

erkrankungen des Wachstumsalters. — Doz. G. Engelmann: Ueber Plattfuß. — Doz. A. Saxl: Ueber traumatische und arthritische Fußbeschwerden und deren Behandlung.

21. Juni (Orthopäd. Spital, V., Gassergasse): Doz. Dr. O. Stracker: Angeborene Deformitäten. — Prof. H. Spitzzy: Neuere orthopädische Operationen (mit Demonstrationen).

23. Juni (I. Frauenklinik): Dr. K. Hasslinger: Tuberkulose des Urogenitaltraktes. — Doz. G. Pleschner: Klinik und Therapie der Prostatahypertrophie. — Doz. R. Paschkis: Die chirurgische Behandlung der Nephrolithiasis. — Prof. V. Blum: Die chirurgische Behandlung der Niereninsuffizienz.

24. Juni (Mig. Poliklinik): Doz. O. Schwarz: Urologie als Grenzgebiet. — Prof. H. Rubritius: Die Syphilis des Urogenitaltraktes. — (I. Frauenklinik): Doz. R. Franz: Die Harninkontinenz beim Weib. — Prof. W. Latzko: Aus dem Grenzgebiet der Urologie und der operativen Gynäkologie.

25. Juni (I. Frauenklinik): Prof. A. Fischel: Die Entwicklung der Keimdrüsen. — Prof. H. Peham: Schmerzverhütung und Schmerzstillung in der Geburtshilfe. — Prof. A. Herzfeld: Die Uterusruptur. — Prof. H. Thaler: Prophylaktische Maßnahmen während der Schwangerschaft.

26. Juni (II. Frauenklinik): Dr. H. Heidler: Die Kiellandzange. — Prof. J. Halban: Ueber Indikationen zur abdominalen und vaginalen Schnittentbindung. — Doz. E. Herrmann:

Die Dysfunktion des Ovariums. — Prof. L. Adler: Endometritis, Metritis und Metropathie.

27. Juni (II. Frauenklinik): Doz. R. Hofstätter: Die Pathologie und Therapie der Dysmenorrhoe. — Doz. E. Graff: Klimakterische Beschwerden. — Prof. W. Weibel: Die Tuberkulose des weiblichen Genitales. — Doz. J. Novak: Die Pathologie und Therapie der weiblichen Sterilität.

28. Juni (II. Frauenklinik): Doz. J. Richter: Die Lageveränderungen des Uterus. — Prof. Bucura: Die Vakzine-therapie in der Gynäkologie. — Anfragen zu richten an den Sekretär Dr. Kronfeld, Wien, IX., Porzellangasse 22. Einschreibgebühr: für Oesterreicher 100.000 Kronen, für Bulgaren, Jugoslawen, Polen, Rumänen, Russen, Tschechoslowaken und Ungarn 200.000 Kronen, für das übrige Ausland 400.000 Kronen. Reichsdeutsche Aerzte sind von der Einschreibgebühr befreit.

Der XIV. Internationale Fortbildungskursus über die wichtigsten medizinischen Zeitfragen (Landärztekurs) wird vom 29. September bis 11. Oktober 1924 abgehalten werden. Mit diesem Kursus wird eine der Krebsfrage gewidmete Tagung am 10. und 11. Oktober verbunden.

Neue Fernsprechnummern: Facharzt für Dermatologie und Syphilis Medizinalrat Dr. Porges, Wien IX., Porzellangasse 7b: 18-1-30.

Verhandlungen ärztlicher Gesellschaften und Kongreßberichte.

Offizielles Protokoll der Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Sitzung vom 30. Mai 1924.

Vorsitz: Hr. Maresch. — Hr. Herschmann.

Vor Eingang in die Tagesordnung hält der Vorsitzende dem verstorbenen Mitgliede Prof. Dr. Rudolf Lóos einen warmen Nachruf. Die Anwesenden erheben sich zum Zeichen der Trauer von ihren Sitzen.

