

Sitzungsberichte

der ärztlichen Fachsitzungen des „Erdélyer Museumvereines“.

I. Fachsitzung am 1. Februar 1908.

I. PROFESSOR BLASIUS KENYERES „Über die Bestimmung der Lage von Fremdkörpern mittelst Röntgenstrahlen nebst Beschreibung des Röntgen-Tiefmessers von Fürstenau“. (Siehe Revue Seite 1—3.)

An der Discussion nimmt DR. SÁNDOR teil.

II. Fachsitzung am 8. Februar.

1. DR. HEINRICH KANITZ demonstriert 3 Fälle von Sklerose an den Tonsillen. Wie die Infektion erfolgte konnte in keinem Falle festgestellt werden, doch wird in Erdély, wo die Syphilis sich manchmal epidemienartig verbreitet, die extragenitale Infektion ziemlich oft beobachtet. Die primäre Sklerose ist nicht selten an den Tonsillen. Bei Stellung der Diagnose sind die begleitende Erscheinungen und vor allen das Verhalten der regionären Lymphdrüsen in Betracht zu ziehen.

2. PROFESSOR LUDWIG MAKARA. *Ersatz des fehlenden Nasenflügels durch einen aus dem Ohre geschnittenen Lappen.*

Diese Methode der Transplantation wurde zuerst von KÖNIG bei einem jungen Mädchen ausgeführt (Berliner klinische Wochenschrift 1902.), sein Verfahren wurde von LEXER und EISELSBERG ebenfalls mit Erfolg erprobt.

Im demonstrierten Falle wurde die plastische Operation ebenfalls nach KÖNIG's Vorschrift ausgeführt, jedoch mit dem Unterschiede, dass vom Ohre ein entsprechend grosser und entsprechend geformter Lappen ausgeschnitten wurde.

Die Operation wurde am 8. Jan. in Cocaïn-Adrenalin Anaesthesie ausgeführt. Der aus dem Ohre ausgeschnittene Haut Knorpellappen wurde durch feine Nähte an der Stelle des fehlenden Nasenflügels, angenäht. Am dritten Tage nach der Operation verfärbte sich der transplantierte Lappen, das seröse Exsudat trocknete zum Schorfe ein, so dass der Erfolg unsicher erschien.

Die Heilung ist heute beendet, ein kleiner Rest des Schorfes ist noch an der Oberfläche des Lappens zu sehen. Das Resultat ist vollkommen befriedigend.

Die geringe Verstümmelung ist am Ohre kaum merkbar. Der Zustand vor der Operation wird an einer Photographie demonstriert.

Die Versorgung eines völlig ausgeschnittenen Lappens mit Blut wird natürlich für eine Zeit vollständig aufgehoben, infolge dessen treten zuerst Degenerationsvorgänge auf und erst nach -- und nach beginnt die Regeneration. Am schnellsten wird die Blut-cirkulation hergestellt.

Der Erfolg der Transplantation ist umso wahrscheinlicher, je ähnlicher die neuen Verhältnisse des transplantierten Lappens seinen ursprünglichen Verhältnissen sind. Am besten gelingen daher die Replantationen. Bei der Autoplastik hat man mehr Aussicht auf Erfolg, als bei der Heteroplastik.

Die Knorpeltransplantation gelingt ohne Knorpelhaut nicht, da die Anheilung durch diese vermittelt wird.

Bei der demonstrierten KÖNIG'-schen Plastik wurde der Knorpel-Hautlappen aus dem Ohre an eine ähnliche Stelle transplantiert. Die Haut wurde mit Haut, der Knorpel mit Knorpel in Berührung gebracht, wodurch die Anheilung einigermaßen gesichert war.

3. Professor LUDWIG MAKARA: Ileus-Fälle.

Die Diagnose des Ileus, noch mehr der Art und der Ursache des Ileus ist meistens sehr schwer, manchmal ganz unmöglich. Das aktive Eingreifen ist jedoch meistens eilig, da der Patient durch Absterben des Darmes, Darmlähmung und Stercorämie bedroht wird, ebenso, wie bei ausgeschlossenen Brüchen. Bei einem solchen würde kein vernünftiger Arzt mit der Operation warten, dagegen sind bei Ileus viele Ärzte geneigt eine expectative Behandlung einzuleiten. Das Warten ist jedoch ein gewagtes Spiel. Es muss also als Regel gelten, dass man sofort operativ eingreifen muss, wenn ein regelrechtes Klystier keinen Erfolg hat, besonders wenn keine Winde entweichen.

Im vergangenen Jahre wurden auf der chirurgischen Klinik 6 Ileus-Fälle operiert. Diese Fälle bieten nur wenige Beispiele der sehr abwechslungsreichen Ätiologie des Ileus, in ihren Symptomen und Verlauf sind sie jedoch interessant.

In drei Fällen stand der Ileus zu einem Bruche in Beziehung, davon wurde in einem, der Bruch erst bei der Operation entdeckt.

a) N. M. 20 jähriges Mädchen erkrankte am 4. Sept. 1907. und wurde auf die interne Klinik aufgenommen. IX. 16. Die Kranke ist sehr schwach, hat grosse Schmerzen, erbricht sehr oft; das Erbrochene war Anfangs wenig, später viel und roch nach Kot. Der Bauch war aufgetrieben, überall empfindlich, besonders im rechten Hypochondrium. Puls 96, Temperatur 36.4. Die Operation wurde verweigert, doch am nächsten Tage gestattet.

Bei der am 7. IX. vorgenommenen Operation wurde in der rechten ileococcalen Gegend, hinter dem Coecum ein elastisches Gebilde gefunden; es enthielt ein etwa 15 cm. langes Stück des Darmes, welches zwei Strangulationsfurchen zeigte. Der Ileus wurde also in diesem Falle durch einen retrocoecalen incarcerirten Bruch verursacht. Die Heilung verlief ungestört.

b) H. F., 36 jähriger Mann, hat seit 10—12 Jahren einen Leistenbruch. Erkrankte am 5./I. Als er auf die interne Klinik am 12./I. aufgenommen wurde, war sein Bauch aufgebläht, mässig straff gespannt, nicht empfindlich, er erbroch von Zeit zu Zeit, das Erbrochene roch ein wenig nach Kot. Die Stelle des Bruches ist leer. Winde gehen nicht ab, Physostigmin wurde ohne Erfolg versucht. Bei der am 14./I. vorgenommenen Operation führten die aufgeblähten Gedärme zum *en bloc* reponirten Bruch. Nachdem aus diesem ein 10 cm. langes Darmstück herausgezogen wurde, wurde der Bruchsack ausgeschnitten und die Bauchwunde zugenäht. Die Heilung erfolgte per primam.

c) H. L. 73 jähriger Mann. Erkrankte am 20./I., aufgenommen am 24./I. Hat seit 35 Jahren einen rechtseitigen nicht beweglichen, kindskopfgrossen Bruch. Bauch stark aufgebläht, straff, auf Druck nicht schmerzhaft. Völlige Obstipation, Winde gehen nicht ab, hohe Eingiessung ohne Erfolg. Der Bruch ist straff, doch teilweise reponierbar.

Bei der Operation wurden im Bauche überall stark ausgedehnte Gedärme gefunden. Um die Eventeration zu vermeiden, wurde der erste mediane Schnitt provisorisch geschlossen, und der Bruch durch Herniolaparotomie freigemacht. Im alten nicht beweglichen Bruch war, der zuführende Darm paretisch.

