

der ganz wertlos erschien und bis zur Ausbildung der von meinem Neffen vorgeführten Methoden meist entfernt wurde, nach Herstellung der normalen Femurform auch die normale Funktion wieder übernahm, das sind Wunder. Die Orthopäden selbst haben daran nur das Verdienst, daß sie die Funktion, die solche Wunder zustande kommen läßt, in sehr vorsichtiger individualisierender Weise einwirken ließen. Zu einer solchen Behandlung muß aber der behandelnde Arzt Zeit und Ruhe haben, denn die orthopädischen Früchte reifen sehr langsam. Und deshalb eignen sich solche Fälle nicht für den durch die Forderungen des Augenblicks übermäßig beanspruchten Chirurgen, sie eignen sich aber auch nicht für einen Orthopäden, der in größerem Maße akute Verletzungen behandelt oder durch die übergroße Zahl der Kranken an einer individualisierenden Behandlung verhindert wird. Und deshalb soll man nicht ängstlich fragen: Was darf der Chirurg und was darf der Orthopäde machen? Sondern man soll sich in seinem Urteil nur davon bestimmen lassen, ob eine neue Behandlungsart der deutschen Wissenschaft zur Ehre und den Kranken zum Segen gereicht. (Selbstber.)

V. E. Mertens.

Graz, Verein der Aerzte in Steiermark.

Sitzung vom 11. Dezember 1936.

F. Trauner: Vorstellung einer 24j. Kranken mit **linksseitiger totaler Fazialisparese**. Plötzliches Auftreten vor 3 Wochen nach einmaligem tiefem Gähnen. Der konsultierte Arzt vermutet Zusammenhang mit dem erschwerten Durchbruch des unteren Weisheitszahnes. In der Fossa retromandibularis, knapp vor dem Ohre, ist ein kugeliger, harter unverschieblicher Tumor zu tasten, welcher als infiltrierte Drüse angesprochen wird. Extraktion des [8], dann rascher Rückgang der Drüsenschwellung und auch der Fazialisschädigung innerhalb einer Woche. — Unterstüzungstherapie durch Galvanisation. Die zuerst nachweisbare geringe Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit war bereits nach einer Woche behoben, die Parese um 50 Proz. gebessert. Prognose gut. Zentrale Provenienz der Lähmung ist auszuschließen. Möglicherweise war durch das einmalige starke Gähnen ein Hämatom in dem bereits geschwellten Drüsenapparat entstanden und dadurch der plötzliche Ausbruch der fazialen Insuffizienz herbeigeführt resp. befördert worden.

A. Pillat: **Keratomalazie des Erwachsenen in Steiermark.**

Auftreten eines Geschwüres der li. Hornhaut bei einer 74j. Kranken nach leichter Verletzung mit Heu. Die Hornhautveränderung wird nicht als Ulcus serpens, sondern als eine Keratomalazie des Erwachsenen erklärt, und zwar wegen des Keimgehaltes der Hornhaut und Bulbusbindehaut, wegen der Anästhesie, weil das Geschwür in den Limbus hineinreicht, wegen des schlechten Allgemeinzustandes der Kranken und des negativen Ausfalles der Untersuchung des Blutes auf Vitamin A.

Gustav Hofer: **Zur Klinik der Labyrinthitis.**

Die Stellungnahme zu der äußerst schwierigen Frage der operativen oder konservativen Behandlung der Labyrinthentzündungen gestaltet sich so: Im großen und ganzen darf man auf dem Standpunkt stehen, daß die vollständige Ausschaltung des Innenohres die absolute Indikation zum Eingriff am Labyrinth abgibt, wenn noch klinische Erscheinungen labyrinthärer Dekompensation vorhanden sind, selbst auf die Gefahr, daß die Labyrinthitis zu keiner weiteren Folge führt. Das gleiche gilt von der Labyrinthitis, die eine Veränderung des Liquors bereits hervorgerufen hat. Hier ist eine abwartende Haltung sicher niemals am Platze, unbeschadet wieder des Umstandes, daß auch solche Fälle keineswegs immer zur Meningitis führen. Es ist durchaus notwendig, einen großen Teil dieser Labyrinthitiskranken, die jederzeit zu Komplikationen neigen, unter strengster Beobachtung zu halten. Nur so wird es gelingen, jeweils den Zeitpunkt zu erfassen, der für den Eingriff der günstigste ist und einerseits die geringsten schädigenden Folgen aufweist, andererseits aber durch die Labyrinthöffnung die Ausbreitung des entzündlichen Prozesses auf die Meningen, Gehirn etc. verhütet.

Th. Motloch stellt einen Fall vor, der mit hohem Fieber, einer chronischen Otitis links, sowie einer deutlichen Schwellung und Vorwölbung der lateralen Pharynxwand und der Tonsillen links an die Klinik kam. Es wird auf das Symptom der Beweglichkeit der Tonsille beim Schlucken bei einer parapharyngealen Phlegmone und der Fixierung der Tonsille bei einem Peritonsillarabszeß aufmerksam gemacht. Es wurde sofort eine Totalaufmeißelung gemacht, bei welcher man ein walnußgroßes **Cholesteatom mit einem perisinuösen und peribulbären Abszeß** fand. Der Abszeß hatte sich, längs des Bulbus in das Spatium parapharyngeale herabgesenkt,

wo er bei gleichzeitiger Eröffnung breit freigelegt und drainiert wurde. Heilung.