Hr. R. Kienböck: Demonstration eines Falles von Beckenknochenechinokokkus mit Beteiligung der Oberschenkel. Es ist eine 31 Jahre alte schwangere Frau, eben von der geburtshilflichen Klinik Prof. Kermauner hierher zur Demonstration gebracht. Der Befund bei der äußeren Untersuchung der viel zu kleinen Frau ergibt eine Verkürzung der Beine und Außenrotation, namentlich des linken, die Verkürzung die Oberschenkel betreffend, eine abnorme Beweglichkeit im Bereiche der Hüftgelenke als ob Schlottergelenke oder besser: doppelseitige Schenkelhalsfrakturen beständen, die Beine können passiv in extreme, groteske Stellungen gebracht, sogar etwas in die Länge gezogen und zusammengeschoben werden, alles ganz ohne Schmerzen; an der linken Seite ist durch das sehr stark vermehrte Fettpolster des Oberschenkels nur eine verdünnte Muskulatur, kein Femur zu tasten, es zeigt sich bloß das Kniegelenksende des Knochens vorhanden. Durch das sehr vermehrte Fettpolster der Hüft- und Unterbauchgegend sind auch die normalen Vorsprünge des Beckenknochens nicht zu tasten. Die innere Untersuchung (Prof. Kermauner) ergibt außer Schwangerschaft eine hochgradige Erweichung und Verengerung des Beckens, das Promontorium ist zu fühlen, vorgeschoben. An den Unterschenkeln und Füßen außer Muskelatrophie nichts Besonderes. Die Hautsensibilität und Reflexe in den erkrankten Gegenden normal. Die Röntgenuntersuchung (zuletzt an der Poliklinik und an der geburtshilflichen Klinik (vorgenommen von Assistenten Dr. K. Weiß und Dr. Antoine), zeigt einen vollkommenen Schwund eines großen Teiles des festen Skeletts, im Bilde sind unsichtbar der ganze Beckenknochen mit dem Kreuzbein, der linke Femur fast in toto, der ganze obere Teil des rechten Femur; die Lendenwirbelsäule im unteren Teil defekt, abwärts verschoben.

Letzte Blutung Dezember vorigen Jahres, demnach eine Schwangerschaft vorhanden beiläufig im sechsten Monate, dementsprechend auch die Gebärmutter sehr stark vergrößert, die Kindestöne zu hören (Assistent Dr. Kolisch). Die inneren Organe anscheinend normal.

der Oberkörper, Hals, Kopf, und Arme gesund. Die Patientin kann nur mit zwei Achselkrücken sehr mühsam gehen und stehen.

Beginn der Krankheit im Februar 1908 (vor 16 Jahren), Patientin damals im 16. Lebensjahre, leichte Schmerzen in der linken Hüftgegend, Schwäche und Hinken. Sommer 1910 Untersuchung durch uns an der Poliklinik (Chirurg. Abteilung Prof. A. Fraenkel, Assistent Doz. Salzer); die Kranke nun 18 Jahre alt, Gehen hinkend mit einem Stock, die linke Hüftgegend etwas voller, das linke Bein stark verkürzt, in der Hüftgegend schlotternd, keine Schmerzen; Rektaluntersuchung: das Kreuzbein zusammengesunken, die linke Beckenknochenhälfte erweicht; Röntgenuntersuchung (Ass. Dr. Eisler) die ganze linke Beckenhälfte im Bild fehlend ferner auch ergriffen ein Teil des Kreuzbeins, der ganze obere Teil des linken Femurs, ferner bereits zum Teil erkrankt die Knochen jenseits der Symphyse. Damals Demonstration hier in der Ges. der Aerzte, 10. Juni 1910, durch Kollegen Salzer; der Fall wurde als sehr merkwürdig erkannt, die Diagnose offen gelassen, „der ausgebreitete Knochenschwund sei vielleicht auf eine Trophoneurose zurückzuführen.“

