

gen. Wie weit dieser Eingriff vollen Erfolg erzielt, hängt von mechanischen Umständen ab: von den Verwachsungen und der Kompressionsmöglichkeit der Kavernen. Das Verfahren soll aber immer versucht werden. Die Indikation der übrigen chirurgischen Eingriffe wird durch die Notwendigkeit derselben gegeben. Oft kann der künstliche Pneumothorax durch die Jakobäus-Operation oder Adhäsiolyse vervollkommenet oder zufriedenstellend gestaltet werden. Der Oleothorax bildet noch kein verbreitetes Verfahren, die Phrenicotomie bewährt sich als selbstständige Operation in seltenen Fällen, sie besitzt jedoch hauptsächlich als Zusatzoperation Berechtigung. Die Thorakoplastik zeigt in entsprechend ausgewählten Fällen hervorragende Resultate, doch ist sie ein schwerer Eingriff. Bei Spitzenkavernen sichert hauptsächlich die mit der extrapleurale Pneumolyse verknüpfte Plombe den Kollaps. Alldiese Operationen können mit einander kombiniert werden, doch kann keine die andere ersetzen. Der Erfolg ist zumeist ein relativer, kann aber für Jahrzehnte hinaus Heilung und damit die Herstellung der Arbeitsfähigkeit erzielen. Klinische Folgen der Operation sind, dass die Blutkörperchensenkung beschleunigt, und der mit der Toxinwirkung parallel gesteigerte Oxygenverbrauch wieder normale Werte zeigt: als positives Zeichen der allgemein günstigen Wirkung der Operation.

b) **Arnold Winternitz:** Nach kurzer Übersicht der Entwicklung der Thorakoplastik schildert er die Indikationen der Operation und demonstriert an Röntgenbildern von Fällen, die vor Jahren operiert wurden und vollkommen geheilt betrachtet werden können die Heilungsvorgänge. Bei hoch in den Lungenspitzen sitzenden, isolierten stationären Kavernen hält er, wenn die unteren Lungenfelder und die andere Lungenhälfte gesund sind, die Thorakoplastik durch Anwendung der Lungenspitzen sitzenden, isolierten, stationären Kavernen vermeidbar. Er schildert die Technik des Verfahrens, umgrenzt dessen Indikationen, Kontraindikationen, und demonstriert an Röntgenbildern operierter Kranken die Resultate.

**Julius Dollinger:** Die Wichtigkeit der Immobilisierung wurde zuerst von *Balassa* in der Therapie der Gelenkstuberkulose betont.

Fortsetzung der Debatte in der nächsten Sitzung.

## Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte. Sektion für Rhinologie und Laryngologie.

Sitzung am 16. April 1929.

*Demonstration.* **J. Kelemen:** *Geschwulstkompression der Luftröhre.* Die demonstrierten Präparate stammen von einem Kranken, der sich mit Lufthunger zur Aufnahme meldete und

bei dem ein inoperables bösartiges Struma vorhanden war. Die nach der Sektion vorgenommene histologische Untersuchung stellte Adenokarzinom fest. Die Geschwulst hatte die Luftröhre vollkommen umfasst und eingebettet. Auf den horizontalen Querschnitten zeigen sich beachtenswerte Differenzen in der Kompression der Luftröhre, denn während sich in dem einen Querschnitt erhebliche räumliche Beugung zeigt, findet sich in anderen eine Erweiterung des Luftröhrenlumens.

