

Protocolle

der medic. Fachsitzungen der medic. naturwissenschaftlichen Section
des Erdélyi Muzeum-Egylet (Siebenbürg. Museum-Verein).

Vorsitzender: Prof. Dr. JOSEF v. LÖTE.

Schriftführer: Dr. DANIEL KONRÁDI.

VI. Fachsitzung am 12-ten Juni 1903.¹

1. Dr. LUDWIG NAGY demonstriert die Gebärmutter und Adnexa einer 30—35 jährigen, im Verlaufe einer *extrauterinen Gravidität* nach kurzem Unwolsen verstorbenen Frau, deren Leiche in Folge der Umstände ihres Todes zum Zwecke der Autopsie dem Institute für gerichtliche Medicin überwiesen wurde. Bei der Inspection der Leiche liessen sich zahlreiche ältere Schwangerschaftsnarben vorfinden. Aus der bedeutenden Blässe der Leiche und aus dem beinahe vollständigen Fehlen von Leichenflecken konnte schon innere Verblutung vermutet werden. Es fand sich in der Tat frei in der Bauchhöhle etwa ein Liter dünnflüssigen und 1050 Gr. geronnenen Blutes vor. Das Blutgerinnsel hat sich im kleinen Becken in der Umgebung der Gebärmutter angesammelt; nach dem Ausräumen desselben kam neben der Gebärmutter der rechtsseitige, etwa zur Grösse eines Gänseeies erweiterte Eileiter zum Vorschein. An der hinteren und oberen Fläche der Ausbuchtung, gegen das Ovarialende des Eileiters zu, sass ein 2·5 cm. langer Riss, aus welchem eine Extremität des Foetus und die Nabelschnur vorfiel. Der Foetus war 10·5 cm. lang; seine Nabelschnur hatte eine Länge von 11 cm. Zwischen dem erweiterten Eileiter und der Höhle der mässig vergrösserten Gebärmutter war keine Communication vorzufinden. Das Corpus luteum befand sich nicht im rechtsseitigem Eierstock, sondern in dem der linken Seite. Da zwischen dem rechtsseitigen Eileiter und der Gebärmutter eine wahrscheinlich angeborene Oclusion bestand, so konnte das aus dem linken Ovarium ausgetretene Ei nicht durch den linken Eileiter und durch die Gebärmutter zum rechten Eileiter gelangen, sondern es ist vielmehr anzunehmen, dass das Ei am Wege einer äusseren Wanderung in den rechten Eileiter gelangte, und da es von hier keinen Zutritt zur Gebärmutter

¹Als Nachtrag zu S. 60 der Revue im vorhergehenden Hefte dieser Berichte.

mutter vorfand, sich dort, nahe zum uterinalen Ende des rechten Eileiters festsetzte.

2. Dr. SAMUEL BORBÉLY, Oberarzt des öffentlichen Spitals in Torda berichtet :

a) über einen Fall von mit Hülfe von Laparotomie geheilter *tubarer Gravidität*. Die 29 jährige Frau überstand zwei normale Entbindungen und abortirte dreimal. Seit ihrer letzten Menstruation (vor 6 Wochen) litt sie an häufigem Erbrechen; ausserdem konnte sie in letzter Zeit die rechte untere Extremität nur schwer bewegen, die Tastempfindlichkeit des Fusses war auch abgestumpft. Am 18-ten Mai Abends 11 Uhr traten von der rechten Hälfte des Abdomens ausgehende heftige krampfartige Schmerzen auf, die Kräfte der Kranken verfielen bald. Votr. fand am nächsten Tag Vormittag 11 Uhr die Pat. in tiefem Collaps. Aus den Schamteilen sickerten einige Tropfen Blut; die Gebärmutter war nach abwärts gedrückt; in den im Introitus vaginae erreichbaren Muttermund liess sich der kleine Finger leicht einführen. Das hintere Scheidengewölbe war abgeflacht. Bei der Untersuchung per rectum liess sich durch die stark vorgewölbte vordere Wand des Mastdarmes hindurch undeutliche Fluctuation fühlen.

