

Protocolle

über die ärztlichen Fachsitzungen der ärztlich-naturwissenschaftlichen
Section des Siebenbürg. Museum-Vereins.

Vorsitzender: Prof. JOSEF BRANDT.

Schriftführer: DR. JULIUS FILEP.

VII. Fachsitzung am 27. October 1900.

1. Prof. THOMAS MARSCHALKÓ demonstriert:

a) Einen Fall von *Syphilis maligna* und erörtert den Unterschied zwischen dieser und der *Syphilis gravis*. Eine Form der letzteren ist auch die *Syphilis praecox* oder *galopante*, wo eine Recidive der anderen folgt und wo schon sehr bald nach der Infection tertiäre, gummöse Efflorescenzen auftreten. Die *Syphilis maligna* dagegen ist dadurch charakterisiert, dass das Leiden einerseits von rascher Abmagerung, Fieber, Kachexie u. s. w. begleitet wird, andererseits, dass sehr frühe schon eigenartige, schnell umsichgreifende jedoch oberflächliche Geschwüre an der Haut entstehen, die sich aber schon klinisch von den zerfallenen Gummata unterscheiden, weshalb diese Form der Syphilis nach *Hastund* auch *Syph. ulceroosa secundaria* genannt wird. Der Zerfall des specifischen Infiltrates dieser Geschwüre erfolgt so rasch, dass wir die Infiltration selbst gar nicht wahrnehmen, sondern nur die eingetrockneten, austernschalenähnlichen Auflagerungen. Das Quecksilber wirkt bei dieser Form der Syph. nicht immer gut, mitunter thut es jedoch Wunder; zumeist sind nebstbei Roborantien, Zittmann- und Badekuren nöthig. Die Prognose ist quo ad vitam eine gute, da das Leiden, wenn auch häufig nach Jahren heilt. Der demonstrierte Patient V. J. ist 32 Jahre alt. Ueber die Infection weiss er nichts anzugeben. Vor 2 Monaten ergriffen die Geschwüre die ganze Haut, es stellte sich Fieber, Abmagerung, Kachexie ein. Vor 5 Wochen wurde er auf die Klinik aufgenommen und bekam hier 2 Sublimat-Injectionen (à 0.05 gr.). Unguent. hydrarg. c. resorbino 4 Touren à 3 grm. Kapseln. 24 Flaschen Zittmann-Decoet. Seitdem hat Pat. um 5 Kilo zugenommen, die Stelle der Geschwüre sind nur mehr durch oberflächliche Narben und schmale Flecken angezeigt.

b) M. K. 40 Jahre alt mit einem den ganzen Thorax und das ganze Abdomen einnehmenden *tubero-serpiginoso-ulcerösen Syphilid*. Ueber die Infection keine Daten. Die Efflorescenz begann vor 5 Jahren in der Gegend des

Nabels und greift seitdem schlangenförmig, in der Mitte abheilend, weiter. Seit seiner Aufnahme machte er 3. Touren Einreibungen, bekam 3 grm. Jodkali pro die, local Emplastr. hydrarg. Zunahme 6 Kilo, die Efflorescenzen sind nahezu vollkommen geheilt.

c) Einen 40 Jahre alten Mann, mit einem faustgrossen, von der Tibia ausgehenden *exulcerierten* Gumma. Von der Infection weiss er nichts, antiluetisch wurde er nie behandelt. Die unmittelbare Veranlassung des Auftretens des Gumma war ein Hufschlag. Therapie: Inunction, Jodkali, auf die geschwürigen Stellen Calomelpaste, auf die infiltrierten Knochenränder Quecksilberpflaster. Das Leiden ist im Heilen begriffen.

d) Einen 45 Jahre alten Landmann mit *multiplen* aus der Tiefe hervorbrechenden *Gummata*, an der linken Tibia. Anamnese negativ.

2. Prof. MARSCHALKÓ hält einen Vortrag: *Einige Worte über die Prophylaxe der venerischen Leiden, speciell des Trippers.*

IX. Fachsitzung am 24. November 1900.

1. Professor K. HOOR stellt einen Kranken mit *epithelialer Xerose, Iris-mangel, Glaskörpertrübungen* und *Linsenuxation* am l. Auge vor. Die Linse hängt oben noch mit der Zonula zusammen. Am rechten Auge so ziemlich die selben Veränderungen, nur ist hier die trübe Linse vollkommen abgetrennt und kommt bei Bewegungen des Auges bald nach vorwärts, bald sinkt sie wieder in den Glaskörperraum.

2. Dr. S. BORBÉLY hält einen Vortrag: *Sichert der wegen Stein vorgenommene hohe Blasenschnitt gegen Recidive?* (Siehe Revue Seite 60--62.)