Weiterhin Verschlechterung des Zustandes, zu Anfang 1913 Beginn von Schwäche im Gebiet der rechten Hüfte, Ende 1913 Untersuchung im Kaiser-Jubiläumsspital, Röntgenuntersuchung durch Prim. Schönfeld, nun ist auch die rechte Beckenknochenhälfte zum großen Teil geschwunden, nur mehr die Pfannengegend erhalten. Im Frühjahr 1920 Untersuchung der Kranken durch uns im Versorgungshaus gemeinsam mit Assistent Dr. Kühnel. Damals wurde durch mich zum erstenmal die Diagnose gestellt, die ich heute mit größter Bestimmtheit vorbringe. Sie stützt sich vor allem auf die weite Ausbreitung des Knochenschwundes (keine Knochenneubildung vorhanden, die Skeletteile wahrscheinlich durch — z. T. geschrumpfte — bindegewebige Teile ersetzt), das Fehlen von anderen Störungen am Körper, das Fehlen von lokalen Entzündungserscheinungen, Schmerzen und Fieber („Indolenz“), das Vorhandensein eines guten Allgemeinzustandes und der lange Bestand des Leidens.

Es handelt sich demnach offenbar um einen Fall von Knochenechinokokkus mit Ursprung im linken Darmbein. In mancher Beziehung ähnliche Fälle sind bereits, wiederholt in der Literatur veröffentlicht. Unser Fall zeichnet sich vor allen anderen durch die enorme Ausbreitung der Erkrankung (Schwund) der Knochen aus, ferner dadurch, daß das Leiden die Bein-

haut anscheinend nirgends überschritten hat, es nicht zur Bildung von größeren Geschwülsten, auch nicht zur Eiterung und zu Operationen gekommen ist, daß also der Verlauf sehr günstig ist, daß dabei unsere Diagnose einfach aus dem äußeren, klinischen Symptomenkomplex und der Röntgenbefund gestellt wird, ohne direkte Aufdeckung des anatomischen Befundes, daher auch ohne Nachweis von charakteristischen Blasen und Parasiten.

Die Krankheit ist seit vier Jahren nicht merklich fortgeschritten, der Echinokokkus ist vielmehr allmählich eingetrocknet, aufgesogen, vielleicht ganz abgestorben. Wahrscheinlich wird die Schwangerschaft auch weiterhin normal verlaufen, vielleicht wird aber der Kaiserschnitt notwendig werden, dabei könnten aus dem erweichten Beckenknochen (Symphysengegend) Stücke entnommen werden; dabei werden sich vielleicht charakteristische Bestandteile des Blasenwurmes finden, dieser Befund wird die Richtigkeit meiner Diagnose ad oculos demonstrieren, die ganze Beobachtung in idealer Weise vervollständigen; sollte aber dabei nichts Typisches gefunden werden, so wird dieses negative Ergebnis — wie es die Kenner dieses Leidens wissen — unsere Annahme keineswegs umstoßen können.

Aussprache: Hr. Latzko. (Bericht nicht eingelangt.)

Hr. R. Kraus: In dem Falle Kienböcks sowie überhaupt zur Sicherstellung und klinischen Diagnose der Echinokokkenkrankheit ist die biologische Reaktion nach Ghedini-Weinberg-Lorenz dringend geboten. Die Echinokokkenflüssigkeit von Schafen als Autogen gibt mit Serum von Echinokokkenkrankheit eine spezifische Komplementbindungsreaktion, die in den meisten Fällen positiv ausfällt. In letzter Zeit haben einzelne Autoren auch eine allergische Kutanreaktion angegeben, die ebenfalls praktisch verwertbar ist.

Hr. H. Schlesinger: War eine Eosinophilie des Blutes vorhanden? Wir vermessen dieselbe kaum je bei der Echinokokkenkrankheit des Menschen.