Infusion von 1000 cm.³ isotonischer Salzlösung in die linke Vena med. basilica. Infiltration mit der SCHLEICH'schen Lösung I. 20 cm. langer Bauchschnitt rechts in der paramedialen Linie. Nach dem Eröffnen des Bauchfells floss 1½ Liter dunkelroten, dünnflüssigen Blutes heraus. Die angrenzenden Darmschlingen waren mit Blutgerinnseln bedeckt. Der rechte Eileiter wies in seiner ganzen Länge einen unregelmässig geränderten Riss auf. Nach Anlegen einer dreifachen Ligatur am Isthmus wurde der Eileiter exstirpirt und der Stumpf mit Hülfe von feinen Seidennähten mit einer peritonealen Verkleidung versehen. Nach dem Ausräumen der Blutgerinnsel und des in der Excavatio utero-rectalis sitzenden, etwa faustgrossen Eies wurde die Bauchwand in 4 Etagen vernäht. Der Collaps liess erst am dritten Tage nach der Operation nach. Von Seiten des Bauchfells traten keine Complicationen auf. Am 25-ten Mai begann Pat. zu fiebern; nach dem Eröffnen einer fluctuirenden Geschwulst an der Stelle der Hypodermatoklyse ging die Temperatur zur Norm zurück. Nur die Anaemie und die grosse Schwäche weisen noch derzeit auf die überstandene schwere Krankheit hin.

b) über die *Resection des gangraenösen Darmes*. Bei einer 32 jährigen Frau mit seit 4 Tagen incarcerirtem Leistenbruch resecirte Votr. das Ileum in einer Länge von 8 cm. obwol die Ausdehnung der Necrose selbst, bei weitem geringer war. Votr. wollte aber, da sowohl oral- als caudalwärts von dem incarcerirtem Segment versprengte Extravasate zu sehen waren, durch die breite Resection eben dem vorbeugen, dass die Necrose selbst nach dem Aufheben der Incarceration noch weiter sich verbreite. Bekanntlich kann in von Sugillationen durchsetzten Teilen ein necrotischer Zerfall der Gewebe eintreten und zur Perforation führen,

c) über einen Fall von mit Hülfe von peritonealer Drainage geheilter *eiteriger Bauchfellentzündung*. Bei einem 40 jährigen Manne trat zwei Tage vor der Aufnahme in's Spital der seit 5 Jahren bestehende Leistenbruch heraus und konnte nicht reponirt werden. Bei der Untersuchung des Pat. kam Votr. auf die Einsicht, dass das Peritoneum bereits auch afficirt ist, doch konnte es nicht entschieden werden, ob diess als eine Folgeerscheinung der Incarceration aufzufassen, oder ob nicht etwa in Folge der mit Gewalt angestellten Taxisversuche Perforation eingetreten sei. Das Krankheitsbild wurde noch verworrener dadurch, dass während der Vorbereitung des Pat. zur Operation, Flatus von ihm spontan abging (LITTRE'scher Bruch).

Infiltration nach SCHLEICH. Schnitt im rechten Leistengraben. Unter der Tunica fand sich ein nierenförmiges 5 cm. langes, 4 cm. breites, hartes, frei bewegliches Gebilde vor. Dieses erwies sich als der stark verdickte leere Bruchsack; seine Innenfläche hatte einen Überzug von feinem, roten sammetartigen Endothel, an welchem stellenweise weissgelbe Fibringerinnsel sassen. Nach dem Aufschlitzen an der inguinalen Mündung floss aus der Bauchhöhle trübe, mit Fibrinflocken vermengte seröse Flüssigkeit in grosser Menge heraus. Der Schnitt wurde dann nach oben verlängert; die nun sichtbar gewordenen Darmschlingen waren mässig injicirt, zum Teil mit einander verklebt (Fibringerinnsel). Votr. hat die Bauchhöhle mit einer isotonischen Salzlösung ausgiebig irrigirt, die Darmschlingen abgewischt. Die durchgesuchten Darmteile erwiesen sich als normal; nur am caudalen Ende des Ileum waren 10 cm. von einander entfernt, zwei typische Strangulationsfurchen zu sehen. Nach gründlichem Ausspülen der Bauchhöhle, besonders des DOUGLAS'schen Raumes, führte Votr. 4 breite Gazestreifen ein und versenkte auch noch ein MIKULICZ'sches Tampon in die Bauchhöhle. Nach 3 Tagen war die Öffnung der Wunde bereits so weit verkleinert, dass nur ein Gazestreifen eingeführt wurde; nach weiteren 3 Tagen wurde auch dieser entfernt. Die erste spontane Stuhlentleerung erfolgte am dritten Tage nach der Operation. In der Mitte der vierten Woche wurde Pat. geheilt entlassen.

