäre es gefehlt dasselbe fortzusetzen, wenn wir sehen dass der Kranke es nicht gut verträgt, schlechter auszusehen beginnt und die Heiltendenz der gumösen Geschwülste während der Behandlung abnimmt. Hier ist dann die adjuvirende Behandlung in Form von Bädern, ZITTMANN-Decoet u. s. w. am Platz. Auch die Verabreichung von Jodkali erscheint indicirt.

4. Dr. Georg DEMETER stellt zwei Fälle von Hautkrebs vor, die an der dermatologischen Klinik nach der Methode CZERNY-TRUNECEK mit arsen-saurem Alkohol gepinselt werden.

S. M. 68. Jahre alt. Diagnose: Epithelioma nasi, was auch die histologische Untersuchung bestätigt. Bei dem Patienten wurde $3\frac{1}{2}$ Monate hindurch die FINSEN'sche Behandlung angewendet, der Zustand besserte sich jedoch nicht und die Exulceration griff rasch weiter, an der rechten Seite gegen den Augenwinkel hin. Mitte Mai des l. J. wurde dann die CZERNY-TRUNECEK'sche Behandlung eingeleitet. Nach beiläufig 30 Pinselungen stiess sich die Kruste von selbst ab und es blieb unter derselben eine schön granulierende Fläche. Obgleich dieser Fall nicht als geheilt bezeichnet werden kann, so ist der Erfolg doch ein auffallender. Patient soll sich nach einigen Monaten wieder vorstellen.

K. G. 70 Jahre alt mit beginnenden Epitheliom wird als ein unter Behandlung stehender Fall demonstriert. Nach 25 Einpinselungen hat sich über dem Epitheliom eine ziemlich dicke Kruste gebildet.

Discussion: Prof. MARSCHALKÓ bemerkt dass in dem ersten Falle die krebsige Entartung so tief griff, dass bei der Nähe der Nasen- und Augen-

höhle auf eine radicale chirurgische Operation wenig Aussicht vorhanden war. Der Erfolg der Behandlung ist zumindestens ein überraschender.

Prof BUDAY fragt welche Vortheile diese Behandlung der chirurgischen voraus habe? An der Discussion theilnehmen sich ferner Prof. MARSCHALKÓ, BRANDT, und SZABÓ, sowie Doctent Dr. GENERSICH, der in der nächsten Sitzung einen ähnlichen Fall demonstrieren will.

5. Vortrag und Krankendemonstration des dr. Samuel BORBÉLY Director des Spitalcs in Torda unter dem Titel: „*Laparotomie bei tuberculöser Bauchfellentzündung.*“ (Erscheint in der nächsten Nr. der Revue).

Discussion: Prof. BRANDT fragt den Vortragenden weshalb er, nachdem er bei dem demonstrirten Kranken vor der Operation an mehreren Stellen der Bauchhöhle Tumoren fand und deshalb auf Darmstricturen folgerte und nachdem er gelegentlich der Operation nur die um den Blinddarm herum gefundenen Adhaesionen erwähnt, die ausser den Blinddarm gelegenen Tumoren nicht auch untersuchte, um die durch sie hervorgerufenen eventuellen Stricturen auf diese Weise zu constatiren.

Wenn der Kranke nach einfacher Lösung der Adhaesionen um den Blinddarm herum besser wurde, so lässt es sich vielleicht annehmen, dass diese Tumoren gar nicht bestanden haben, eben nur peritonitische Adhaesionen um den Blinddarm, und dass der Vortragende im gegenwärtigen Falle nur über Occlusion und nicht über Stricturen hätte sprechen können.

Was die Darmtuberculose betrifft, so bemerkt Prof. BRANDT, dass diese ab und zu bei systematischer diätetischer Behandlung zu heilen pflegt und wenn sie keine allgemeine, sondern nur eine locale Affection bildet auf verschiedenen operativen Wegen behoben werden kann, so u. A. auch mittelst Enterostomose. Es ist ihm leid, dass er den auf letztere Art geheilten Fall nicht demonstrieren könne, da der Patient vor einigen Tagen die Klinik in sehr gutem Zustande verliess. In diesem Falle beendete er die Operation mittelst Enterostomose, da die Exstirpation des im Blinddarm, theilweise im Aufsteigenden Colon und im Ileum gelegenen Tumors sich als undurchführbar herausstellte.