Hr. Fiebiger: Ich erinnere mich eines Falles von Echinokokkus am Oberschenkel bei einem Mann, den Albert (beiläufig 1893) in der Vorlesung demonstrierte, wobei der Vortragende auch die elastischen Tochterblasen zeigte. Die als Echinokokken bezeichneten Finnen des dreigliedrigen Hundebandwurmes siedeln sich in den verschiedensten Geweben und Organen an, bei den Haustieren in der Regel als einkammerige Zysten recht häufig in der Leber und Lunge, und zwar zumeist steril, d. h. ohne Brutkapseln und Köpfchen. Beim Menschen kommt es im Echinococcus polymorphus, meist von der inneren Parenchymschicht aus, zur Entwicklung von Tochter- und Enkelblasen, die als „Hydatiden“ bei Druck das charakteristische Hydatidenschwirren verursachen. Ueber eine solche Wahrnehmung wird im vorliegenden Falle nicht berichtet. Als diagnostisches Hilfsmittel könnte die bei einer Probepunktion gewonnene Flüssigkeit dienen, in welcher bei Echinokokkus sich Bernsteinsäure nachweisen läßt. In fertilen Zysten würde das Vorkommen von Brutkapseln, Taenienköpfen oder auch Haken ausschlaggebend sein. Im vorliegenden Falle ist das Befallen sein beider Oberschenkel und der Beckenknochen auffallend. Wenn wir nicht eine mehrfache Infektion annehmen, erscheint es nicht leicht erklärlich, wie der Echinokokkus, jedenfalls nach Wachstum im Knochenmark, auf so viele Knochen, und zwar hauptsächlich auf dieses Gewebe beschränkt, sich ausbreiten konnte.

Hr. Maresch: Ich habe durch mehrere Jahre das Fortschreiten des Prozesses von der linken Hüftgelenksgegend auf das ganze Becken und die Oberschenkelknochen an Röntgenbildern des Herrn Prim. Schönfeld verfolgen können und gehörte zu jenen, die eine Diagnose nicht stellen konnten. Herrn Kienböcks Annahme eines Echinokokkus stützt sich auf den Umstand, daß in der Literatur Fälle verzeichnet sind, in denen Echinokokken ohne nennenswerte Auftreibung der Skeletteile dieselben destruiert haben und ferner auf den Umstand, daß nicht angegeben werden kann, welcher andere malazische oder destruktive Prozeß sonst hier in Betracht käme. Das genügt nicht zu einer strikten Diagnose, zumal sonst nichts (Komplementablenkung, Kutanreaktion, Eosinophilie) für das Vorhandensein eines Blasenwurmes spricht. Der Fall stellt auch dann ein Unikum dar, wenn ein Echinokokkus wirklich vorliegen sollte, da ein derartig ausgedehnter Knochenschwund meines Wissens nicht bekannt geworden ist und in anderen Fällen die Knochenkonsumption nicht so lange Zeit ständig verfolgt werden

konnte. Vom pathologisch-anatomischen Standpunkt wäre es interessant zu wissen, wie der Echinokokkus bei seinem Fortschreiten die vier Hindernisse (die beiden Synchondrosen, die Symphyse und das rechte Hüftgelenk) überwunden hat, ohne auf die Weichteile überzugreifen und warum es nicht wenigstens zu einer periostalen Knochenneubildung gekommen ist.

Hr. Kienböck (Schlußwort). Der Knochenechinokokkus ist ein sehr selten beschriebenes Leiden; nur 2 bis 3% der Fälle von Echinokokkus des Menschen betreffen das Skelett, im übrigen handelt es sich um Erkrankung der Weichteile (Leber, Lunge usw.); in der Literatur dürften nicht viel über 100 Beobachtungen veröffentlicht worden sein. In Wien sind es nur 3 Fälle: von Rokitsansky, Schnitzler und Kirchmayr. Unsere anatomischen Kenntnisse über den Knochenechinokokkus sind daher noch in mancher Hinsicht einer Erweiterung bedürftig.

Die Komplementreaktion soll bei unserer Kranken neuerdings angestellt werden, doch kann — wie gesagt — ein negatives Resultat nichts gegen unsere Annahme beweisen, weil die Parasiten wahrscheinlich bereits zum größten Teil oder insgesamt abgestorben sind; dasselbe gilt von einem negativen Blutbefund.