Der Zweck solcher operativer Eingriffe besteht im Verhindern der Resorption toxischer Stoffe, im Befreien der Gedärme vom grossen Druck. Hierdurch wird die Darmfunction wieder möglich und die zusammengedrückten und ausser Tätigkeit gesetzten Gefässe und Lymphbahnen können dann ihren Pflichten nachkommen. Hauptsache ist, wie dies KÖRTE betont, das Entfernen des eiterigen Exsudates unter Vermeidung einer neueren Infection des Bauchfells. Der vorgeführte Fall ist auch schon deshalb lehrreich, weil er auf den grossen Schaden hinweist, welchen gewaltsame Taxisversuche nach sich ziehen können. Votr. hält es für zweifellos dargetan, dass in diesem Falle als Ursache der eiterigen Bauchfellentzündung, das Einpressen des mit Bacterien stark geschwängerten Bruchwassers in die Bauchhöhle anzusprechen ist.

d) über *Gastroenterostomia praecolica antica*, ausgeführt bei einem

36 jährigen Manne, welcher seit 2 Jahren in Folge einer Stenose des Pylorus an Erweiterung des Magens mit Hyperacidität und motorischer Insufficienz litt. Am Tage der Operation betrug die Temperatur 37.1° C; später erreichte sie aber nie 37° C. Der Fall gibt ein gutes Beispiel dafür ab, dass bei strenger Observanz der Sterilität chirurgische Eingriffe in der Bauchhöhle glatt zur Ausheilung kommen.

VII. Fachsitzung am 30-ten October 1903.

1.) DR. GEORG SZILÁGYI stellt:

a) einen Fall von *Osteomalacie* vor. Die 42-jährige Frau, Mutter von vier Kindern gibt an, bei ihrer letzten Entbindung (vor 3 Jahren) heftige Schmerzen empfunden zu haben. Sie stillte ihr Kind 1½ Jahre hindurch, fühlte sich während dieser Zeit wol. Bald nach dem Entwöhnen des Kindes stellten sich Schmerzen in den Knochen ein, das Gehen wurde immer beschwerlicher. seit einem Jahre ist Pat. dauernd bettlägerig.

Im Verhältniss zum verkürzten Rumpf, fällt die Länge der Extremitäten auf. Das Becken ist stark verengt. Pat. wird seit ihrer Aufnahme in die Klinik (2. Juli 1903) mit Phosphor behandelt. Die Schmerzhaftigkeit der Knochen ist beinahe geschwunden, die Knochen fühlen sich nicht mehr so weich an wie früher; Pat. kann sich schon aus eigenen Kräften im Bett aufrichten.

Discussion: Dr. LUDVIG GÓTH stellt Anfragen bezüglich dessen, ob es sich um eine sporadische Erkrankung oder um Endemie handelt. Auch möchte er in Hinsicht auf die Gegenüberstellung der operativen und der medicamentösen Behandlung genauere Angaben darüber erhalten, nach welcher Zeit vom Beginne der Phosphorbehandlung an gerechnet, sich Linderung in den Beschwerden zeigte.

Dr. ALADÁR ELFER bemerkt, dass der operative Eingriff nicht stets einen rapiden Erfolg nach sich zieht; er erinnert sich eines Falles, in welchem die Krankheitssymptome selbst nach der Ovarectomie nur auf Darreichung von Phosphor und nach längerer Bettruhe nachliessen.

Prof. Dr. DIONYS V. SZABÓ ist der Ansicht, dass die Osteomalacie in gewisser Hinsicht einen cyclischen Verlauf darbieten kann. Die Krankheit kann ohne Zweifel ausheilen; die Castration ist besonders dann indicirt, wenn das Fortschreiten des Krankheitsprocesses nachweisbar zu den schnell auf einander folgenden Graviditäten in Beziehung gebracht werden kann. Die medicamentöse und die operative Behandlung sind einander nicht gegenüberzustellen, sondern beide können neben einander in der Therapie am Platze sein.

b) einen 32-jährigen Mann vor, bei welchem eine, wahrscheinlich aus dem Beckengürtel hervorgehende, mannskopfgrosse, harte Geschwulst zu Stauungserscheinungen an der rechten unteren Extremität führte. Diese

bestanden übrigens schon seit Monaten, bevor noch die Gegenwart einer Geschwulst durch äussere objective Symptome angedeutet gewesen wäre.

