

Gesellschaft der Spitalsärzte.

Sitzung am 18. März 1931.

M. Kinczler: *Seltene Entwicklungsanomalie.* Der zwei Monate alte Säugling atmet seit der Geburt schwer, und ist nicht instande zu saugen. Der Unterkiefer ist in der Entwicklung stark zurückgeblieben und hinter den Oberkiefer gelagert, hochgradige Brachygnathie. Von der Mitte des harten Gaumens nach hinten und entlang den weichen Gaumen eine Gaumenspalte (Wolfrachen). Der Vomer fehlt vollkommen. Von der knöchernen Nasenscheidewand ist nur eine kleine vordere Partie entwickelt. Am auffallendsten ist, dass die Zunge nicht in der Mundhöhle, sondern im Nasenrachenraum lagert, bei Bewegungen nicht in die Mundhöhle gelangt, und dass der Säugling im Liegen bei jeder Einatmung die Zunge aspiriert.

W. Milkó: *Seltener Fall einer Kiefer-Aktinomykose.* Das dreizehnjährige Mädchen wurde mit einer mächtigen Geschwulst der linken Kieferhälfte und Sarkomdiagnose in die Abteilung geschickt. Der Prozess setzte vor 1½ Jahren ein. Am wagrechten Ast der linken Kieferhälfte war eine faustgrosse, knochenharte, scharf begrenzte Geschwulst palpierbar, am Hals finden sich zwei erbsengrosse, kaum sezernierende Fistelöffnungen, in deren Sekret Aktinomyzeskörner nicht nachweisbar waren. Die Diagnose schwankte zwischen maligner Geschwulst, Aktinomykose und Osteomyelitis, auch die Röntgenuntersuchung konnte nicht entscheiden, ob ein Neoplasma oder ein chronisch entzündlicher Prozess vorliegt. Die Frage wurde durch die histologische Untersuchung der mit der Probeexzision enthaltenen Gewebspartie entschieden. Im Knochendetritus konnten charakteristische Strahlenpilzkolonien nachgewiesen werden. Hierauf wurde eine kombinierte Röntgen-Jodbehandlung eingeleitet, auf welche besonders die zervikofazialen Formen der Aktinomykose sehr gut reagieren. Die Kranke erhielt in sechs Monaten drei therapeutische Bestrahlungen, ferner in drei Turnussen von je 6 Wochen täglich zwei Gramm Jod (NaJ in Lösung). Die mächtige Geschwulst hat sich vollkommen zurückgebildet, die Fisteln sind geschlossen, das Öffnen und Schliessen des Mundes geht tadellos, das Röntgenbild zeigt vollkommen normale Verhältnisse und die Kranke ist beschwerdefrei, so dass sie klinisch als geheilt zu betrachten ist. Wahrscheinlich hatten wir es hier mit jener selteneren Poncet-Form der Kiefer-Aktinomykose zu tun, die durch die harte Geschwulst und geringe Neigung zur Einschmelzung und Abszessbildung charakterisiert ist, so dass sie von klinisch-bösartigen Geschwülsten, besonders vom Sarkom kaum zu differenzieren ist.

M. Pavlik: Die Aktinomykose ist, wie jedes Granulationsgewebe für Röntgenstrahlen sehr empfindlich. Die Röntgentherapie kann jedoch nicht dazu dienen, die Krankheitserreger der Aktinomykose zu vernichten, weil die Strahlpilze erfahrungsgemäss ebenso, wie die Tbc-Bazillen Röntgenstrahlen gegenüber sehr resistent sind und zu ihrer Vernichtung so erhebliche Dosen notwendig wären, die auch die Nachbarorgane schwer schädigen würden. Mit den Röntgenbestrahlungen wird nur angestrebt, das Granulationsgewebe zur Resorption zu bringen, die hässlichen Fistelgänge zu schliessen und den Prozess durch Narbenbildung zu heilen. Das kann aber mit der Röntgenbestrahlung und der hiemit kombinierten Jodbehandlung in jedem Fall erzielt werden. Der Redner erörtert sodann den technischen Teil der Röntgentherapie bei Aktinomykose.

