

**Kgl. Gesellschaft der Ärzte, Budapest.**

Sitzung vom 20. November 1926.

**B. MEZÖ: Neue Richtlinien der operativen Behandlung des mechanischen Aspermatismus.** Man kann sich durch eine Hodenpunktion immer vergewissern, ob eine Vasorchidostomie nutzbringend wäre. Wenn der Ductus deferens nur in der Höhe des Canalis inguinalis durchgängig ist, wird der übrige Teil durch ein Stück der Vena saphena ersetzt. Wenn der Ductus deferens auch im Canalis inguinalis versperrt ist, wird die Vene durch einen neben dem Sphincter ani geformten Kanal geführt und unten mit dem Hoden, oben mit der Vesicula seminalis vereinigt. Wenn beide Vesiculae seminales versperrt sind, wird das obere Ende der mit dem Hoden vereinigten Vene in die Pars membranacea urethrae implantiert.

*Aussprache.* G. ILLYÉS: Seit 20 Jahren hatte er oft Gelegenheit, ROMANOVSKY-Operationen auszuführen, ohne damit ein günstiges Resultat erzielt zu haben. Glaubt kaum, daß das Vas deferens ersetzbar ist. — B. MEZÖ (Schlußwort) betont nochmals, daß seine an Tieren und Menschen ausgeführten Vasorchidostomosen gut funktionieren.

**L. BLASKOVICS: Scheinbare Herstellung der Funktion des M. levator palp. sup. nach meiner Ptosis-Operation.** Seine guten Resultate erzielte er dadurch, daß er einerseits den M. levator besser freilegt, andererseits, daß er auch einen Teil des Tarsus sup. entfernt. Bei Lähmungen kann dieses Heben des Augenlides nach der Operation selbstverständlich nur eine scheinbare Funktion des Muskels sein und erklärt sich so, daß beim Schließen des Auges der verkürzte M. levator gespannt wird, bei Erschlaffen des M. orbicularis oculi zieht sich der angespannte M. levator in die Höhe.

**F. POLGAR: Diagnose der Duodenaldivertikel.** Die wirklichen Divertikel des Duodenums werden als kongenital entstanden aufgefaßt und sind von anderen divertikelnachahmenden Receptbildungen zu trennen. Er unterscheidet genuine und Pseudodivertikel. Das Vorkommen der ersteren ist bei älteren Personen häufig. Außer der Disposition ist der Grund dieser Entstehung in Erkrankungen des Duodenums und der benachbarten Organe zu suchen, die zur Steigerung des intraduodenalen Druckes führen. Bei der Röntgenuntersuchung sieht man einen runden oder sichelförmigen Bariumschatten unmittelbar neben dem Duodenum, der durch einen stengelartigen Hals mit dem Lumen des Darmes zusammenhängt. Freie Passage, keine Stenose. Die Pseudodivertikel können bei Pankreascarcinom, noch häufiger bei ulcerösen Prozessen des Duodenums von der Darmstriktur oralwärts entstehen. Während die Pseudodivertikel mit dem Bulbus duodeni im Zusammenhang sind, sitzen die genuine Divertikel an der Flex. duod. sup., an der Pars descendens, Pars horizontalis inf. und Flex. duodeno-jejunalis. Demonstriert die Röntgenaufnahme seiner Fälle.

Sitzung vom 27. November 1926.

**J. DÉZSA: a) Pyelom und Ureterpapillom. 4 Fälle. — b) Große seröse Nierencysten.**

**H. RICHTER: Ein durch Operation geheilter Fall von symptomatischer Hemikranie.** 32jähr. Patientin litt seit 5 Jahren an typischen rechtsseitigen Hemikranieanfällen in Begleitung von Magen- und Herzbeschwerden. RICHTER fand neben der rechten Art. sternoclav. einen nußgroßen schmerzlosen Knochenauswuchs. Die Röntgenaufnahme stellte osteochondritisartige Veränderung der sternalen Epiphyse des Schlüsselbeins fest. Seit Resektion des Schlüsselbeins und der unter dem Schlüsselbein liegenden ebenfalls verdickten Rippe hat Patientin keine Kopfschmerzen.

*Aussprache:* J. DONÁTH. — BR. V. KORÁNYI. — RICHTER (Schlußwort): Durch Resektion wurde der Druck auf den Sympathicus aufgehoben.

**L. LIEBERMANN: Bemerkungen zur Therapie der kongenitalen luetischen Keratitis parenchymatosa.** In 100 Fällen hatte er mit der kombinierten Protein-Quecksilber-Salvarsan-Therapie sehr gute Erfolge. Das neue italienische „Neo.I.C.I.“-Präparat kann auch subcutan verabreicht werden.

**J. DUZÁR: Adrenaltetanie.** Vortr. konnte mit intravenösen Adrenalininjektionen nach vorangegangener Alkalinisierung des Blutes durch Hyperventilation (forciertes Atmen) bei jedem vollkommen gesunden Kinde Tetanie erzeugen. Erwähnt Anhaltspunkte, durch welche die Adrenaltetanie und die idiopathische Tetanie in engen Zusammenhang gebracht werden kann: Latente idiopathische Tetanie manifestiert sich nach Adrenalininjektion. Die Pathogenese der Adrenaltetanie kann mit der Kraus-Zondekschen Ionenlehre resp. mit der Freudenbergischen Calciumdesionisationslehre nicht geklärt werden. Die erfolgreiche Behandlung der Chorea minor mit der Adrenaltetanie weist auf die Bedeutung höherer Gehirnzentren in der Pathogenese der Tetanie hin.