2) Dr. ALADÁR ELFER führt einen Fall von *mitraler Stenose und linksseitiger Recurrenslähmung* vor. Die 36-jährige Frau, bei welcher Spuren von Lues nicht zu finden sind, und die sich auf das Überstehen von Infectionskrankheiten nicht erinnert, leidet seit $1\frac{1}{2}$ Jahren an Atembeschwerden und wiederholt an Heiserkeit. Der Herzfehler ist zur Zeit compensirt. Da keine anderweitigen aetiologischen Momente vorliegen, muss an einen Zusammenhang der Recurrenslähmung und der organischen Affection gedacht werden.

3) Dr. BÉLA V. GÁMÁN stellt einen Fall von *Mycosis (algoris, phycosis) tonsillae linguae* vor. Das Leiden besteht seit einem halben Jahre; Pat. klagt über stechende Schmerzen und das Gefühl von Fremdkörper, keine Entzündungserscheinungen; die Gebilde des Pharynx sind eher anaemisch. In den Lacunen der Zungentonsille sitzen gelblich weisse, fest haftende Propfe, die aus Pilzcolonien bestehen.

4) Dr. EMERICH V. KOZMA stellt eine 22-jährige Primigravide vor, bei welcher während der Schwangerschaft eine aus spitzen Condylomen bestehende Geschwulstmasse sich zu solcher Grösse entwickelte, dass selbe die Vulva und das Perineum bis zum Anus ganz verdeckt. Die chirurg. Behandlung ist in Aussicht genommen.

5) Dr. BÉLA REINBOLD'S Abhandlung: „Über die Molisch-Udránszky'sche α -Naphтол-Schwefelsäure-Reaction“ (S. diese Revue S. 69) wird in Abwesenheit des Verfassers vom Institutsvorstande vorgelegt.

VIII. Fachsitzung am 4-ten December 1903.

1. DR. SAMUEL BORBÉLY, Oberarzt des öffentlichen Spitals in Torda stellt:

a) Einen Fall von *Spina bifida* vor, welcher schon deshalb bemerkenswert erscheint, da Pat. (Knabe) bereits ein Alter von 16 Jahren erreicht hat. Die über dem Kreuzbein sichtbare Geschwulst wurde 3—4 Wochen nach der Geburt wahrgenommen; selbe wuchs seitdem fortwährend, bis sie schliesslich die Grösse eines Kindskopfes erreichte. In letzter Zeit nahm die Consistenz der Geschwulst des öfteren zu, und dies ging stets mit clonischen Krämpfen einher. Wird auf die Geschwulst Druck ausgeübt, so schwankt Pat. und fällt dann kraftlos zusammen. Die geistigen Tätigkeiten des Pat. waren stets befriedigend; die körperliche Entwicklung ist gleichfalls gut.

Vortr. liess den Liquor cerebrosplanialis vorsichtig heraus und resecirte dann den Sack an seiner Basis. Hierauf wurden Matrazen-resp. Kürschnernähte angelegt, der geschlossene Sack mit, von den Wirbeln genommenen Periostlappchen bedeckt und die Wunde in 2 resp. 3 Etagen geschlossen. Die Krämpfe schwanden gänzlich; Pat. verliess arbeitsfähig das Spital.

b) Eine 26-jährige Frau vor, bei welcher eine gutartige Stenose des Pylorus mit consecutiver Erweiterung des Magens bestand, und bei welcher die *Gastroenterostomia retrocolica transmesocolica* ausgeführt wurde. Bei der Laparotomie zeigte es sich, dass am Pylorus eine sehnenartige, circuläre harte Narbe sitzt, welche den Pylorus fixirt. Nach der Operation stellte sich Pneumonie ein; nachdem Pat. diese Krankheit überstanden, kräftigte sie sich zusehends, so dass ihr Gewicht von 40·5 Kgr. (vor der Operation) auf 68 Kgr. stieg.