Discussion: Dr. K. HÖNCZ bemerkt, dass die Litholapaxie als selbständige Operation ihre vollkommene Berechtigung habe, von der er an der Klinik Prof. BRANDT's ideale Erfolge sah. Wiederholt wurde die Operation an ambulanten Kranken und solchen aus der Provinz gemacht und verliessen sie nach der Operation geheilt die Klinik; weder diese, noch andere Kranke stellten sich mit einer Recidive ein; allerdings ist die Zertrümmerung und das Auswaschen eine sehr schwere Operation, die sehr viel Erfahrung und ein feines Tastgefühl erfordert.

Dr. HEVESI meint, Vortragender habe die aufgeworfene Frage, inwieferne nämlich der hohe Blasenschnitt vor Recidiven sichert, nicht gehörig erörtert. Vergleichen wir die Sectio alta mit der Litholapaxie, so muss letztere für ein vollkommeneres, idealeres Verfahren angesehen werden, da es nahezu allsogleich den gesunden Zustand herstellt. Freilich ist die Litholapaxie eine Kunst, zu deren Ausführung selbst eine grosse Uebung nicht genügt; dazu ist angeborenes feines Gefühl und manuelle Geschicklichkeit erforderlich. Sind diese Bedingungen vorhanden, so können Steine von bedeutender Grösse und solche von hoher Härte zertrümmert werden; selbst in Diverticeln sitzende können herausgehoben und zermalmt werden. Allerdings bleiben noch immer solche Fälle, bei denen der Blasenschnitt, sagen wir der hohe Blasen-

schnitt der Zertrümmerung überlegen ist. So beispie'weise, wo die Enge der Harnröhre das Einführen des Instrumentes verhindert, oder wo der Stein den Blasenraum derart ausfüllt, dass zwischen ihm und der Blasenwand nicht genügend Raum für die Manipulation mit dem Instrumente übrig bleibt, oder wenn ein runder Stein ständig dem Instrumente entschlüpft. Dass der Blasenschnitt eine leichtere Operation ist als die Zertrümmerung, ist ein individueller Grund. Bezüglich der Recidiven sprach Vortragender von zwei Momenten, von der harnsauerer Diathese und von dem Hineingelangen von Nähten in die Blase. Es fragt sich jedoch ob wir berechtigt sind, in Fällen, in denen sich der Stein nicht um einen Fremdkörper herum neubildete, einzig die Diathese zu beschuldigen? Mit welchem Instrumente immer wir den Stein herausheben, kann doch ein kleines Stückchen desselben abspringen und in den Falten der Blase verschwinden. Die uneröffnete Blase kann nach der Zertrümmerung mittelst Auspumpen vollkommener von den Partikelchen befreit werden. Bei den s. g. diathetischen Recidiven muss auch an solche zurückgebliebene Steinpartikelchen gedacht werden, die den Kern zu neueren Ablagerungen bilden können. Was die in die Blase gefallenen Fäden betrifft, so brauchen wir dieselben nicht zu fürchten, wenn wir bei der Blasennaht das neuere Verfahren RAZUMOWSKY'S anwenden, der die Blase mit zwei Silberdrähten reinigt, deren Ende durch die Bauchwand herausstehen und nach einer gewissen Zeit entfernt werden können.

Prof. BRANDT: Er passe die Operation den Verhältnissen an und mache einmal die Lithotrypsie ein andersmal die Litholapaxie, oder den Blasenschnitt. Grosse Steine entferne er mittelst Blasenschnittes. Litholapaxien habe er 40 gemacht, Recidiven keine gesehen.

Dr. TURCSA glaubt, dass sich der jüngere Operateur eher den Blasenschnitt zu machen getraue, da ihm noch das feine Gefühl mangelt, das zur Zertrümmerung nöthig ist.

Dr. S. BORBÉLY: Docent Dr. HÖSCZ hat meinen Vortrag missverstanden; ich wollte mit demselben ja eben beweisen, dass das Hauptargument der Anhänger des hohen Blasenschnittes, das Ausbleiben von Recidiven nicht unbedingt richtig ist.