A. Jamnitzky: *a) Vernachlässigter Fall einer Urethrastriktur.* Der 24jährige junge Mann gelangt wegen seiner Uretherstriktur, die selbst für die dünnsten Sonden unpassierbar war, zur Operation. Die Strikturpartie wurde herausgeschnitten, und die Urethra reseziert. Eine Woche nach der Operation Exitus. Sektionsbefund: Zystitis, Urethritis diphtherica, die Uretheren sind bis zur Grösse des Dünndarmes erweitert, Pyelonephritis, doppelseitige Pneumonie.

b) Mit Urethra-Verletzungen kombinierte Beckenfraktur. Die an Beckenfrakturen sich anschliessenden Urethrarupturen bilden eine schwere Komplikation, weil bei ihnen eine Mortalität von 40% auftritt. In frischen Fällen wird sofort operiert, die Risstellen der Urethra vereinigt und die Epizystotomie durchgeführt. In nicht frischen oder entzündlichen Fällen, wird die Rekonstruktion der Urethra nach Ablauf der Entzündung vorgenommen. In der chirurgischen Abteilung des Dozenten *Mező* gab es in drei von sechs Beckenfrakturen Urethra-Verletzungen. Ein Fall exitierte infolge von schweren Eiterungen, ein Fall heilte glatt ohne Operation, ein dritter aber gelangte zur Operation und wurde nach mehrmonatlicher Behandlung, während der Pyelitis, Phlegmone und Striktur die Behandlung komplizierten, geheilt entlassen.

E. Farkas: *Endartheriitis obliterans sec. Buerger.* Die Zahl der peripheren Gefässerkrankungen hat sich in den letzten Jahren erheblich vermehrt. Als Ursache werden die Kriegsmühen, die wirtschaftlichen Schwierigkeiten der Nachkriegszeit und die schlechten Ernährungsverhältnisse betrachtet, doch ist die zahlenmässige Zunahme zum Teil nur scheinbar, nachdem die Aufmerksamkeit der Ärzte sich auf diese Erkrankung gelenkt hat. Namentlich zeigt die Zahl der juvenilen Gangränen eine Zunahme in der Literatur. Als Ursache des Leidens wird nahezu allgemein die Endartheriitis obliterans oder *Buerger'sche* Krankheit angenommen. Der demonstrierte Fall beweist, dass der Krankheitsbeginn ganz

ungewöhnlich und störend für die Diagnosestellung sein kann. Der 32jährige Kriegsinvalid und Zeitungsverkäufer stürzte plötzlich zusammen, beide untere Extremitäten sind gelähmt und blutlos blass, später zyanotisch in Begleitung sehr heftiger Schmerzen. Der Fall löste sich, doch trat sodann Fieber und Leukozytose (12,000) auf. In der Anamnese finden sich Erfrierung und seit Jahren auftretendes Taubsein der Glieder. Der Anfall wiederholte sich wenige Tage später und nun setzte eine Nekrose des Versorgungsgebietes der A. dorsalis pedis ein mit scharf begrenzter Demarkation. Bei der Amputation der Extremität finden sich dickwandige Gefäße mit engen Lumen und geringer Blutung. Die histopathologische Untersuchung findet an den Gefäßen makroskopisch keine Veränderung, nur die A. dorsalis pedis ist durch einen Blutpfropfen verstopft. Die histologische Untersuchung bringt Klarheit in das Krankheitsbild, indem sie eine Intimaprolieration nachweist, die in einzelnen Gefäßen das Lumen nahezu vollkommen obliteriert. Die Anfälle wiederholen sich auf den Extremitäten der anderen Seite und der Amputationsstumpf zeigte keine Heilungstendenz, weshalb die Reamputation durchgeführt werden muss. Der Fall ist namentlich wegen seines plötzlichen Beginnes interessant, der den Verdacht einer Embolie erweckte. Er demonstrierte die von der Extremität angefertigte Moulage, sowie die von den Gefäßen angefertigten histologischen Schnitte.