Die mediane Bauchwunde wurde nun endgültig geschlossen und an das Colon eine WITZEL'sche Fistel angelegt. Durch die Colostomie entleerten sich gleich Kot und Winde. Nach einem Glycerinklystier und nach der Anwendung eines Trocken-Heissluftkastens an den Bauch, entleerte sich gleich Kot auch auf natürlichem Wege. Die Heilung erfolgte ungestört. Nachdem die Durchgängigkeit des Darmes hergestellt war, verheilte die Fistel gleichfalls.

Demonstration. Der Fall beweist, dass in alten Brüchen auch ohne Strangulation des Darmes die Durchgängigkeit derselben gestört werden kann, indem infolge des alten stets zu überwindenden Widerstandes, ein Teil des Darmes ermüdet und die Peristaltik eingestellt oder beschränkt wird.

d) B. G. 40 jähriger Mann erkrankte am 1 Januar 1908. unter Erscheinungen der Appendicitis. Am 19.-ten traten völlige Obstipation und Erbrechen auf. Der Patient wurde am 22./I. mit Zeichen der allgemeinen Peritonitis und beginnenden Collaps auf die chirurgische Klinik gebracht und sofort operiert. Bei der Laparotomie wurde

am rechten Darmbeine ein Convolut von vielfach zusammengewachsenen Gedärmen gefunden, nach Trennung der Verwachsungen war etwa 120 cm. oberhalb des Coecum, das Ileum durch einen Strang zusammengedrückt. Nach dem Durchreissen desselben füllten sich die unteren zusammengefallenen Teile des Darmes. Der Kranke erhielt am Tage der Operation Physostigmin und ein Glycerinklystier, am anderen Tage ein heisses Luftbad. Die Heilung verlief ungestört.

Demonstration.

e) Frau M. G. 28 jährig, aufgenommen am 3. Febr. 1908. Sie erkrankte 4 Tage vor ihrer Aufnahme plötzlich. Klystiere und Abführmittel hoben die völlige Obstipation und das Erbrechen nicht auf. Bei der Operation waren verschiedene Zusammenwachsungen der Gedärme und des Peritoneums zu sehen. Ein Teil des Dünndarmes war aufgebläht, der untere Teil zusammengefallen. An der Stelle des Überganges war der Darm durch einen Strang zusammengedrückt. Nach dem Durchschneiden desselben füllten sich die leeren Teile des Darmes. Die Heilung verlief ungestört.

f) F. S. 27 jähriger Kutscher, erkrankte plötzlich am 8. Jan. 1908. Er erbroch unaufhörlich und klagte über starke Schmerzen. Bauchwände straff, grosser Meteorismus, Collaps.

Bei der Operation stellte es sich heraus, dass das ganze Mesenterium sich um seine Axe gedreht hatte und sein unterer Rand den untersten Teil des Ileums zusammendrückte. Die ganze Menge des Mesenteriums wurde um 360° zurückgedreht. Der Zustand der Gedärme besserte sich etwas nach der Detorsion, es zeigten sich jedoch Blutergüsse und der Meteorismus nahm zu. Die Reposition der Gedärme gelang erst nach Punction derselben. Der Kranke erhielt nach der Operation 1500 g. Kochsalzlösung subkutan mit 15 Tropfen Tonogen (Richter). Sein Zustand besserte sich anfangs, am 17/I. fühlte er jedoch, dass etwas in seinem Bauche platzte.

Die Bauchwunde öffnete sich, und durch die Öffnung entleerte sich nach Kot riechender Eiter. Am 19/I. meldeten sich das Erbrechen und der Meteorismus wieder, der Tod erfolgte am 21/I. Bei der Obduktion wurde die nachträgliche Perforation des Dünndarmes, an der Stelle der Strangulation nachgewiesen.

Der Ileus ist in den meisten Fällen durch mechanische Hindernisse bedingt, deren Natur den Erfolg einer internen Behandlung ausschliesst. Die die Peristaltik befördernde Wirkung des Atropins und des Physostigmins ist in solchen Fällen eher schädlich, als nützlich. Das lange Warten ist bei jedem Ileus gefährlich. Es wäre sehr gefährlich, wenn man auf Grund der subjektiven Erleichterung, welche nach Magenspülungen und Morphin aufzutreten pflegt, die Operation aufschieben würde. Erfolg kann man nur von sehr voluminösen, hoch eingeführten Eingüssen hoffen, wenn aber der gewünschte Erfolg ausbleibt, so soll man ohne Zeitverlust operieren.

Die Anwendung des Trocken-Heissluftkastens bewährte sich im Allgemeinen zur Beförderung der Peristaltik und wurde nach der Operation in jedem Falle angewandt, in welchem dies erwünscht war. Wenn aber Zeichen der Entzündung vorhanden sind, ist der Eisbeutel vorzuziehen. Gute Beobachtung und Erfahrung führen uns wann Kälte und wann Wärme anzuwenden sei, ob man von den Priessnitzumschlägen oder von den Weingeistumschlägen guten Erfolg erwarten kann, oder ob man am besten tut, wenn man die regelmässig verlaufende Heilung, durch keinen Eingriff stört.

4. D. B. CSERMÁK Über die nach Stovain-Lumbalanalgesie auftretende Albuminurie.

Im Zentralblatt für Chirurgie teilte SCHWARZ mit, dass er im Urin von 78% der im Stovain-Lumbalanalgesie Operierten Eiweiss nachweisen konnte. Der Anregung von Herrn Prof. MAKARA folgend prüfte der Vortragende den Harn, der auf der chirurgischen Klinik hierorts in Lumbalanalgesie Operierten (im ganzen 360 Fälle). Aus der Untersuchung wurden diejenigen Fälle ausgeschlossen, in welchen eine allgemeine Narkose nötig war, und jene, in welchen irgend eine Störung der Nierentätigkeit nachgewiesen werden konnte. Es wurden stets 0.5—0.6 g. Stovain (Billon) injiziert. Ernste Komplikationen kamen nicht vor. Der Harn wurde bei 60 Kranken mit Salpetersäure und mit Sulfosalicylsäure geprüft. Die erste Harnportion wurde 5—6 Stunden nach der Operation mittelst Katheter entnommen. Die Prüfung wurde durch 10—14 Tage täglich wiederholt.

Der Harn enthielt in 12 Fällen Eiweiss und zwar in 2 Fällen mehr als 1‰ (Esbach) in 10 Fällen mehr als 1/2‰ und in 9 Fällen weniger als 1/2‰. Im Sediment wurden Leukocyten 6-mal, granulirte Cylinder 2-mal, beide 1-mal gefunden. Die Albuminurie war von keinen anderen klinischen Symptomen begleitet.

Discussion. Prof. D. SZABÓ erwähnt, dass im Gegensatz zu der allgemeinen Narcose, die lumbale Analgesie weniger gefährlich schien, was einen Versuch mit derselben rechtfertigte.

Der Vortragende machte über einen Nachteil des Stovains, nämlich über die Schädigung der Nieren Mitteilung. DR. GÓTH erwähnte schon, dass an der gynaekologischen Klinik unlängst eine Frau mit einem malignen Ovarialtumor und grossen Ascites kurz nach der Stovain Injektion unter den Symptomen der Herzlähmung starb. Auf Grund dieser Erfahrung, wird die Stovainanalgesie in ähnlichen Fällen, auf der gynaekologischen Klinik nicht mehr angewendet. Das individuelle Verhalten kommt auch bei der Lumbalanalgesie in Betracht. Er kann die Lumbalanalgesie nur dann gebrauchen, wenn dadurch die Chloroformnarkose abgekürzt werden kann, also besonders bei Laparotomien. Die TRENDELENBURG'sche Lagerung ist meistens wegen der Art der Operation nicht zu vermeiden, er wartet jedoch stets mindestens 20 Minuten nach der Injection, bevor er das

Becken hebt. Die verstorbene Frau wurde nicht in diese Lage gebracht, also der Tod nicht dadurch verschuldet. Das Auftreten der Analgesie erfolgt so ungleichmässig, dass sie z. B. von nervösen Frauen nicht einmal wahrgenommen wird, so dass man Chloroform zur Narcose zu verwenden genötigt ist. In solchen Fällen genügen jedoch 5—10 Tropfen Chloroform pro Minute.

