

7. Die Prüfung des Serum-Antitoxingehaltes durch das Auslöschphänomen orientiert viel besser über die Scharlach-Immunität des Organismus als der Dick-Test. Das mit dem Auslöschphänomen nachweisbare Antitoxin ist ein sicheres Zeichen der Scharlachimmunität.

Tagung der Ungarischen Chirurgischen Gesellschaft.

Gemeinsame Sitzung der Ungarischen Chirurgischen Gesellschaft und der Landesgesellschaft der Ungarischen Zahnärzte, am 6. Juni 1932.

I. Hauptfrage.

Chirurgie der Mund- und Rachengeschwülste.

Referent Nikolaus Novak (Szekszárd). Für die orale Wundheilung, sowie für die plastische Chirurgie biliet es einen Vorteil, dass die mit mehrschichtigen Plattenepithel bedeckte Mundschleimhaut eine reiche Blutversorgung besitzt und mit Ausnahme des Zahnfleisches, sowie der Schleimhaut des harten Gaumens überall leicht verschieblich und dehnbar ist. Vom bakteriologischen Gesichtspunkt ist der Mund als intensiv infizierte Höhle zu betrachten, in welcher mehrere hundert Bakterienarten einen vorzüglichen Nährboden finden. Bei schmerzhaften Erkrankungen, sowie nach Operationen vermehren sich die Bakterien und verursachen beim Eindringen in die mit der Mundhöhle kommunizierende Wunden einen rasch fortschreitenden übelriechenden Zerfall. Deshalb empfiehlt *Brüning* bei Exstirpation von Halsdrüsen im Falle von Cc. der Mundhöhle immer zuerst die Drüsenexstirpation, die Hauptoperation aber eine Woche später durchzuführen, damit die umfangreiche Wundhöhle vom Mund aus nicht infiziert werde. Die Vermeidung der Infektion bezweckt auch das Verfahren von *Bergmann*, wonach beim seitlichen transmandibularen Eindringen z. B. bei der Exstirpation von Cc. des Zungengrundes die Rachenschleimhaut mit der Haut des unteren Wundwinkels vereinigt wird. Beim plastischen Kinnladenersatz, wenn die Schleimhaut bei der Präparierung der zumeist geschrumpften Weichteile an irgendeiner Stelle defekt wird, empfiehlt *Lexer* die Operation sofort zu unterbrechen und die Transplantation bis zur Heilung des Schleimhautdefektes zu verschieben. Bei Wunden, die mit der Mundhöhle kommunizieren, dürfen die Nähte nicht sehr dicht angelegt werden, sind grössere Wunden mit Höhlen oder Taschen vorhanden, so ist durch Drainierung für die Ableitung des Sekretes Sorge zu tragen. Der Mund kann unmöglich keimfrei gemacht werden, höchstens lässt sich durch sorgfältige Mund- und Zahnpflege die Bakterienzahl erheblich vermindern.

Diagnostisch kann ein chronischer geschwüriger Prozess Schwierigkeiten bereiten, indem verschiedene Veränderungen in der Mundhöhle zum Auftreten von Geschwüren führen können. Epithelauflagerungen können mazerieren und eine weisse Farbe annehmen. Benigne Geschwülste, deren Schleimhaut verdünnt ist, können im Anschluss an geringfügige und unbemerkte Verletzungen infiziert werden, so dass Lymphangiome, Hämangiome der Zunge, oder aber verschiedene Zysten das Bild von akuten Entzündungen darbieten. Hierzu tritt die Rolle der Mundhöhlenbakte-

rien zur Förderung der geschwürigen Prozesse und des Geweberfalls. Die Schwierigkeiten werden noch durch den Umstand erhöht, dass ein Teil der chronischen Infektionskrankheiten, wie z. B. die durch Syphilis verursachten geschwürigen Veränderungen als präkarzinomatöse Prozesse zu betrachten sind. Die grössten Schwierigkeiten bereitet die Diagnose der karzinomatösen Geschwüre. Nach *De Quervain* ist jedes hartnäckige Mundgeschwür auf Karzinom verdächtig. Die Anamnese sichert nur in extremen Fällen die sofortige Diagnose, dagegen sind in intermediären Fällen oft alle Hilfsmittel (Wa. R., Tierpassage, Probeexzision, histologische Untersuchung) zur Hilfe zu nehmen. Nach *Farr* wurde bei Zungenkrebs in 66%, nach *Bloodgood* in 50% und nach *Simons* in 24% der Fälle infolge unrichtiger Diagnose die rechtzeitige Behandlung versäumt. Ebenso konstatiert *Berven* in seiner 1931 aus dem Radiumhemmet in Stockholm erschienenen Arbeit, dass die an Mundkrebs leidenden Kranken zumeist erst 2—4 Monate nach dem Erscheinen der ersten subjektiven Symptome sich an den Arzt wenden, der in 25—30% der Fälle eine unrichtige Diagnose stellt, so dass bei 30 von 86 Kranken bereits umfangreiche Drüsenmetastasen vorhanden waren. Differenzialdiagnostisch kommen folgende chronisch ulzerösen Formen: decubitale Rhagaden, Tbc., luetische und Malleusgeschwüre.