**Z. Lénárt:** *Geheiltes Carotis-Aneurysma.* Bei der vorgestellten 63jährigen Frau gelang es, das auf der linken Rachenseite vorhandene, kindesfaustgrosse Aneurysma durch Ligatur der Carotis interna vollkommen zu heilen. Nach dem Herauspräparieren der Karotiden traten mehrere Anomalien zum Vorschein. So erfolgte die Abzweigung nicht am oberen Rand des Schildknorpels, sondern tiefer, in der Höhe des Ringknorpels, und die Carotis externa erschien auffallend dünn im Vergleich zur interna. Das wurde zum Teil durch den Umstand verständlich, dass die A. thyroidea sup. nicht der Carotis externa, sondern der Carotis communis entstammte. Auffallend war ferner, dass von einem langen Stück der Carotis externa keine Nebenäste abgingen, was durch die tiefe Abzweigung, sowie damit zu erklären war, dass der untere Ast die A. lingualis war. *Lénárt* schnürte die Carotis interna mit einem breiten Band zusammen, worauf die Pulsation des Aneurysma unter dem in den Rachen eingeführten Finger sofort aufhörte und nach Lockerung des Bandes wieder fühlbar wurde. Die definitive Gefässligatur führte er sodann nur nach drei Tagen durch, nachdem während dieser Zeit infolge der provisorischen Kompression keine Gehirnsymptome auftraten. Ungestörte Wundheilung, die Rachenvorwölbung ist nunmehr kaum sichtbar, das Velum bewegt sich frei, die Pulsation ist verschwunden und die subjektiven Klagen der Kranken haben aufgehört.

**I. Safranek:** *a) Aufluetischer Grundlage sich rapid entwickelndes Kehlkopf-Luftröhrenkarzinom bei einer 31jährigen Frau.* Die bei der 31jährigen Frau wegen des klinisch, serologisch und histologisch als Lues qualifizierten Kehlkopfinfiltrates durchgeführte antiluetische Behandlung, respektive intravenöse Salvarsaninjektion löste im Kehlkopf eine sehr heftige Herxheimer-Reaktion aus, die eine Tracheotomie notwendig machte. Wenige Wochen später entwickelte sich sodann aus dem Infiltrat ein innerhalb zwei Wochen auf Faustgrösse gewachsenes und aus dem Tracheotoma herauswachsendes, im Kehlkopf relativ selten vorkommendes, medullares Drüsenepithelzellen-Karzinom. Sofern das Infiltrat tatsächlichluetisch war, taucht die Frage auf, ob die erlittenen Traumen (Probeexzision, Tracheotomie, das Tragen einer Kanüle) eine Rolle dabei spielten, dass dieluetische Erkrankung bei

der jungen Frau zu einem malignen Tumor wurde, respektive dass dieses letztere ein so rasches Wachstum zeigte.

**Z. Lénárt** glaubt nicht, dass eine Entartung des Gumma vorliegen würde, noch weniger aber, dass die Probeexzision oder das Tragen der Kanüle vier Wochen hindurch diese ausgelöst hätte, die Veränderung war ab ovo ein Karzinom, das bei der stark positiven Wassermann-Reaktion und dem nicht charakteristischen Krankheitsbild leicht mit einem Gumma verwechselt werden konnte.

**J. Némai** hält gleichfalls die Annahme Lénárt's für wahrscheinlich. Ein Versäumnis wurde nicht begangen.

**J. Safranek** hat in der Epikrise des Falles die Möglichkeit erwähnt, dass unter dem Bild desluetischen Infiltrates bereits ein in der Tiefe sitzendes glanduläres Karzinom verborgen war. Gegen diese Annahme resp. für die Lues sprachen ausser dem seinerzeitigen histologischen Bild auch die im Kehlkopf aufgetretene heftige Herxheimer-Reaktion.

*b) Eine nach Tracheotomie klinisch geheilte und sechs Jahre lang symptomtrente Kehlkopftuberkulose im Anschluss an Influenza.* Die bei der 39jährigen Frau wegen eines sich an ein tuberkulotisches Kehlkopfinfiltrat anschliessenden Ödems durchgeführte Tracheotomie hatte einen erstaunlichen kurativen Erfolg; der Kehlkopfprozess bildete sich zurück, die Kranke wurde fieberfrei und nahm in einem halben Jahr 20 Kilogramm an Gewicht zu. Nach Entfernung der Kanüle war sie nahezu sechs Jahre hindurch in vortrefflichem Zustand. Während der gegenwärtigen Influenzaepidemie rezidierte ihr Kehlkopfprozess, der letztere war daher nach der Tracheotomie nur klinisch, aber nicht biologisch geheilt und der Jahre hindurch inaktive Herd wurde abermals aktiviert. Dieser Fall bildet eine Mahnung, wie vorsichtig man in Fällen von Kehlkopftuberkulose mit der Feststellung der Heilung sein soll.