Die Lumbalanalgesie verdient, dass man sich weiter mit ihr beschäftigt. Eine längere Erfahrung wird vielleicht das Auswählen der geeigneten Fälle ermöglichen, mit der Möglichkeit unerwarteter Misserfolge muss man jedoch rechnen. Wenn man eine allgemeine Narkose braucht, so bevorzugt er das Chloroform über den Aether, da die nachträgliche schädliche Wirkung des letzteren (Lungenangraen) viel evidentester ist.

Prof. L. MAKARA: Die Lumbalanalgesie bleibt auch dann ein wertvolles Mittel, wenn die Fälle ausgewählt werden müssen, und wenn man die Grenze der Verwendbarkeit der Methode nicht auszudehnen wünscht. Die anfangs viel gelobte Lumbalanalgesie hat jetzt viele Gegner. Seine über die Nierenaffektion gemachten Erfahrungen — wie dies vom Vortragenden mitgeteilt wurde — sind viel günstiger, als diese von SCHWARZ. Er bleibt am Standpunkte, dass man nie über 0.06 centigr. Stovain verwende, und die Grenze der Analgesie nicht höher als bis zum Nabel hinauszuschieben wünsche. Die Gefahren der Chloroformnarkose sind zwar seit der Anwendung des ROTH-DRÄGER'schen Apparates geringer als früher, das Chloroform bleibt indessen ein gefährliches Mittel. Er gibt darum der Aethernarkose bei nach WITZL reklinierten Kopf den Vorzug.

Wenn man bei der Lumbalanalgesie die Grenze der Analgesie durchaus ausdehnen will, so soll man eher Tropacocain verwenden, da dieses die motorischen Wurzeln viel weniger beeinflusst, und dadurch die Gefahren der Lähmung der Atmungsorgane geringer werden. Er hatte unter Einhaltung dieser Kautelen, keine ersten Unfälle nach der Anwendung des Stovains beobachtet. Die Bemerkung von Prof. UDRÁNSZKY, dass die beobachteten Verschiedenheiten in der Wirkung, auf Verschiedenheiten der Praeparate zurückgeführt werden könnten, findet ihre Bestätigung in der nachgewiesenen Tatsache, dass selbst das gute BILLON'sche Präparat, während des Stehens Veränderungen — bezüglich des Epirenins — erleidet. Es wäre jedenfalls besser die wirkende Substanz in Pulverform aufzubewahren und die Lösungen stets frisch zu bereiten, dadurch würde aber das Verfahren seine Einfachheit zum Teil einbüßen.

An der Discussion nehmen noch Prof. PURJESZ, Prof. KENYERES, DR. GOTH, DR. STEINER, und DR. SÁNDOR teil.

III. Fachsitzung am 15. Februar 1908.

I. Prof. Kol. BUDAY. *Kasuistischer Beitrag zur Erklärung der Entstehung der Lungengangrän.*

Im demonstrierten Falle klagte der betreffende Patient schon vor Jahren über Husten und entleerte von Zeit zu Zeit übelriechendes Sputum. In der letzten Zeit zeigten sich die Symptome eines pleuritischen Exsudats.

Obductionsbefund: Im unteren Lappen der rechten Lunge eine hochgradige, zum Teil schon abgegränzte Gangrän, ichoröses Transsudat in der Pleurahöhle, welches nach den Brustmuskeln hin durchbrach. In der Luftröhre des rechten unteren Lungenlappens ist eine verkalkte peribronchiale Drüse eingekeilt, um den Bronchus finden sich noch mehrere ähnliche Drüsen in Narbengewebe eingeschlossen vor.

In solchen Fällen fällt der zum undurchgänglichen Bronchus gehörende Lappen zusammen, es treten catarrhalische Entzündung und Vernarbung ein, schliesslich erfolgt der gangränöse Zerfall unter eventueller Mitwirkung der Anaërobie des Bronchieninhaltes und der temporären Abnahme der Leukocytentätigkeit. Ähnliche Fälle kommen nicht selten vor, sie fanden jedoch wenig Beachtung. Im demonstrierten Falle wurden in den gangränösen Lungenteilen dieselben Mikroorganismen (*B. fusiformis*, *Spirochaete*) nachgewiesen, welche gewöhnlich in solchen Gangränen vorkommen, welche durch Aspiration aus dem Munde entstanden sind. Da in diesem Falle die Verbindung mit der Mundhöhle abgeschlossen war, so ist daraus ersichtlich, dass die oberen Luftwege nicht vollkommen bakterienfrei sind. In ähnlichen Fällen könnte die Bronchoskopie zur Aufstellung der Diagnose beitragen.

2. DR. R. FABINYI: Über die häusliche Pflege der Geisteskranken (Siehe diese Revue S. 4—8.)

3. DR. F. VERESS: Über interessante Hautaffektionen mit prozitierten Bildern. I. Reiche. Syphilis.

Die verschiedenen Symptome und Erscheinungsformen werden in etwa 60 Bildern demonstriert.

Man kann auch ohne Anamnese erkennen, ob eine syphilitische Eruption früh oder spät nach der Infection erschien. Die Prognose ist am günstigsten, wenn nach der regelmässigen Zeit Roscoelen auftreten, weniger günstig wenn sich auch Papeln zeigen, oder wenn der Ausschlag rein papulös ist. Das Exanthema micropapulös bietet noch schlechtere Aussichten, indem es auf die schwache Widerstandsfähigkeit des Organismus hinweist. Pustulöses oder ulceröses Syphilid berechtigten zur schlechtesten Prognose.

Der Vortragende spricht noch über die Syphilis maligna, Leukoderma syphiliticum, Syphilis congenita, über die Symptome

der I., II. und III. Periode, über die Theorien, welche zur Erklärung der tertiären Syphilis aufgestellt wurden und schliesslich über die Bedeutung der *Spirochaeta pallida*.

IV. Fachsitzung am 22. Februar 1908.

1. DR. B. GÁMÁN demonstriert einen Kranken mit durch Narbengewebe bedingter Oesophagusstrictur. Aus dem Oesophagus des Patienten wurde ein Stückchen steckengebliebenes Fleisch entfernt.

Discussion Prof. MAKARA bemerkt, dass auf seiner Klinik die Fremdkörper stets unter Kontrolle der Oesophagoskopie entfernt werden.

2. DR. BLUMENFELD: Über die PIRQET'sche Cutanreaktion und deren Modification nach DETRE.

Nach der Besprechung der Untersuchungen von PIRQET, WOLFF—EISNER, MAININI, BANDLER, KREIBICH, ENGEL und BAUER beschreibt der Vortragende das Verfahren von DETRE. Durch DETRE's Verfahren sollte nicht nur die Frage beantwortet werden, ob die untersuchte Person tuberkulotisch sei oder nicht, sondern es soll auch über die Aetiologie und den Verlauf der Krankheit Aufschlüsse geben, nämlich ob die Infektion durch humane oder bovine Bacillen erfolgte, ferner ob man es mit einem acuten oder chronischen Vorgang zu tun hat.