Was die Bemerkung des Herrn Assistenten Dr. HEVESI betrifft, so hat RAZUMOWSKY die Blasennaht eben deshalb derartig modificiert, dass sie entfernt werden könne, weil die Naht so nicht in die Blase fallen und keinen Anlass zu einer neuen Steinbildung geben kann. Auf die Bemerkung, dass nach der Sectio alta eine Recidive leichter zustande kommen könne als nach der Lapaxie, so möchte ich erwidern, dass dem nichts im Wege steht, dass wir die Blase selbst mit einem Gebärmutter Spiegel durchmustern können und uns leicht davon überzeugen können ob Bruchtheile zurückgeblieben sind, oder nicht. Meiner Überzeugung nach ist es viel leichter einen oder zwei sichtbare Steine in toto so zu extrahieren, dass keine Reste in der Blase zurückbleiben, als den nämlichen Stein in zahllose Partikelchen zerstückelt aus der Blase zu pumpen. Ich halte alle drei Typen der Blasenstein-Operation für berechtigt. In erster

Linie ist die Trypsie zu versuchen: ist diese undurchführbar, so kommt der Blasenschnitt an die Reihe; hier muss dann auf das Alter des Patienten Rücksicht genommen werden. Professor Kovács wies es nach, dass sich bei Patienten nach der Geschlechtsreife zum Dammschnitt deshalb schwere Phlegmonen gesellen können, da die Gebilde des Dammes, hauptsächlich dessen Venen viel entwickelter und zahlreicher sind, als vor der Geschlechtsreife, es werden viele Venen durchschnitten und die Infektionsgefahr wird daher eine grössere. Der Dammschnitt ist daher vor der Geschlechtsreife indicirt, nach derselben die Lapaxie und kann diese nicht durchgeführt werden, so muss die Sectio alta gemacht werden.

3. Assistent Dr. Desiderius MALOM demonstriert einen Dermoidsack des Ovariums, der von einem 21 Jahre alten Mädchen herrührt. Die Geschwulst bestand seit Jahren und veranlasste zuletzt bald vermehrte, bald unregelmässige Blutungen. Vor einem Jahre litt Patientin an einer Bauchfellentzündung muthmasslich durch die Geschwulst veranlasst.

Die Geschwulst war als manneskopf-grosse, prall-elastische Cyste fühlbar. In der Narkose wurde die Gebärmutter klein, retrovertiert gefunden, linkseitige Adnexe zeigen keine Veränderung, im vorderen Gewölbe nimmt das Kugelsegment der erwähnten Geschwulst vor der Gebärmutter Platz, am unteren Ende ein kleiner Knoten, der den Eindruck des Ovariums macht. Am 30. Okt. l. J. Entfernung der Geschwulst mittelst Bauchschnittes.

Der Dermoidsack in Formaldehyd aufbewahrt ist auch gegenwärtig trotz Schrumpfung manneskopf-gross; an seinem unteren Ende ein 2 cm. hoher Zapfen von der gleichen Peripherie, an dessen Ränder einige dunkelbraune Haare zu sehen sind. Sonst ist die Wandung glatt, an einzelnen Stellen mit graugelben Belag bedeckt; in der Gegend des Zapfen sind die Wände am dicksten, nirgend jedoch über einige Millimeter. Der Inhalt des Sackes war eine sehr dick-flüssige graugelbe, an der Luft rasch erstarrende Masse, in derselben grosse Fetttropfen und einige Cholestein-kristalle unter dem Mikroskope sichtbar; ausserdem fanden sich noch frei im Sacke drei, mit Haut überzogene Zapfen vor, an denselben zusammen 15 Schneide, — vordere und hintere Mahlzähne, ferner in ein Knäuel zusammengeballte Haare. Sack und Inhalt betrug 900 grm.

Die Dermoide des Ovariums gehören unter die selteneren Geschwülste. VEIT theilt die Neugebilde des Ovariums in solche die aus dem Parenchym und dem Stroma entstehen und in gemischte Geschwülste ein und behandelt im Sinne WILMS die aus dem Parenchym entstandenen Dermoide und Teratome als ovulogene Geschwülste, ohne jedoch die von WILMS herrührende Benennung derselben als *Embryoma ovarii* beizubehalten. WILMS meint die Dermoide des Ovariums von solchen an anderer Stelle des Körpers vorkommenden streng unterscheiden zu müssen. Letztere wären rein Hautgebilde, während erstere die Elemente aller 3 Keimblätter enthaltend, nur aus der Keimzelle entstehen könnten. Er sucht seine Behauptung auch durch klinische Erfahrungen zu stützen, dass nämlich die Dermoide des Ovariums in den seltensten Fällen angeboren, vielmehr gewöhnlich zwischen dem 20—40 Lebensjahre vorkommen.

BANDLER hält diese Geschwülste von den WOLFF-schen Körperchen und Gängen und von weggeschwemmten embryonalen Keimen herrührend.

Die Dermoides sind im Grossen und Ganzen gutartige Geschwülste der Ovarien. Doch bieten die unangenehmen, ja häufig gefährlichen Complicationen, wie wiederholte Blutungen, Reizung des Peritoneums, Anlöthungen, Platzen des Sackes u. s. w. genügende Indication zum operativen Eingriffe, der umso gerechtfertigter erscheint, wenn man bedauert, welch eigenthümlich grossen Hang diese Geschwülste zur Vereiterung besitzen, deren Ursache jedoch unbekannt ist. In unserem Falle gaben die wiederholten Blutungen, die schon einmal von der Geschwulst ausgegangene Bauchfellentzündung, Veranlassung zur Entfernung derselben.