**J. Hofhauser:** *a) Strahlenpilzfund in der Mandel.* In den entfernten Tonsillen der 28jährigen, an Pharyngomykose und chronischer Mandelentzündung leidenden weiblichen Kranken konnte ein, dem Oidium-Stamm angehörender Pilz gefunden werden (*Ballagi*), in der Tiefe der Lakunen, sowie in der Tonsillensubstanz und deren Bindegewebskapsel fanden sich ebenfalls Strahlenpilzkolonien (*Zalka, Ballagi*).

*b) Peritonsillärer Strahlenpilzabszess.* Die 42jährige weibliche Kranke war wiederholt in der II. chirurgischen Klinik mit hochgradiger Mundsperrre verbundenem peritonsillären Abszess, dem sich auch eine Halsphlegmone anschloss, behandelt worden. Mehrfache Inzisionen, es gelang auch, im Eiter Aktinomyces-Pilze nachzuweisen.

Im ersten Falle reichte die Strahlenpilzinfektion anscheinend nicht über die Tonsillenkapsel hinaus. Doch beweisen die intratonsillären Entzündungerscheinungen, wie auch die Entzündungsreaktion rings um die Pilzkolonien, dass der Strahlenpilz eine Rolle an der Herbeiführung der chroni-

schen Tonsillitis spielte. Im zweiten Falle ist der peritonsilläre Ursprung der Strahlenpilze enthaltenden Halsabszesses nicht zu bezweifeln, wobei anzunehmen ist, dass die Infektion durch die Mandel erfolgte.

**J. Kelemen** führt einen Fall an, wo in einer pharyngealen Tonsille zufällig Strahlenpilze gefunden wurden. Der Pilz lag in der Lakuna und verursachte im benachbarten Gewebe kaum irgendwelche Reaktion.

**V. Zimányi** erwähnt einen Fall, von Strahlenpilz-Parotitis, der mit einer peritonsillären Infiltration verbunden war, der Fall heilte auf grosse Jodgaben und energische Röntgenbestrahlung.

**Z. Wein:** a) *Aneurysma der Pharyngea ascendens*. Bei der 46jährigen weiblichen Patientin pulsiert auf der linken Seite der hinteren Rachenwand ein ungefähr 2 cm langes, bleistiftdickes, einigermassen wellenförmig verlaufendes Bündel. Die interne Untersuchung stellte arterielle Hyperämie (Blutdruck 240 Mm) und Herzhypertrophie fest.

**A. Erdélyi** beobachtete einen ähnlichen Fall.

**Z. Lénárt** glaubt, dass in diesem Fall kein Aneurysma vorliegt, nachdem das demonstrierte Krankheitsbild gar nicht selten ist. Seine Ursache ist, dass das oberflächlich verlaufende Gefäss, besonders bei Arteriosklerose die Schleimhaut vorwölbt, ebenso wie die Art. temporalis die Schläfenhaut.

**Z. Wein** stellte im demonstrierten Fall deshalb die Diagnose: Aneurysma auf, weil die Erweiterung sich nur auf einen umschriebenen Abschnitt des Blutgefässes beschränkt.

b) *Hochgradige Pachydermie im Kehlkopf*. Der 48jährige Kranke ist seit Monaten heiser, in der letzten Zeit hat er auch Atembeschwerden. Am Hals sind zerstreut auf beiden Seiten frei bewegliche Drüsenpakete palpierbar. Der Kranke klagt über keinerlei Schmerzen. Auf Grund der im Kehlkopf gefundenen Veränderungen tauchte der Verdacht auf Lues oder Karzinom auf. Die Wassermann-Reaktion ergab vier Kreuze, sie wurde auf antiluetische Kur negativ, doch zeigte das Krankheitsbild auch nach Monaten keinerlei Veränderung. Die wiederholte Probeexzision (nach *Nebel*) stellte Pachydermie fest. Anzeichen von Bösartigkeit konnten bei keiner Untersuchung gefunden werden.