Er berichtet über zwei Gruppen der Versuche, nämlich über solche, welche nicht mit der DETRE'schen Modifikation und solche welche mit dieser angestellt waren. Vor dem Erscheinen der Mitteilung DETRE's verimpfte Verfasser in die Haut eines Unterarmes durch oberflächliche Skarifikation konzentriertes Tuberkulin (Koch's altes Praeparat), 10%iges Tuberkulin, SPENGLER's Perlsucht-Tuberculin, dessen 10%-ige Verdünnung, und zur Kontrolle $\frac{1}{2}$ %iges Karbolwasser. Unter den so untersuchten Kranken waren 42 sicher tuberkulotisch, 16 auf Tuberkulose verdächtig. Auf das konzentrierte Tuberkulin reagierten aus der ersten Gruppe 57.1 %, aus der zweiten 46.6 %, auf das Perlsucht-Tuberculin reagierten aus der ersten Gruppe nur 16.7, aus der zweiten Gruppe nur 6.6 sicher positiv. 152 Patienten wurden unter Verwendung der DETRE'schen Modifikation untersucht. Aus der Gruppe der sicher an Lungen-Tuberkulose leidenden reagierten auf 25 % Tuberculin 66.6% positiv, aus der Gruppe der an Knochen und Gelenks-Tuberkulose leidenden 81.2%. Bei den an Tuberkulose verdächtigen fiel die Reaktion noch öfter positiv aus. Am interessantesten ist das Resultat der bei den nicht tuberkulotischen Personen ausgeführten Impfungen. Bei Kindern (0—15 Jahre) wurden in 25% der Fälle, bei Erwachsenen in 54.8% sicher positive Reaktionen erhalten. Auf das humane und bovine Filtrat erhielt man viel seltener die positive Reaktion als auf das Tuberculin. Bei 9 Säuglingen fielen sämtliche Reaktionen negativ aus.

DERRE'S Einteilung folgend waren 9 der 16 positiven Fällen bei Knochen und Gelenks Tuberkulose, ferner 14 der 50 Lungen-tuberkulose-Fälle als „bovine“ Reaktionen zu betrachten.

Die Papeln bildeten sich meistens schon in den ersten 12 Stunden aus, und heilten unter oberflächlicher Desquamation und Pigmentation in 6—8 Tagen. In einem Falle ging aus einer Papel Lymphangoitis aus, in einem anderen Falle vergrößerten sich die Lymphdrüsen der Achselhöhle. Die Papeln erschienen in drei Fällen nach Injektion von Tuberculin wieder.

Kaninchen reagierten weder auf das Tuberculin, noch auf das Filtrat.

Der Vortragende hält die Theorie von DERRE für sehr geistreich und leicht erklärlich, er schreibt ihr jedoch keinen praktischen Wert zu. Er hält die Cutanreaktion im Allgemeinen vom diagnostischen und prognostischen Standpunkte für nicht sehr wertvoll, und stimmt *Pirquet und Wolff—Eisner* besonders in dem Punkte nicht bei, dass bei sicherer Tuberkulose das Ausbleiben der Reaktion ein ungünstiges Zeichen wäre. Er erhielt die Reaktion oft in schweren Fällen, in höchst vorgerückten Stadien der Krankheit, dagegen blieb sie oft in den leichteren Fällen aus.

Das Endresultat seiner Beobachtungen fasst der Vortragende folgend zusammen:

1. Ein Zusammenhang zwischen der Tuberkulose und der *PIRQUET*'schen Cutanreaktion besteht unzweifelhaft, die Reaktion ist jedoch auf Grund der bis heute mitgeteilten Untersuchungen nicht als spezifisch zu betrachten.

2. Der positive Ausfall der Reaktion bedeutet nicht immer sicher Tuberkulose, nicht einmal bei Kindern. Der negative Ausfall der Reaktion beweist dagegen nichts gegen die Annahme der Tuberkulose.

3. Ein prognostischer Wert beim negativen Ausfall, ist der Reaktion kaum zuzuschreiben.

V. Fachsitzung am 29 Februar 1908.

1. Dr. F. VERESS. *Fibrolysinbehandlung bei ausgedehnten Narben nach Verbrennung*. Am II. internationalen Dermatologen-Kongress 1892 berichtete *HEBRA* über seine mit Thiosinamin (Allylsulfocarbamid) bei Lupus angestellten Versuche. Nach Injektion einer 15%igen Lösung dieses Mittels in Alkohol tritt eine lokale Reaktion ein, die Wiederholung der Injektion verursachte die Besserung des Lupus, die fibrösen Geschwülste und geschwollene Drüsen nahmen ab, sämtliche Narben wurden weicher oder völlig resorbiert, Trübungen der Hornhaut klärten sich auf. Die Patienten nahmen dabei an Gewicht meistens zu. Auch *TONSEY*

SINCLAIR beschreibt die gute Wirkung dieses Mittels bei verschiedenen Krankheiten, so z. B. auch bei Schwerhörigkeit, sogar in Fällen, in welchen die Beweglichkeit der Gehörknöchelchen durch fibröse Mengen oder Narben gehindert wird. Der Nachteil des Thiosinamins liegt in der Schwierigkeit seiner Anwendung, wegen seiner Unlöslichkeit in Wasser. Diese Schwierigkeiten fallen durch die Einführung des durch MENDEL dargestellten Fibrolysin weg. Das Fibrolysin wird aus Mol. Thiosinamin und $\frac{1}{2}$ Mol. salicylsaurem Natron dargestellt. Es ist in Wasser leicht löslich, seine Lösung kommt in Ampullen von 2·3 cm³ Inhalt, welche je 0·2 gr. Thiosinamin enthalten in den Handel. Sie kann ohne schlechte Folgen in die Muskel eingespritzt werden.

Der demonstrierte 36 jährige Mann erlitt am 10 Mai 1907 auf der ganzen Rückenseite beider unteren Extremitäten vom Kreuzbein bis zu den Waden eine schwere Verbrennung. Die Brandwunden heilten unter Bildung von starken Narben, infolge deren Kontraktion konnte der Patient nur mit gebogenen Knien stehen. Die Mitte der grossen Narben war von radiären, bretharten Bündeln eingenommen. Der Patient erhielt vom I/XII bis 29/I anfangs täglich, später zweitäglich im Ganzen 31 Fibrolysin-Injektionen. Heute sind die Extremitäten frei beweglich, die harten Narben lassen nach, die radiären Bündel sind vollkommen abgeglichen. Die Wirkung des Fibrolysin muss durch energische Massage unterstützt werden. Das Fibrolysin bewirkt das seröse Durchtränken der Narben, welche durch die Massage unterstützt die Resorption der Narben in Gang setzt. Der Kranke nahm während der Behandlung bei gewöhnlicher Kost 7 Kgr. an Körpergewicht zu.

Das Thiosinamin kann in dieser Form in der Chirurgie, Gynäkologie, Augenheilkunde, Ohrenheilkunde eine ausgedehnte Anwendung finden.

2. Dr. H. KANITZ demonstriert folgende Fälle:

a) *Tylosis palmaris et plantaris syphilitica*. L. S. 24 jähriger Koch hat seit 6 Wochen an beiden Handflächen und Sohlen einen schmerzhaften Ausschlag. Zur Zeit sind an beiden Stellen linsensbis hellergrosse runde, ferner schlangenförmige braunrote Flecken zu sehen. Diesen Flecken entsprechend fühlt man in der oberen Schichte der Lederhaut feste Infiltrate, welche nicht über die Oberfläche der Haut hinausragen. Die Infiltrate sind zum Teil mit gesunder Epidermis bedeckt, über die meisten ist die Epidermis hornartig verdickt und bildet wahre Schwielen. Vom Fersenteil der Sohle aus zieht das Infiltrat diffus an die hinteren und seitlichen Teile der Ferse und endet hier in scharfen gebogenen Linien. Die Hyperkeratose ist an diesen Stellen so hochgradig, wie bei Keratoma plantare. Die charakteristische schinkenrote Färbung

und die scharfen polyeyklischen Ränder lassen auf Syphilis schliessen, deren andere Zeichen ebenfalls zu finden sind. Über die Zeit der Infektion kann der Kranke keinen Aufschluss geben.

b) *Syphilis gyrate*. An der ganzen Körperoberfläche eines 9 Monate alten Kindes, bestehen seit 6 Wochen papuläre ringförmige und schlangenförmige Syphilide, welche besonders durch ihre grosse Ausdehnung und schönen Formen unsere Aufmerksamkeit fesseln. Die Infiltrate, welche in Ring-, Nieren-, Hufeisenformen oder in serpiginösen Linien fortschreiten, bilden an der Haut die schönsten ornamentartigen Figuren. An manchen Stellen sieht man aus concentrischen Ringen bestehende circinäre Papeln.