2. Prof. DR. DIONYS V. SZABÓ demonstrirt ein, mit Hülfe von Laparotomie entferntes 3·4 Kgr. schweres *Fibrom*. Pat. (V-para), derzeit 60 Jahre alt, meldete sich zuerst vor 7 Jahren an der Klinik mit Klagen über mässigen blutigen Ausfluss und Bauchschmerzen. Da die Untersuchung Carcinom des Uterus ergab, wurde am 7-ten Juli 1896 von der Scheide her die totale Exstirpation der Gebärmutter vorgenommen. Die Gebärmutter musste hierbei aus einer weissen, medullarem Carcinom ähnlichen Masse, welche in Form eines beinahe faustgrossen Gebildes links an der hinteren Wand des *Douglas*'schen Raumes sass, gleichsam herausgeschält werden. Die Bildung eines Stumpfes gelang nicht; Teile der weichen Massen blieben zurück. 13 Tage nach der Operation lösten sich die Ligaturen und es liess sich durch die Öffnung am Scheidengewölbe eine grössere Portion des Gebildes entfernen; 5 Tage später ging eine nussgrosse Masse ab, worauf der Spalt zusammenfiel und sich schloss. Die histologische Untersuchung ergab in einem der Stücke grosse Krebsneste, im anderem abgestorbene Bindegewebsfasern mit stellenweiser Verkalkung und mit hie und da vorkommenden Haematoidinschollen. Die Wunde der Scheide heilte mit linearer Narbe.

Pat. fühlte sich 6 Jahre hindurch wol. Mitte November l. J. stellte sie sich wieder ein, mit der Klage, dass sie seit 6 Monaten im Abdomen eine Verhärtung fühlt. Es fand sich bei der Untersuchung eine, aus dem Becken herausgewachsene und bis zum Nabel reichende, aus grösseren Lappen und kleineren Knoten zusammengesetzte, steinharte, seitwärts bewegliche Geschwulst vor; im Scheidengewölbe ein hartes, flaches, unbewegliches Gebilde. Die von der früheren Operation herrührende Narbe ist weich und unverändert. Angesichts der Anamnese musste an ein Recidiv des Carcinoms gedacht werden, wenn auch das Fehlen von freiem Ascites und der gute Ernährungszustand der Pat. dagegensprachen.

Bei der Laparotomie wurde die Geschwulst rechts vom Netz, links in einer Länge von 15 cm. vom Darm und dann vom Stumpfe des linken Lig. latum abgetrennt. Am Stumpf war kein grösseres Gefäss zu sehen. Nach Lösen der Pince zeigte sich in der Wand des Mastdarmes ein longitudinaler Spalt; dieser wurde vernäht. Von der hinteren Oberfläche des Stumpfes des rechten Lig. latum war noch eine nussgrosse, und aus dem *Douglas*'schen Raum eine darin tiefsitzende milzgrosse Geschwulst zu entfernen. Dann wurde die Wunde geschlossen.

Der Ausgangspunkt der grossen Geschwulst liess sich nicht bestimm-

men; ein Stumpf war nicht vorhanden. Die zwei kleineren, isolirten Geschwülste waren mit Pseudomembranen zum Bauchfell geheftet und sind aus dem Ankleben und weiterem Anwachsen von, bei der radicalen Exstirpation des Uterus zurückgebliebenen Geschwulstteilen abzuleiten. Eben darum ist diese Möglichkeit auch bezüglich der grossen Geschwulst nicht von der Hand zu weisen.

Es ist auffallend, dass Pat. das Wachsen der Geschwulst erst beinahe 7 Jahre nach der ersten Operation wahrnahm und dass die Geschwulst dann innerhalb von 8 Monaten diese gewaltige Grösse erreichte. Erfreulich ist in diesem Falle, dass das Recidiviren des Carcinoms selbst 7 Jahre nach der Operation noch ausgeschlossen werden kann.

3. DR. ELEMÉR VERESS hält zwei Vorträge:

a) „*Bemerkungen über die Natur der im Gebiete des Gesichtsinnes auftretenden Irradation*“

(S. diese Revue S. 71).

b) „*Ein Beispiel des Wettstreites der Gesichtsfelder*“.

(S. diese Revue S. 73).