J. Galgóczy hat 1928 von der Abteilung *Hasentfeld* einen 28jährigen, nicht jüdischen männlichen Kranken mit Thromboangiitis obliterans demonstriert, bei dem jedoch die Krankheit nicht in so dramatisch bewegten Attacken, sondern langsam verlief und im Laufe von 10 Jahren alle vier Extremitäten des Kranken vollkommen mutilierte. Alle therapeutischen Versuche blieben erfolglos und der Unglückliche verübte später in berechtigter Verzweiflung Suicid. Er betont besonders den von *Krompacher* erhobenen histologischen Befund und auf Grund dessen die Auffassung, dass hier keine Entzündung, sondern eine pathologische Funktion der in der Intima erscheinenden Elastoblasten vorliegt, in deren Verlauf die auftretenden elastischen Fasern das Gefäßlumen obliterieren, resp. sekundär Stase und Thrombose verursachen.

W. Milkó: In vorgeschrittenen Fällen, wie es der demonstrierte ist, kann nur mehr die Amputation helfen, in Fällen aber, wo noch kein ausgesprochener Brand, aber die bekannte Symptomengruppe der *Buerger'schen* Krankheit vorhanden ist, kann mit der periarteriellen Sympathektomie oft ein frappantes Resultat erzielt werden. In einem Fall, wo der Kranke wegen seiner andauernden furchtbaren Qualen bereits einen Selbstmordversuch verübt hatte, hörten die Schmerzen nach dieser Operation sofort auf, die Zirkulationsverhältnisse wurden wesentlich besser und die bereits aufgetretene Oberflächengangrän heilte binnen wenigen Tagen. Er beobachtet den Kranken nunmehr seit 4 $\frac{1}{2}$ Jahren, er ist seitdem beschwerdefrei und arbeitsfähig. Er glaubt daher, dass es

sich lohnt, in solchen Fällen vor der Amputation die Sympathektomie zu versuchen.

S. Szilágy: *a) Mycosis fungoides.* Bei der 50jährigen Kranken traten vor fünf Jahren Hauterscheinungen auf. Am linken Oberschenkel entstand ein roter Fleck, der heftig juckte und allmählich sich auf den ganzen Körper ausbreitete. Sie wurde seither an mehreren Orten erfolglos behandelt, zuletzt mit Thorium bepinselt, doch trat Fieber auf, worauf die Behandlung unterbrochen wurde. Die Haut ist zumeist hyperämisch, zerstreut finden sich besonders auf den unteren Extremitäten pengö- bis handtellergrosse, scharfbegrenzte, runde Plaques, mit ziemlich infiltrierten Rändern, sie sind stellenweise durch Blutergüsse dunkler gefärbt. Im Zentrum der einzelnen Herde lamellenförmige Abschuppung. Relative Lymphozytose, geringe Eosinophilie, Anämie (Erythrozyten: 1.300,000) und Leukopenie (Leukozyten: 3200). Wa.-R. negativ. Histologisch umfangreiche, zellige Infiltration, die stellenweise scharf begrenzt aufhört. Ausgesprochene Polymorphie. Leukozyten, kleine und grosse Lymphozyten, Eosinophilie. Erweiterte Blut- und Lymphgefässe. Harnuntersuchung negativ. Es liegt eine Form von Mykosis fungoides vor.

b) Carcinoma polymorphocellulare. In der Anamnese des 28jährigen Mannes keine Angaben über Blut- oder Geschlechtskrankheiten. Vor vier Monaten Schwellung der linken Gesichtshälfte, zu deren Behandlung er in drei Turnussen 13 Röntgenbestrahlungen erhielt. Nach diesen trat eine Durchlöcherung des Gaumens auf. Dieser folgte sodann eine mächtige Destruktion. Dreiviertel Teile der Nase, die linke mediale Gesichtshälfte und die obere Partie der Oberlippe fehlen vollkommen. Die Zungenbewegungen sind sichtbar, indem die Proc. palatinus und alveolaris des Kiefers zerstört sind. Sämtliche Sinus sind eröffnet. Im ersten Moment dachten wir an Lues, weil die tertiäre Lues sich mit Vorliebe auf die Gesichtsknochen erstreckt. Nachdem die Wundränder nicht stark infiltriert waren, die Anamnese, sowie sämtliche Reaktionen, negativ sind, wurde eine Exzision durchgeführt, deren Untersuchung ein polymorphzelliges Sarkom ergab.