Die Mutter des Kindes ist seit 17 Jahren verheiratet und wurde 7-mal entbunden. Ein Kind wurde tot geboren, die anderen verstarben in der ersten Lebenszeit, so dass sie ausser dem vorgeführten, keine Kinder hat. Als Ursache dieses häufigen Absterbens der Kinder könnte Syphilis angenommen werden. Die gute Entwicklung und sonstige Gesundheit des demonstrierten Kindes, ferner der Umstand, dass die Symptome der Syphilis erst im 8-ten Monat des Lebens auftraten, sprechen gegen den hereditären Ursprung der Krankheit.

c) *Glossitis gummosa et interstitialis diffusa syphilitica*.

Eine 58 jährige Frau bemerkte vor $\frac{3}{4}$ Jahren an ihrer Zunge kleine Geschwüre. Ihre Zunge begann später zu schwellen und nahm bis zum doppelten Volumen zu, so dass sie die Patientin im Essen und Sprechen hindert. In der Zunge sind 3 haselnuss-grosse Knoten zu fühlen, diesen entsprechend ragt die Schleimhaut der Zunge kugelförmig oder flach empor. Am Rande der Zunge sind einige radiäre eingezogene Narben zu sehen. Geschwüre sind nicht vorhanden, die Drüsen unter dem Kinn sind kaum zu fühlen. Die Patientin hat keine Schmerzen. Die Anamnese bietet zwar keine Anhaltspunkte für die Annahme der Syphilis, das klinische Bild macht jedoch die Diagnose der tertiären Syphilis sicher. Die Kranke wird mit Atoxyl behandelt, von welchem der Vortragende bei tertiärer Syphilis gute Erfolge gesehen hat.

d) *Lues congenita. Pemphigus syphiliticus. Exanthema maculopapulosum et infiltratio diffusa syphilitica cutis. Coryza, onychia et paronychia luetica*. Der Vater des demonstrierten zwei Wochen alten Säuglings ist angeblich gesund, bei der Mutter sind zur Zeit keine Symptome der Syphilis vorhanden. Sie gebar vor 8 Jahren ein totes Kind, welches von einem anderen Vater stammte, seitdem war sie nicht schwanger. Am 6-ten Lebenstage traten an beiden Sohlen und Handflächen des Kindes Blasen auf, nachher meldete sich auf der ganzen Körperoberfläche ein dichter Ausschlag.

Zur Zeit sind an der palmaren Seite der Finger des wenig

entwickelten Säuglings linsen bis hellergrosse, oberflächliche, leicht blutende Erosionen mit blasenartig abgelösten Rändern zu sehen. Stellenweise sieht man noch erbsengrosse Blasen mit trüben Inhalt. Die Handflächen und Sohlen sind von braunen Schorfen bedeckt, nach deren Entfernung man epidermislose nasse Flächen mit polycyklischen Rande findet. Onychia und Paronychia an mehreren Fingern und Zehen. Die ganze Körperoberfläche ist dicht von linsen bis krönengrossen, hellroten, zum teil ödematösem Flecken und dunkleren Papeln bedekt. Stellenweise fliessen die Papeln zusammen und bilden handflächengrosse Infiltrationen. Um den After und in den genito-femorale Falten sind hypertrophische Papeln. Die Nasenschleimhaut sezernirt ein übelriechendes Sekret. Der Säugling atmet schwer und kann nicht saugen. Seitens der Knochen sind keine Veränderungen zu sehen. Im Blute aus der Fingerspitze waren keine Spirochaeten nachzuweisen, dagegen wurden solche zahlreich im abgekratzten Boden der erodirten Blasen nachgewiesen.

Diskussion : Prof. MAKARA, Prof. MARSCHALKÓ.

3. Prof. Bl. KENYERES: Über verborgene Frakturen auf Grund von Untersuchungen mit Röntgenstrahlen (S. diese Revue s. 9—12).

VI. Fachsitzung am 7. März 1908.

1. Dr. H. KANITZ demonstriert folgende Fälle :

a) Sarcoma idiopathicum multiplex pigmentosum (Kaposi).

S. M. 44 jähriger Gutsbesitzer. Vor 11 Jahren entwickelten sich am Rücken der rechten Hand, ferner am linken kleinen Finger, am Fussrücken bläulich-rote Knoten; diese blieben 1—2 Jahre unverändert, dann traten neue zerstreut an der ganzen Körperoberfläche auf.

Seitens der inneren Organe sind keine pathologischen Veränderungen festzustellen, der Kranke hat keine subjektive Unannehmlichkeiten; er wird seit 9 Jahren mit Arsen behandelt. Auch die Röntgenstrahlen wurden 3-mal versucht, ein Teil der Knoten bildete sich zurück, sie kamen jedoch zum Teil wieder, es bildeten sich ferner neue Knoten.

Das demonstrierte Pigment-Sarcom (Kaposi) gehört zu den sogenannten sarcoiden Geschwülsten, die Prognose ist im Allgemeinen ungünstig, im Laufe der Jahren bilden sich doch Metastasen in den inneren Organen und führen schnell zum Tode. Es kommen jedoch auch spontane und durch Medikamente bewirkte Heilungen vor.

2. *Geschwür an der Stelle der cutanen Tuberkulinimpfung.*

Der Vortragende hat in die Haut eines jungen Mannes, der an Scrophulodermie litt, konzentriertes und verdünntes Tuberkulin eingepflicht. In 18 Stunden bildeten sich *Pirquet'sche* Papeln aus, eine wurde zur histologischen Prüfung ausgeschnitten.

An der Stelle der zweiten Papel trat am 6-ten Tage ein Geschwür von 1 cm. Durchmesser, von tuberkulösem Charakter auf. An der Stelle der ausgeschnittenen Papel bildete sich ebenfalls ein noch grösseres Geschwür, welches an die Geschwüre bei Scrophulodermie erinnert. Bei der Excision der Papel war die Infektion ausgeschlossen. Tuberkelbacillen waren in den Geschwüren nicht nachzuweisen.

In dem vom Vortragenden benutzten Tuberkulin waren nach 1 Stunde langem Zentrifugieren keine Tuberkelbacillen nachzuweisen. Der Vortragende glaubt, dass die Pathologie der Hauttuberkulose mit Hilfe der Tuberkulin Hautreaktionen dem direkten Experiment zugänglich wird.

2. Prof. K. LECHNER. *Über die physiologischen und pathologischen Empfindungen.*

Über unsere Empfindungen sind zahlreiche Ansichten und Theorien bekannt. Die meisten entbehren eine naturwissenschaftliche Grundlage und beschäftigen sich eher mit metaphysischen Spekulationen. Der Vortragende hält es darum für zweckmässig die Ergebnisse seiner in dieser Richtung geführten Forschungen bekannt zu machen.