Prof. PURJESZ bemerkt, dass seiner Meinung nach der vom Vortragenden ständig gebrauchte Ausdruck „Strictur“ nur ein lapsus linguae sein konnte, da er unter diesen nur Stricturen vom mechanischen Gesichtspunkte aus verstehen konnte.

Vortragender bemerkt, dass es sich thatsächlich nur um einen lapsus linguae handelte. Die fühlbaren Tumoren habe er nicht exstirpirt.

Prof. SZABÓ zweifelt, dass bei dem Kranken die vorausgegangene Erkrankung Typhus gewesen sei.

Vortragender erwiedert, dass der Typhus eine anamnestische Date sei und dass es sich um Typhus handelte wisse er daher, weil der Kranke mit diesem Leiden an der Klinik lag.

6. Dr. Samuel BORBÉLY demonstrirt ferner von seinen im Laufe des Jahres vorgenommenen *Steinoperationen* zwei interessantere Fälle.

a) 11 Jahre alter Knabe. Sectio alta am 13 Jänner. Das Leiden besteht seit $1\frac{1}{2}$ Jahren. Die Untersuchung mit Sonde, Cystoskop und per Rectum führte ihm zur Ueberzeugung, dass in der Blase ein derart umfangreicher Stein liege, der nach erfolgtem Perinealschnitte, nur nach vorausgegangener Zertrümmerung entfernt hätte werden können. Dieser Umstand bewog ihm zum hohen Blasenschnitt. Nach Eröffnung der Blase stellt es sich heraus, dass der Stein wegen seiner Grösse durch die Wunde nicht entfernt werden kann. Auch die Erweiterung in der Längsrichtung führt nicht zum Ziel, so dass die Eröffnung der Blase auch der Quere nach nöthig wird. Der Stein wird hierauf sorgfältig entfernt, derselbe ist ein Oxalat, sein Umfang 16 cm. sein Gewicht 82 grm.

Am 17. Tage prolabirt die hintere Blasenwand durch die Wunde hindurch. Dieser unangenehmen Complication half er mit Auffrischung der Blasenwunde und secundären Nähten ab. Diese bewährten sich nicht, sondern vereiterten, dennoch wurde eine Verkleinerung der Öffnung erzielt; die weitere Verkleinerung der Wunde geht äusserst träge vor sich, bis die Fistel schliesslich nur nadelspitzgross wird; auf 5—6 Ignipuncturen schliesst sich die Fistel endlich vollkommen, bricht jedoch nach 2 Wochen wieder auf; neuere Cauterisation, dann schliesst sie sich abermals und der Knabe verlässt nach 5 Monaten geheilt das Spital.

b) Der zweite Fall, bei dem er den demonstrirten 120 grm. schweren 16×20 cm. Umfang haltenden Urat entfernte, betrifft einen 46 Jahre alten Mann. Cystoskopisches Bild: An der Basis der Blase ein ziemlich grosser mit seiner Länge der Querachse des Körpers entsprechend liegender, theils grau, theils weisslich gefärbter Stein, dessen linkes Ende stark höckerig ist. Das Alter des Patienten, die Caliberverhältnisse der Harnröhre lassen die Lythothrypsie als indicirt erscheinen, mit Rücksicht jedoch auf das cystoskopische Bild, das einen sehr grossen Stein nachweist und besonders darauf, dass die entleerten Phosphatstückchen an ihrer Innenfläche eine derartige Glätte und Gestalt zeigen, die darauf hindeuten, dass die Phosphatablagerungen nur secundärer Natur sind, der Stein selbst aber hart ist, machte Vortragender den hohen Blasenschnitt. Nach Eröffnung der Blase geht die Einstellung des Steines in den geringsten Durchmesser äusserst schwer und während dieser Manipulation springen von demselben Thalergrösse Concremente ab. Die Extraction des Steines erheischt grosse Vorsicht. Nach Entfernung des Muttersteines und der Bruchstücke wird die Blase genau untersucht, die Blutcoagula entfernt; Cystopexie Naht.

Wie an dem demonstrirten Steine sichtbar, war die Voraussetzung, dass der Stein selbst sehr hart und die Phosphatschichte bloss eine secundäre sei eine richtige, die Gestalt und Grösse desselben ist eine derartige, dass die Lythothrypsie nicht hätte gemacht werden können. Patient liegt gegenwärtig noch im Spitale, seinen sauer reagirenden Harn entleerte er bereits am Tage nach der Operation anstandslos durch die Harnröhre und fühlt sich vollkommen wohl.