Bei dem Falle aus der Klinik Albert dürfte es sich um einen Muskelchinchokokkus des Oberschenkels gehandelt haben, doch ist dort auch ein Femur-E. beobachtet und — 1892 — von Schnitzler beschrieben worden (siehe oben).

Herrn Prof. Maresch danke ich für seine freundlichen Worte, ich erlaube mir nur dazu zu bemerken, daß ich meine Diagnose nur insofern als „Vermutungsannahme“ gelten lassen möchte, als jede klinische Diagnose ohne Untersuchung eines aus dem kranken Körper stammenden Materials so zu bezeichnen wäre; für mich erscheint die Diagnose gesichert, ich bin von ihrer vollen Berechtigung ganz überzeugt; die Kenner des Leidens werden mir beipflichten.

Ich möchte sogar noch weitergehen. Es sind in der Literatur öfter Beobachtungen veröffentlicht mit mehr oder weniger weit ausgedehntem Knochenschwund (Röntgen-, Operations-, Sektionsbefunde), in denen das Gelenk oder der Knochenabschnitt seit kürzerer oder längerer Zeit erkrankt erscheint, Entzündungserscheinungen fehlen, Schmerzen nur ab und zu vorhanden sind (Spontanfrakturen), und zwar teils Fälle mit Schwund der Knochen an der Innenseite, teils an der Außenseite, in letzterem Falle mit defekten, zugespitzten endigenden Schaffteilen; die Veränderungen wurden für Tuberkulose, Syphilis, namentlich für eine sonderbare „Trophoneurose“ gehalten oder für „merkwürdige Folgezustände von Brüchen“ und unter diesen Titeln veröffentlicht; ich möchte nun auch manche von diesen Fällen auf Knochenechinokokkus zurückführen. Dasselbe wäre von gewissen Beobachtungen an vermeintlichen „Knochenzysten“, „Ostitis fibrosa“ (Recklinghausen) mit zystischen Knochenauftreibungen zu sagen. Wie schwierig die Diagnosestellung beim Knochenechinokokkus ist, geht übrigens schon daraus hervor, daß fast alle Fälle, die sich bei der Operation oder p. m. Sektion als solche zu erkennen gaben (oder erst bei der mikroskopischen Untersuchung der resezierten Teile), vorher für entzündliche Knochenaffektionen, z. B. tuberkulöse Arthritis, Osteomyelitis, für Weichteilabszesse u. a. gehalten worden waren.

Hr. F. Kaspar führt eine 54jährige Frau vor, welche er vor 7½ Jahren zweimal an der Klinik Hochenegg operiert hat, und die einen ganz eigenartigen Verlauf eines scheinbar hyperthyreotischen Symptomenkomplexes geboten hat. Pat. war in ihrer Jugend stets gesund. Seit dem 26. Lebensjahre hat sie eine Struma, die immer noch an Größe zunahm. Mit 30 Jahren ein angeblichluetisches Geschwür im Mund. Ende 1921 Schmerzen im rechten Bein, welche der behandelnde Arzt als Neuritis erklärt. Salizylate, Faradisation erfolglos. 1922 zunehmende Nervosität (Kopfschmerz, Schlaflosigkeit, Zittern usw.), weiterhin Angstgefühl, Depressionen, Appetitlosigkeit, rapide Abmagerung, Herzklopfen, Schweißausbrüche, Salivation, Diarrhöen, Tremor, täglich abendliche Temperatursteigerungen bis 38°. — Pat. wird an die Klinik Chvostek aufgenommen und mit Bettruhe, Eisen-Arsen, Galvanisation behandelt, jedoch ohne Erfolg, weitere Gewichtsabnahme von 1½ kg in drei Wochen, Temperatur täglich bis 38°, Pat. zum Skelett abgemagert, Puls 150. — Gräfe-Möbius-Stellwag nicht vorhanden, Struma derb, höckrig, keine vasculosa, kein Exophthalmus, Wassermann negativ, im Harn keine patholog. Bestandteile, Kahlerscher Blutbild, rechtes Bein um 2 cm atrophischer im Oberschenkelbereich als wie