Über das Wesen der Empfindungen wissen wir ebenso wenig, wie über das Wesen anderer Energien. Sie sind Erscheinungen der Reflexvorgänge und begleiten die molekularen Veränderungen des lebenden Plasmas. Nur die Genese und die Wirkungen der Empfindungen können beleuchtet werden.

Bezüglich der *Genese der Empfindungen* sind die ererbten und die erworbenen Formen von einander zu unterscheiden. Beide können entweder durch Aussenreize, oder durch die, in den eigenen Lebensvorgängen des Organismus gegebenen Innenreize ausgelöst werden. Demgemäss sind zu unterscheiden: 1. *ererbte Sinnesempfindungen*, als durch Reize der Aussenwelt hervorgerufene Erregungsempfindungen, 2. *ererbte Gemeinempfindungen*, als Arbeitsempfindungen der Lebensvorgänge des Organismus; 3. *erworbene Wahrnehmungen* als der Aussenwelt entstammende und in diese projizierte Objektsempfindungen und 4. *erworbene Stimmungen* als feine Subjektsempfindungen des Organismus. Die zwei letzteren sind zusammengesetzte Empfindungen und werden aus Complexen der associativ zusammenfliessenden beiden ersten Empfindungsarten geformt.

Die Wahrnehmung darf nicht zu den wahren Empfindungsassociationen gerechnet werden, da sie — obwohl aus solchen stammend — wenn einmal ausgeformt, nicht mehr in ihre Compo-

nente aufzulösen ist, ihre Täuschungen nicht zu korrigieren sind, und sie sich innerhalb des associativen Geschehens eben so verhält, wie die einfachen Empfindungen. Sie ist als eine wahre auskristallisierte Empfindungseinheit zu betrachten. Die Stimmungen werden von vielen Autoren als ergänzende Eigenschaften der Empfindungen betrachtet. Für ihre Selbständigkeit sprechen jedoch mehrere Tatsachen. Sie sind von den Qualitäten und Intensitäten der sie begleitenden Empfindungen vollkommen unabhängig. Sie leben in der Erinnerung selbstständig weiter und gehen aus dieser auch hervor. Sie können durch bestimmte Narcotica selbstständig erweckt werden. Blutgefäßlähmungen oder Spasmen vermögen ihr Entstehen zu beeinflussen, ja sogar zu verhindern. Selbst in Contrastformen sind sie associationsfähig. Schliesslich besitzen sie stets eigene Qualitäten und eigene Intensitäten.

Die *Wirkungen der Empfindungen* stammen aus deren Eigenschaften. Es gibt passive und aktive Empfindungen. Die ersteren hängen ausschliesslich von der Natur des auslösenden Reizes ab. Bei den letzteren wird das Resultat noch durch das empfindende Plasma beeinflusst.

Von der Dauer des Reizes und von seinen zeitlichen Umänderungen hängen die passiven zeitlichen Verhältnisse der Empfindung ab, welche in der Tatsache der *Erwartung* zur Geltung kommen.

Durch die Intensität oder Quantität des Reizes werden die passiven Intensitätsverhältnisse der Empfindung bestimmt, woraus sich die Tatsache der *Wertschätzung* ergibt.

Die Irritabilität des Plasmas, beziehungsweise der Spannungszustand seiner Energien — Grund dessen letztere schwerer oder leichter auslösbar werden — ruft dagegen die Reizempfänglichkeit, die Reaktivität des Plasmas und damit die Akuität der Empfindungen hervor. Dieser zum Teil hemmende, zum Teil bahnende Umstand birgt die Keime des *Strebens* in sich. Schliesslich bestimmt die eigene Qualität des reizempfangenden Plasmas in aktiver Weise die Qualität und die Wirkung der Empfindung, wodurch die Tatsachen der *Verwirklichung*, das heisst die Empfindung des positiven Daseins der Reize, zur Erscheinung gelangt.

Da alle Empfindungen gleichzeitig 1., eine Dauer, 2., eine Intensität, 3., eine Reizempfänglichkeit und 4., eine Qualität besitzen, so können sämtliche Wirkungen der Empfindungen, auf diese vier Grundeigenschaften zurückgeführt werden.

VII. Fachsitzung am 14. März 1908.

Prof. LECHNER. *Über die physiologischen und pathologischen Empfindungen der Erwartung.*

Alle vier genetischen Typen der Empfindungen sind bezüglich ihrer Eigenschaften pathologischen Veränderungen unterworfen. Sei nun die Ursache in animalen Reizmangel oder Reizübermass, in vegetativen Nahrungsmangel oder Nahrungsüberfluss, in der biologischen Constitution oder Disposition, oder gar in einer pathologischen Veränderung zu suchen, die krankhafte Empfindung wird stets durch krankhafte Reflexerscheinungen begleitet. Die Steigerung oder die Herabsetzung der Reflexfähigkeit verursacht stets nur quantitative Abweichungen in der Form der hypersthenischen und der hyposthenischen Reflexe. Sobald aber bahnende oder hemmende Beireflexe sich hinzugesellen, treten auch qualitative Veränderungen ins Leben und zwar in der Form der palinsthenischen und der parasthenischen Reflexe. Das Resultat der Reflexe kann ausserdem, noch durch die Successivität oder die Simultaneität der Reflexassoziationen modifiziert werden. Die Tatsache der Erwartung wird durch die zeitlichen Verhältnisse der reizbedingten passiven Erregungen gegeben. In der Succession der Reflexe kommt sie als Empfindung der Erregungsveränderung, bei den simultanen Reflexbegegnungen als Empfindung des Erregungsunterschiedes zum Vorschein.

Im Typus der *Wahrnehmung* lässt uns die erste Form die Erregungsdauer, die zweite die Erregungsdifferenz empfinden. Steigert sich die Erregungsdauer pathologisch, so überdauert die Empfindung den Reiz, was eine verlängerte Empfindung zustande bringt. Nimmt die Erregungsdauer pathologisch ab, so hören die Empfindungen früher auf als, die Reize, sie werden abgekürzt. Unter dem Einflusse von Beireflexen entstehen aus der einen Art Nachempfindungen, aus der anderen, die dem Reiz vorangehende Vorempfindungen. Im Bereiche der Erregungsunterschiede lässt die pathologische Steigerung vermehrte Unterschiede, die Abnahme verminderte Unterschiede empfinden. Unter der Wirkung von Beireflexen können auch diese Unterschiede positive oder negative Umänderungen erfahren.

Im Typus der *Gemeinempfindung* erfahren die verschiedenen Organempfindungen ebenfalls zeitliche Veränderungen. Diese Veränderungen geben sich teils als successiv verlaufende Arbeitsempfindungen, teils durch simultan auftretende Spannungsempfindungen kund. Ihre pathologische Steigerung lässt uns ein Übermass von Arbeit oder Spannung, ihre pathologische Abnahme einen Mangel dersel-

ben fühlen. Sie führen in der parasthenischen Form zur hypochondrischen, in der palinsthenischen Form zur nihilistischen Empfindung. In Begleitung starker organomotorischer Reflexwirkungen wachsen sie zu vegetativen Affekten, zu Orgasmen an.

Viel verwickelter gestalten sich die zeitlichen Verhältnisse jener Empfindungskomplexe, die die Objektempfindung vermitteln und sich in den Typus der *Wahrnehmung* kleiden.