*Aussprache:* BÁLINT unterstützt die Ansicht des Vortr. bezüglich der Kraus-Zondekschen Lehre. — A. SARBÓ berichtet über guten

therapeutischen Erfolg bei Chorea minor mit der Duzárschen Behandlung. — M. GOLDBERGER hatte keine guten Erfolge. — A. BOSÁNYI akzeptiert die viel umstrittene tetanogene Wirkung der Alkalose nicht. — J. v. BOKÁY hatte mit der Adrenalinbehandlung der Chorea minor keine Erfolge. — DUZÁR (Schlußwort).

**A. POLLMANN:** Führt den ersten Film des ungarischen ärztlichen Filmarchivs vor. **Aplasia sterni.**

*Aussprache:* J. v. BOKÁY.

Örvös.

**Medizinische Gesellschaft Düsseldorf.**

Sitzung vom 15. Februar 1927.

**PANKOW: Indikationen zum künstlichen Abort, besonders bei Tuberkulose.** Wenn auch die rein soziale Indikation zur Einleitung des künstlichen Aborts unzulässig ist, so ist doch bei der Indikationsstellung wegen bedrohlicher Erkrankungen der soziale Einschlag oft wesentlich. Die Unterbrechung aus eugenischen Gründen, die in einigen amerikanischen Staaten zulässig ist, wird vorläufig in Deutschland keinen Eingang finden, da die Grundlagen für eine wissenschaftliche Indikationsstellung noch fehlen. Unter den zur Unterbrechung veranlassenden Erkrankungen stehen an erster Stelle Tuberkulose, Hyperemesis und Basedow. Bei 25% der Basedowfälle tritt die Indikation ein, und zwar vor allem bei drohender Insufficiencia cordis. Bei der Hyperemesis wirkt meist die klinische Behandlung so gut, daß man nur bei deren Versagen den Abort einleiten sollte. Ambulante Durchführung des Aborts bei Hyperemesis ohne Versuch einer Krankenhausbehandlung ist daher unberechtigt. Bei der Tuberkulose muß völlig unterschieden werden zwischen offener, manifester und latenter Form. Bei manifester Tuberkulose tritt durch die Gravidität bei 70% der Fälle eine Verschlimmerung ein, doch zeigt sich deren katastrophaler Charakter meist erst in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft oder im Jahre nach der Geburt. Da sich im Beginn der Gravidität nicht voraussagen läßt, bei welchen Frauen das der Fall sein wird, so muß bei offenen manifesten Fällen stets frühzeitig unterbrochen werden. Besonders die Wintersche Statistik zeigt die Schwierigkeit der Prognosenstellung aus dem Lungenbefund der ersten Schwangerschaftsmonate und mahnt zur rechtzeitigen Einleitung des Aborts. Abweichende Ansichten einiger Heilstättenärzte kann PANKOW nicht billigen, um so weniger, als 56% der Kinder manifest tuberkulöser Schwangerer im ersten Lebensjahr sterben und nach WEINBERG kein derartiges Kind das 18. Lebensjahr erreicht. Dagegen bessern sich 80% der Fälle mit Turban I und 50% derjenigen mit Turban II nach dem künstlichen Abort. Bei latenter Tuberkulose führt die Gravidität nach BARDELEBENS Statistik über mehr als 20 000 Fälle nur bei 1–2% zur letalen Verschlimmerung. Auch die Mortalität der Kinder überschreitet die Normalzahl im ersten Lebensjahr nur um 5%. Latente Tuberkulose ist daher keine Indikation zur Unterbrechung der Schwangerschaft.

*Aussprache:* FLEISCHHAUER betont die schlechte Prognose der mit Polyneuritis einhergehenden Fälle von Hyperemesis. — BERG hält die Praxis der Gerichte gegenüber dem künstlichen Abort für zu mild, da nicht die wissenschaftliche Indikation und deren Einhaltung, sondern nur die persönliche Überzeugung der betreffenden Ärzte berücksichtigt werde. — SCHLOSSMANN. — RAYMANN. — PANKOW.

**H. KILLIAN: Schock und Narkoseprobleme.** Abgesehen davon, daß die erste Phase traumatischen Schockes, d. h. ein Erregungszustand des vegetativen Systems, als plötzliche Folge eines physischen oder psychischen Traumas während einer Operation entstehen kann, ist man auch gelegentlich gezwungen, während der zweiten toxämischen Phase zu operieren. Unter Op. Schock versteht KILLIAN einen der zweiten Phase verwandten, aber nicht auf Toxämie beruhenden kollapsartigen Zustand, der in verschiedenem Ausmaß fast bei jedem Eingriff vorkommt. Als charakteristisches Merkmal sind reversible Blutverschiebungen nach dem Splanchnikusgebiet mit niedrigem Blutdruck anzusehen. Ob es auch hierbei schon zur Exämie durch Capillarschädigungen kommt, ist nicht festgestellt. Neuere eigene Versuche über den Histaminschock lassen es nicht als erlaubt erscheinen, diese Verhältnisse auf den Wundchock zu übertragen. Wirkung des Histamins und Schockmechanismus waren anders als es bisher beschrieben wurde. Unter Schockbereitschaft versteht K. das Reaktionsvermögen des Normalen auf physische oder psychische Traumen in Form der genannten Blutverschiebung. Sie entsteht teils durch vegetative Fernwirkung über das Vasomotorenzentrum, teils und meistens durch örtlich mechanische Reizung der Bauchhöhlengefäße, welche reaktiv sich erweitern, rascher als die peripheren Stromgebiete den Ausgleich durch Kontraktion schaffen. Als erhöhte Schockbereitschaft ist eine krankhafte Neigung zu diesem Reaktionsablauf und meist in katastrophenähnlich überraschendem Ausmaß zu bezeichnen. Narkotika und Lokalanaesthetica zeigten im Tierversuch Einfluß