**J. Safranek** hält den Fall für ein Karzinom und empfiehlt eine neuerliche Probeexzision aus tieferen Schichten. Er hat zur Zeit in seiner Abteilung einen Fall, wo sich unter der Pachydermie in der Gegend des Proc. vocalis der Stimmbänder auf der einen Seite ein Karzinom mit typischen histopathologischen Befund verbarg, wo doch nach den Lehrbüchern das Karzinom fast niemals von der Gegend der Proc. vocalis ausgeht.

**P. Kenes** hält den Fall auch für ein Karzinom. Pachydermie fand er weniger auf luetischer Grundlage, vielmehr aber bei Tuberkulose und sehr oft im Anschluss an Nebenhöhlenerweiterungen.

**M. Paunz** empfiehlt in zweifelhaften Fällen die direkte Kehlkopfuntersuchung, die sehr gut über den Umfang der Veränderung

orientiert und die die Durchführung der Probeexzision in exakter Weise gestattet.

**Z. Wein:** Zweck seiner Demonstration war die Klärung des Falles.

**Vortrag. Z. Wein:** *Plastische Operationen bei Weichteilverschlüssen zur Herstellung der Passage zwischen Nasen- und Rachenhöhle.* Er teilt eine neue Operationsmethode zur Beseitigung der Choanalatresie mit. Die äussere Nase wird nach *Schloffer* umgeklappt, sodann entfernt er submuzös die knorpeligen und Knochenpartien des Nasenseptums im ganzen Umfang. Nach Exzision der Narben und Lösung der Verklebungen bildet er aus den beiden Schleimhautflächen des Nasenseptums zwei gestielte Lappen, den einen derselben legt er Wundfläche auf Wundfläche des weichen Gaumens, den anderen auf die der Rachenwand. Die gestielten Schleimhautlappen werden durch Jodoformtamponade fixiert, diese wird dann nach acht Tagen entfernt, zu welcher Zeit die Schleimhautlappen bereits haften. Er demonstriert eine derart geheilte Patientin.

**Z. Lénárt:** Die Operationsmethode löst die Aufgabe geschickt und einfacher als die übrigen Verfahren, weshalb sie in geeigneten Fällen zweckmässig erscheint.

## Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte.

### Otologische Sektion.

Sitzung am 25. April 1929.

**J. Kelemen:** *Aus Verletzung stammender, von der Körperhaltung abhängiger, beiderseitiger, symmetrischer, konvergierender, spontaner Nystagmus.* Die 35jährige Patientin wurde nach einer Motorradkarambolage in die II. chirurgische Klinik aufgenommen. Als sie nach 24stündiger Bewusstlosigkeit erwachte, erinnerte sie sich absolut nicht, was mit ihr geschehen war. Die Untersuchung fand ausser einigen unwesentlichen Verletzungen der behaarten Kopfhaut unmittelbar vor dem linken Tuber ischii eine Querfraktur ohne Verschiebung. Die Kranke erhob sich nach einem Monat zuerst in sitzende Lage und begann nach weiteren zwei Wochen zu gehen. Die wegen ihrer Schwindelanfälle durchgeführte Ohruntersuchung ergab bei normalem otoskopischen Befund und normalem Gehör einen eigenartigen spontanen Nystagmus, der nunmehr seit vier Monaten unverändert besteht. Er zeigt sich in Rückenlage bei Rechtsdrehung des Kopfes nach links (horizontal I. Grades), bei Linksdrehung nach rechts (horizontal I. Grades mit starker Drehkomponente) in extremer Weise, ebenso bei Lagerung des ganzen Körpers auf der rechten oder linken Seite. In mehreren Raum-