F. Koch spricht über eine schwere **Komplikation bei Cholesteatomeiterung mit Epiduralabszeßbildung**. Die Hirnhautentzündung ist nicht vom Abszeß an der harten Hirnhaut sondern infolge einer pyämischen Metastase im 7., 8. und 9. Brustwirbel aufgetreten. Es handelte sich um einen 12j. Knaben, der in schwer beeinträchtigtem Allgemeinzustand an die Klinik gebracht wurde. Hier konnte eine schwere eitrige Mittelohrentzündung mit Cholesteatombildung, außerdem eine beginnende Hirnhautentzündung festgestellt werden. Die Operation deckte einen mächtigen, von der hinteren Schädelgrube bis in die vordere Schädelgrube reichenden Hirnhautabszeß auf. Das einzige Symptom, welches auf eine Erkrankung der Wirbelsäule hingewiesen hat, war, daß am 2. Tage nach der Operation mittels Lumbalpunktion keine Hirnflüssigkeit gewonnen werden konnte, hingegen mittelst Subokzipitalpunktion reichlich Hirnflüssigkeit zutage trat. Der Knabe erlag am 5. Tage nach der Operation seiner schweren Erkrankung.

S. Jeschek spricht über den Zusammenhang der **Rekurrenslähmung** mit den verschiedenen internen und neurologischen Erkrankungen. Vorstellung eines Kranken mit einer linksseitigen Rekurrenslähmung, verursacht durch ein luetisches Aneurysma der Aorta, und Demonstration zweier Frauen mit Medianstenose beider Stimmbänder. Bei einer dieser Kranken mußte wegen andauernder Erstickungsanfälle eine Tracheotomie angelegt werden.

M. Spitzzy spricht über den Zeitpunkt der **Korrektur von Nasenfrakturen**. In der 3. Woche post fracturam gibt es bereits Mißerfolge, in der 4. Woche ist ein Redressement unmöglich. Da eine sofortige Reposition am Tage der Verletzung wegen der gesteigerten Infektionsgefahr abgelehnt wird, erscheint der Zeitraum vom 3. bis 6. Tag post fracturam als der gegebene Zeitpunkt zur Korrektur von Nasenfrakturen.

Laves.

Verein deutscher Aerzte in Prag.

Sitzung vom 5. Februar 1937.

Fr. Goldmann: **Zur Indikation der partiellen Epithelkörperchenexstirpation bei diffuser progressiver Sklerodermie**. Es wird ein 9j. Mädchen vorgestellt, das seit 6 Jahren an diffuser progressiver Sklerodermie leidet. Die bisherige Therapie, bestehend in Verabreichung von Thyreoidea und Thyroxintabletten von 50 g Pankreas roh tägl. und Pankreon-Dispert-Tabletten, in Diathermiebehandlung und Röntgenbestrahlung des Rückenmarkes, blieb auf die Hautveränderung ohne Einfluß. Daher wurde die durch die Untersuchungen von Selye begründete teilweise Exstirpation der Epithelkörperchen vorgeschlagen. Ueber den Erfolg der Operation wird später berichtet werden.

H. Knäus demonstriert 1. eine fast 1 kg schwere **Steinniere**, die operativ einer 50j. Frau mit mannskopfgroßem Myoma uteri entfernt wurde. Kr. nahm in den nächsten 4 Monaten 13 kg an Körpergewicht zu und befindet sich dermaßen wohl, daß sie sich bis heute zu einer Exstirpation des myomatösen Uterus noch nicht entschließen konnte.

2. wird ein 21j. Mädchen vorgestellt mit einer **Aplasia uteri et vaginae**, bei der es nach Kohabitationsversuchen, die seit Oktober 1935 begannen, zu einer mächtigen Dilatation der Urethra gekommen war, so daß der untersuchende Finger und Vaginalspekula mittlerer Größe widerstandslos bis in die Blase eingeführt werden konnten. Bei schwerer Arbeit und bei der Kohabitation war Kr. inkontinent. Aus der einer normal weiten Vagina gleichenden Urethra wurde durch Unterteilung ein oberes enges Rohr, die neue Urethra und ein unteres weites Rohr, die neue Vagina, gebildet. Kr. ist vollkommen kontinent.

C. Springer zeigt 1. Röntgenserienaufnahmen von einer **doppelseitigen spontanen Lösung der oberen Femurepiphyse** bei einem 13j. Eunuchoiden. Der Fall dürfte der erste sein, bei dem aus den leichten Schmerzen und einer geringfügigen Verbreiterung und Unregelmäßigkeit der Epiphysenlinie das Eintreten einer Epiphysenlösung vorausgesagt wurde.

2. **Endzustand einer aseptischen Schenkelhalsnekrose** mit fibröser Ankylose in ungefähr 40° Abduktion und sehr gutem Gehvermögen, so daß die vorgeschlagene Osteotomie bisher abgelehnt wurde. Nach temporärer Resektion des Trochanter major wurde der Kopf aus der Pfanne exstirpiert, das obere Femurende in diese eingestellt, der Trochanter tiefer unten am Femur verschraubt.

Mittelbach-Schmidt.