G. Pásztay: *Elephantiasis verrucosa.* Nach Erörterung der Definition, des Vorkommens und der Ätiologie der Elephantiasis demonstriert er einen 48jährigen Kranken, der vor drei Jahren am Unterschenkel und Fuss Frostwunden erlitt, seither Geschwüre und Schwellungen. Der linke Fuss und Unterschenkel ist ungefähr auf das dreifache verdickt, zeigt Säulenform, auf der Oberfläche dichte, papillomatöse Ekreszenzen. Am Unterschenkel ein ungefähr 15 cm. langer, runder Ulkus. Das Röntgenbild zeigt periostale Verdickung

der Unterschenkel und Fussknochen, histologisch findet sich chronische Gewebsentzündung. Die Blutkörperchensenkung ist beschleunigt. Wa.-R., Luetin negativ. Zur Klärung der Ätiologie wurde beim Kranken ex juvantibus eine antiluetische Kur durchgeführt.

G. Pilau: *Lues gummosa.* Bei dem 43jährigen Mann entwickelte sich vor 15 Jahren unter der Nase eine kleine Wunde. Diese erstreckte sich in fünf Jahren auf beide Gesichtshälften und die Augenlider. Nach sieben Jahren verringerte sich seine Sehkraft, in zehn Jahren war auch seine Nase zerstört. Seit zwei Jahren Periostitis ossificans und Nephrose. Seit fünf Jahren ist der Zustand unverändert. Das Gesicht des Kranken ist vollkommen zerstört, die Nase fehlt, an ihrer Stelle finden sich die Nasenlöcher in einer Narbe. Die Haut ist von einem Ohr zum andern bis hinauf zum Schädeldach vernarbt, keine Lupusknoten. Die Augenlider fehlen, Kornea und Konjunktiva narbig. Auf der linken Tibia Rarifikation und Eburneation. Wa.-R. ++++, Luetin-R. +++. Der Zustand besserte sich auf Jk.

J. Guszmann verweist auf jene Fälle, die trotz der manifesten, tertiären Symptome manchmal eine negative Seroreaktion geben. Auf Grund dessen wird die Luesdiagnose fallen gelassen, irgend ein anderes Leiden, zumeist Lupus angenommen, worauf dann die aktiven chirurgischen Eingriffe den destruierenden Verlauf des gummösen Prozesses steigern.

F. Fáykiss: *Operativ geheilter Leberabszess.* Die Krankheit des elfjährigen Knaben begann vor sechs Tagen mit hohem Fieber, Delirium und Diarrhöe. Bei der Aufnahme zeigte der Kranke das Bild des Abdominaltyphus, gestörtes Sensorium, Milztumor und Diarrhöe. Die Aufmerksamkeit wurde jedoch alsbald auf die Leber gelenkt, auf Grund des Röntgenbildes wurde eine Probepunktion durchgeführt, diese wies Eiter nach. Die im Dezember 1930 durchgeführte Operation eröffnete mehrfache Leberabszesse im rechten Leberlappen. Nach der durch seröse Pleuritis und temporären Gallenfluss komplizierten Heilung wurde, nachdem kein anderer Anhaltspunkt als Ursache des Leidens gegeben war, mit einer neuerlichen Operation der Appendix aufgesucht, der schwere chronische Veränderungen aufwies.

Elisabeth-Universität in Pécs.

Sitzung der medizinischen Sektion der wissenschaftlichen Universitätsgesellschaft am 2. März 1931.

T. Knappig: *Hypospadiasis und Hydroureter infecta congenitalis.* Bei dem 5jährigen Patienten wurde seine Hypospadiasis erfolgreich operiert. Nach der Operation Klagen beim Urinieren, verstärkte Lendenschmerzen. Die durchgeführte