Ob eine Ovarialeyste ein Dermoid ist, oder nicht, lässt sich mit Sicherheit kaum bestimmen. Die erwähnten Kennzeichen, wie das jugendliche Alter, die Blutungs-Anomalien, die Schmerzhaftigkeit in der Geschwulst, das langsame Wachsthum, Anwachsungen an die Umgebung, Torsionen, können bei allen anderen Geschwülsten auch vorkommen; die teigartige Anföhlbarkeit fehlte in unserem Falle ebenfalls, einzelne härtere Partien in den Wandungen können zu Täuschungen Anlass bieten. Das KÜSTNER'sche Zeichen, dass nämlich die Geschwulst vor der Gebärmutter liege und von ihrem Platze herausgehoben, dorthin wieder zuröcksinkt, ist meiner Meinung nach kaum des Erwähnens werth, denn jede andere Ovarialgeschwulst kann derartig gelegen sein und nimmt nach der Entfernung, ausgelassen, wieder ihren ursprünglichen Platz ein. Vielleicht könnte wie STRASSMANN es andeutet, mit Hilfe der ROENTGEN Strahlen eine sichere Diagnose gestellt werden, wenn es gelänge die Geschwulst zu durchleuchten, wo dann die dunklen Stellen im Bilde die Natur der Cyste verräthen würden.

Discussion. Dr. GENERSICH bemerkt er hätte den Fall vor der Operation gesehen.

Prof. BRANDT erwähnt die Schwierigkeit der Diagnose. Er besitze in seinem Museum eine gleich schöne Cyste. Thatsächlich sei das Wachsthum dieser Cysten ein langsames; im Übrigen sei er auch der Meinung des Vortragenden.

4. Dr. Nikolaus JANCÓ referiert über folgende Beobachtungen an der internen Klinik:

a) J. A. erlitt einen *Bruch der Schädelbasis* und verstarb an eitriger Meningitis. Obgleich das rechte Trommelfell nur Verdickung und Einziehung zeigte, wurde bei der Section die rechte Trommelhöhle mit Blut erfüllt gefunden. Von hier ging die Meningitis aus. Bei der Lumbalpunktion waren im Eiter nur lanzenförmige Diplokokken mit Hülle sichtbar.

b) Demonstriert *Agarplatten aus dem Blute nach Milzpunktion* geimpft, wo sich reiche Colonien des Staphylokokkus pyogenes aureus entwickelt hatten. Der Fall konnte klinisch nicht klargelegt werden; das Ergebniss der Milzpunktion weist auf *Pyæmia occulta* hin; diese wurde durch die Section bestätigt.

c) Fiebercurven und Blutpräparate eines Falles von *Malaria apoplecti-*

formis. Schon der erste Paroxysmus ging mit Aphasie und Haemiparesis einher; diese Erscheinungen gingen rasch zurück und kamen nicht wieder.

d) S. T. lag mit *Tetanus* an der Klinik und genas bei symptomatischer Behandlung. Als er im Begriffe stand die Klinik zu verlassen, fand man in der Haut der Ferse einen 1 em. langen Dorn, aus dem virulente *Tetanus-Bacillen* gezüchtet werden konnten. Obgleich der Dorn, welcher den *Tetanus* verursachte im Organismus verblieben war, trat dennoch Genesung ein.

e) Einen Fall von *Periarteritis nodosa*.

IX. Fachsitzung am 15 December 1900.

1. Dr. N. JAKSÓ stellt einen Fall von *Melanosarcom* vor, bei dem zahlreiche Metastasen in der Haut und dem Bindegewebe sichtbar sind, die von einem, am rechten Fusse exstirpirten *Melanosarkom* ausgingen. Pat. hat ein pleuritisches Exsudat in welchem flache Epithel-Zellen und viel schwarzes Pigment gefunden wird. Melanin ist im Harn nachweisbar.

Discussion. Prof. BRANDT meint dass Metastasen beim *Melanosarkom* selten seien. Er erinnere sich eines Nasenpolypen ähnlicher Natur, bei dem trotz 6 maliger Recidive, Metastasen nicht entstanden.

2. Prof. Karl HOOK hält einen Vortrag: „*Ueber die sogenannte Schulkurzsichtigkeit*“. (S. Revue Seite 49—59.)

3. Dr. Desiderius VESZPRÉMI: „*Vergleich der Virulenz von Tuberkulose-Bacillen verschiedenen Ursprunges*“. (Erscheint im nächsten Hefte.)

4. Dr. Julius FLEP demonstriert Bakterien-Culturen zum Lehrzwecke conserviert.