Bei diesen gesellen sich zu den Aussenreiz-Empfindungen die Arbeitsempfindungen der Sinnesorgane, besonders die Spannungsempfindungen der Aufmerksamkeitsreflexe. Innerhalb der beständigen Spannungen der reizerwartenden Aufmerksamkeitsakte treten periodische Schwankungen auf. Es kommen nicht nur die Schwankungen der Ermüdung zur Geltung, sondern es werden auch Spannungsendulationen hervorgerufen, welche durch die Atmung und durch die Herztätigkeit, beziehungsweise durch Ernährungsfluktuationen jener bedingt erscheinen. Infolge dieser periodischen Schwankungen werden die Erwartungsempfindungen der Aufmerksamkeit durch taktmässige Muskelempfindungen unterbrochen. Hieraus entsteht die Zeitempfindung. Vermittelst der Aufmerksamkeit, kann die Dauer dieser taktmässigen Muskelempfindungen der Atmung, bald verlängert oder verkürzt, bald verlangsamt oder beschleunigt, ja sogar in kleinere oder grössere Abschnitte geteilt werden. So oft sich diese periodischen Muskelempfindungen weniger im successiven Nacheinander, vielmehr im simultanen Nebeneinander melden, gestaltet sich die Zeitempfindung zur Proportionsempfindung. Beide können pathologisch werden. Ihre Mangelhaftigkeiten und Übertreibungen, sowie ihre durch Beireflexe bedingten perversen und paradoxen Einseitigkeiten erzeugen bedeutende Erkrankungen der Wahrnehmung.

Im Typus der inneren *Stimmungen* lassen sich ebenfalls zeitliche Veränderungen erkennen. Sie schliessen in der Tatsache der Erwartung die subjektiven Empfindungen des individuellen Lebens in sich. Die psychische Arbeit wird ebenso, wie die körperliche von Empfindungen begleitet. Diese Empfindungen nehmen in ihrem successiven Nacheinander die Form der Lustempfindung an. Die Gefühle der Lust und Unlust, sammt ihren vielen Variationen und Komplikationen, entstammen einem zusammengesetzten verwickelten Komplexen solcher Gemeinempfindungen, die in Verbindung mit der Zeitempfindung jede psychische Arbeit begleiten. So oft ein simultanes Nebeneinander der Stimmungen entsteht und diese mit den periodischen Arbeitsempfindungen und Spannungsempfindungen der Proportionsempfindungen zusammenfallen, kommen aus den sich associirenden Lustempfindungen, die Empfindungen des Gefallens und des Missfallens, die ästhetischen Empfindungen zustande.

Die ästhetischen Proportionsempfindungen der Bewegung

erzeugen das Gefühl des Rythmus, diejenigen des Gehörs das Gefühl der Harmonie und jene des Sehens das Gefühl der Symmetrie. Die positiven und negativen Lustempfindungen, wie auch alle ästhetischen Empfindungen zeigen in ihren krankhaften Formen die verschiedensten Übertreibungen und Verkertheiten. Mit starken organomotorischen Reflexwirkungen gepaart, entarten sie sogar zu mannigfachen pathologischen Seelenaffekten.

VIII. Fachsitzung am 21. März 1908.

1. Dr. P. STEINER *Rezidiv nach einem mit X-strahlen behandelten und geheilten Karzinom der oberen Lippe.*

An der oberen Lippe des 50 jährigen Mannes war vor 8 Jahren eine Warze, welche später exulzerierte und nicht mehr verheilte. Vor 3 Jahren wurde er durch 6 Wochen mit X-strahlen behandelt, worauf das Geschwür verheilte. Nach einem Jahre meldete sich an derselben Stelle wieder ein Geschwür, welches sich auch auf die Schleimhaut der oberen Lippe ausdehnte.

Die submentalen und submaxillaren Lymphdrüsen sind beiderseits karzinomatös infiltriert.

Die Radiologen halten heute die Behandlung der „oberflächlichen“ Karzinome mit x-strahlen berechtigt. „Oberflächlich“ ist aber ein sehr relativer Begriff. Die Erfahrung lehrt, dass in der Chirurgie die üblichen 1—1½ cm. tiefen Schnitte auch nicht immer genügen. Ein Teil der Radiologen empfiehlt die Behandlung mit x-strahlen für die basozellularen, nicht hornartigen Karzinome. CLAIRMONT äussert sich über die Resultate des Verfahrens sehr vorsichtig, in dem er sie für „nicht unbefriedigend“ erklärt. Man soll dagegen betrachten, dass bei der chirurgischen Behandlung der oberflächlichen Hautkarzinome, nur in 4—5% der Fälle Rezidiven beobachtet wurden. Vortragender hält demnach in ähnlichen Fällen ausschliesslich die radikale en bloc Operation für berechtigt.

. *Discussion.* DR. KANITZ. Im vorliegenden Falle wurde die R.-behandlung vor 3 Jahren auf der dermatologischen Klinik von ihm ausgeführt, die Behandlung hatte in diesem Falle zweifellos keinen Erfolg. Die Chirurgen kommen öfter in die Lage, Rezidiven nach der R.-behandlung sehen zu können, die wirklich geheilten Fälle sehen sie aber nicht.

Man muss gestehen, dass die Resultate der chirurgischen Behandlung auch nicht immer befriedigen. Er selbst behandelte mit R.-strahlen 3 solche Kranke. BERGMANN zählt 16% Recidiven binnen 3 Jahren, bei den in 8 Jahren auf seiner Klinik wegen oberflächlichen Hautkarzinom operierten Fällen.

Sichere zahlenmässige Angaben über die Recidiven nach der R.-behandlung fehlen. Von 60 so behandelten Kranken der Klinik kam bei 4 ein Rezidiv vor. Einer dieser Fälle, welcher auch in Berlin vorgeführt und 1 $\frac{1}{2}$ Jahre hindurch für geheilt gehalten wurde, wurde demonstriert.

Auf Grund dieser Erfahrungen darf man jedoch die R.-behandlung nicht verwerfen. Die R.-strahlen wirken unzweifelhaft spezifisch auf die Karzinomzellen ein, sie sind imstande diese zu vernichten. Die histologischen Prüfungen von H. Prof. MARSCHALKÓ beweisen, dass die Wirkung der R.-strahlen nur in den obersten Schichten des Karzinoms zur Geltung kommt, die Zellen werden in der Tiefe von einigen Millimetern nicht mehr angegriffen.

Die R.-strahlen sollen daher nur bei den oberflächlichen Karzinomen verwendet werden. Bei den tiefer liegenden Karzinomen empfiehlt auch R. in erster Linie die operative Behandlung, die R.-behandlung nur in inoperablen Fällen.

Bei den oberflächlichen Plattenepithel-Karzinomen hält er die R.-behandlung entschieden für vorteilhaft. Das Verfahren gibt beständige und kosmetisch einwandfreie Resultate.

Zur Demonstration werden 3 Fälle vorgeführt:

a) O. Gy. 48 jähriger Schuster hatte ein exulceriertes Karzinom an der rechten Seite der Nasenwurzel, welches auf die Behandlung mit R.-strahlen verschwand. Seitdem sind 3 $\frac{1}{4}$ Jahre ohne Rezidiv verstrichen.

b) M. K. 62 jähriger Beamter hatte im Jahre 1905. ein kronengrosses Ulcus rodens an der oberen Lippe, welches auf die R.-behandlung heilte. Er ist seit 3 $\frac{1}{2}$ Jahren gesund, ohne Rezidiv.

c) R. A. 38 jähriger Tierarzt kann nur durch Photographien demonstriert werden. Er hatte in Juni 1905. ein basozelluläres Karzinom an der rechten Wange, in der Nähe des Augenwinkels. Dasselbe heilte auf R.-behandlung, kein Recidiv also seit 2 Jahren und 7 Monaten.

Wenn man diese Fälle sieht, kann man über die R.-behandlung des Karzinoms kein Todesurteil fällen, man muss im Gegenteil zugeben, dass sie bei oberflächlichen Hautkarzinomen die chirurgische Behandlung nicht nur ersetzen, sondern auch Vorteile bieten kann.

DR. SÁNDOR, stimmt in wesentlichen Herrn Kanitz bei. Da aber solche Fälle wie der von Herrn STEINER vorgeführte vorkommen können, andererseits das operative Eingreifen bei kleinen Hautkarzinomen sehr leicht und ohne Schmerzen auszuführen ist, soll man bei der Behandlung mit x-strahlen sehr vorsichtig sein. Man sollte diese nur in solchen Fällen verwenden, wo die Möglichkeit einer fortdauernden Kontrolle vorliegt, damit man nötigenfalls mit der unbedingt sichereren Excision eingreifen kann. Er macht auf die KÉATING—HART'sche Fulguration aufmerksam.

Prof. MARSCHALKÓ. Seine histologischen Prüfungen zeigten, dass die R.-strahlen auf sämtliche Arten der Karzinomzellen vernichtend einwirken, ihre Wirkung beschränkt sich jedoch nur auf die ganz oberflächlichen Schichten. Die in der Tiefe verborgenen Karzinomzellen bilden den Ausgangspunkt der Rezidiven. Man darf trotzdem die R.-behandlung des Karzinoms nicht völlig verwerfen. Sie ist in manchen Fällen, besonders bei basozellularen Hautkarzinomen, welche z. B. im Augwinkel, am Nasenflügel sitzen, der Operation nicht nur gleichwertig, sondern sie ist vorzuziehen, da der erreichbare Erfolg auch kosmetisch ideal ist. Dass man dauerhafte Heilungen erreichen kann, beweisen die Fälle von Herrn KANITZ, er stimmt jedoch Herrn KANITZ auch im Punkte bei, dass 3 Jahre nicht hinreichen, um die Heilung gesichert zu betrachten. Die beständige Kontrolle der mit R.-strahlen behandelten Fälle ist jedenfalls nötig. Die basozellularen Karzinome welche aus dem Augwinkel ausgehen, sind nicht immer so bösartig, wie es CLAIRMONT und nach ihm Herr STEINER annimmt. Ein Beweis dafür ist der dritte vom Herrn KANITZ vorgeführte Fall.

Prof. MAKARA. Die operative Behandlung des Karzinoms ist kein ideales Heilverfahren, da man bei der Operation viel gesundes Gewebe aufopfern muss und dabei noch immer die Möglichkeit der Rezidive bestehen bleibt. Eine Methode, welche die sichere Vernichtung des Karzinoms unter Schonung des gesunden Gewebes auf unblutigem Wege ermöglichte, würde von allen Chirurgen mit grosser Freude empfangen werden; Die R.-therapie entspricht leider nicht diesen Hoffnungen. Gewisse Erfolge sind jedoch bei Hautkarzinomen und bei den tiefen chirurgisch nicht mehr zu behandelnden Karzinomen, dieser Methode nicht abzustreiten. Es ist immerhin fraglich, ob die R.-behandlung bei Hautkarzinomen die operative Behandlung zweckmässig ersetzen kann. In einfachen Fällen ist der langwierigen und weniger sicheren R.-behandlung, die in einigen Minuten ohne Schmerzen ausführbare Operation vorzuziehen, umso mehr, da in solchen Fällen der kosmetische Erfolg der Operation ebenfalls befriedigend ist.

Bei tiefer greifenden Karzinomen, ferner bei solchen, welche im Augwinkel oder an der Nasenschleimhaut sitzen, wäre natürlich der bessere kosmetische Erfolg der R.-therapie wünschenswert. Leider lässt uns in solchen Fällen auch diese meistens im Stiche.

Es kommt bei der Auswahl der Methode viel auf die Patienten an. Die Patienten stellen ihre eigenen Indikationen auf, und ziehen die langwierige unblutige Behandlung der Operation oft vor.

Die in der R.-therapie erreichten Erfolge sollen uns zur Vervollkommenung der Methode anregen.

Dr. STEINER betont wiederholt, dass bei dem heutigen Stand der Chirurgie, nach operierten Hautepithelkarzinomen nicht mehr als 4—5 % Rückfälle vorkommen. Die im Augwinkel sitzenden Kar-

zinome sind stets bösartig. Solange man keine sichere Beweise für die oberflächliche Verbreitung des Karzinoms hat, ist nur die operative Behandlung berechtigt.

2. DR. STEINER. *Nicht operierbarer Fall von vielfachen Karzinomen.*

An der linken Parotisgegend des demonstrierten 70 jährigen Mannes, sitzt ein handflächengrosses charakteristisches karzinomtöses Geschwür, welches sich seit 2 Jahren aus einer Warze entwickelte. An dem linken Os parietale, an dem rechten Nasenflügel sitzen Geschwüre, an der rechten Gesichtsfäche sind zahlreiche karzinomatöse Knoten zerstreut. Die ganze vordere Fläche der Brust ist von einem Ulcus rodens eingenommen. Das histologische Bild der Geschwüre und Knoten am Gesicht zeigt auf basozelluläres Karzinom.

Die chirurgische Therapie ist in solchen Fällen machtlos.

3. DR. H. KANITZ. Führt einen Fall von *Lichen ruber planus* vor, bei welchem die Affektion sich auch auf die Schleimhaut des Mundes ausbreitet.

4. DR. BLUMENFELD demonstriert einen mit Tuberkulin, seit 5 Monaten behandelten Patienten. Auf eine vor 5 Tagen gemachten Injektion von Perlsucht-tuberkulin (5 centigr) trat starke Reaktion auf, die vor 4—5 Monaten gemachten Reaktionen nach PIRQUET, CALMETTE und MORO erneuerten sich, am Rücken an den Stellen sämtlicher Injektionen traten wieder infiltrierte Knoten auf (ESCHERICH'S Stiehreaktion). Die viel betonte Unschädlichkeit dieser Reaktionen wird durch diese Erfahrung fraglich.

Ausserdem sah der Vortragende nach den conjunktivalen Reaktionen langdauernde Bindehautentzündungen und nach der MORO'schen Reaktion ebenfalls langdauernde Hautentzündungen.

5. Privatdoz. VESZPRÉMI demonstriert folgende Fälle: Lungenkarzinom, mediastinales Lymphosarcom. Chondrom in der Schädelhöhle. Die entsprechenden histologischen Präparate werden ebenfalls demonstriert.

Discussion. DR. BLUMENFELD macht den klinischen Verlauf des Lungenkarzinomfalles bekannt. Die physikalischen Symptome, die Dämpfung über die linke Brusthälfte, der Husten und die unregelmässigen Temperaturen, ferner die positiven Ophthalmo- und Cutanreaktionen führten zur Annahme der Tuberkulose, obwohl keine KOCH'schen Bazillen nachgewiesen wurden. Bei der Obduktion wurde der Dämpfung entsprechend der demonstrierte Tumor, und in der rechten Lungenspitze 3—4 linsengrosse verkalkte tuberkulöse Herde gefunden. Diese letzteren erklären den positiven Ausfall der Tuberkulinreaktionen. Die Ophthalmo- und Cutanreaktionen trugen in diesem Falle zur Feststellung der Diagnose

nicht nur nicht bei, sondern führten zu der irrtümlichen Annahme von Tuberkulose.

An der Diskussion nehmen noch Dr. LUKÁCS, Prof. v. UBRÁNSZKY und Privatdoz. JANCsó teil.

IX. Fachsitzung am 28. März 1908.

1. Prof. PURJESZ stellt einen Fall von Cirrhosis hepatis hypertrophica cum ictero sine ascitide vor, in welchem die Gelbsucht seit 2 Jahren besteht.

2. Dr. D. POROCKY. Phagocytose bei der Trypanosomiasis. (Siehe diese Revue S. 13—19.)