Als benigne Mundhöhlentumoren finden sich verschiedene Zysten, selten Echinokokken und *Cysticercus*. Hämangiome sind wegen der von ihnen verursachten häufigen Blutungen, Infektionen und Thrombophlebitis radikal zu exstirpieren, sind sie sehr umfangreich, so müssen sie kauterisiert werden. Das gleiche gilt für die Lymphangiome, Adenome und seltenen Osteome.

Von den malignen Geschwülsten verursacht das Sarkom keine Metastasen, 50% der Fälle rezidivieren. Von den Karzinomen entfallen 70% auf die Lippen, 20% auf die Zunge und 10% auf die übrigen Partien der Mundhöhle. Die Malignität der Karzinome ist nach *Broders* umso ausgesprochenener, je grösser der Anteil von undifferenzierten Zellen im Tumor ist. Die Operationsergebnisse haben sich seit Einführung der Lokal- und Leitungsanästhesie verbessert. Nach Erörterung der Statistik der Malignität der verschiedenen Karzinome, der Operationsresultate und primären Mortalitäten betont der Vortragende, dass die Operabilität ziffermässig einen Rückgang zeigt, indem man immer weniger Fälle für die Radikaloperation als geeignet betrachtet, was dem Vordringen der Radiumtherapie zuzuschreiben ist.

Der Vortragende erörtert sodann die Speicheldrüsenzysten und Tumoren, die odontogenen Tumoren des Zahnfleisches und der Kieferknochen, die Krebsgeschwülste der Maxilla und der Mandibula, sowie die bösartigen Tumoren der Mandeln.

Referent **Josef Szabó** schildert die Genese der radikulären und folliculären Zysten, sowie der Adamantinome und Odontome. Der Votr. betrachtet die dentalen Geschwülste als gutartig. Er reasumiert die Rolle des Zahnarztes in der Kieferchirurgie, schildert die Ziele und Methoden der Prothetik besonders bei den osteoplastischen Kieferoperationen.

Referent **Ladislau Rohrer** (Pécs). *Methoden der Strahlentherapie bei malignen Mund- und Nebenhöhlengeschwülsten*. Therapeutisch wichtig ist die Erkenntnis, dass durch zeitliche Verteilung der Dosis die Hauttoleranz soweit erhöht werden kann,

dass 6—8 HED ohne Gefährdung verabreicht werden können. Die Verteilung kann im Wege der 10—20-fachen Teilung einer Dosis, Verlängerung, Protrahierung der Verabreichung einzelner Fraktionen von 10—20 Minuten auf 1—2 Stunden und durch Erhöhung der fokalen Entfernung erzielt werden. Nach Erörterung der im Ausland erzielten Resultate referiert er über die Ergebnisse im Röntgeninstitut der Pécsér Universität. Es gelang bei drei Tonsillen-, 2 Lippen- und einem Sinus maxillaris-Cc. resp. Sarkom länger dauernde Symptomenfreiheit zu erzielen. Er stellt fest, dass die Methode der fraktionierten Bestrahlung die Röntgentherapie mächtig gefördert hat.

Besprechung: Georg Matolay. In der I. chirurgischen Klinik wurden 621 Männer und 66 Frauen wegen Mundhöhlengeschwülsten behandelt, von den Tumoren waren 24 benigne, 663 maligne, 14 Geschwülste waren inoperabel und wurden mit Strahlen behandelt. Von 649 Operierten starben 33, d. i. 5%. Die Verteilung der Tumoren war: Lippen-Cc. 332, Backen-Cc. 143, Zungen-Cc. 141, sublinguales Cc. 9, Tonsillen-Cc. 9, Cc. des harten Gaumens 8, Cc. des weichen Gaumens 1, alveolares Cc. 11, Epulis 7, retropharyngeales Sarkom 2. Die höchste Mortalitätsziffer 28% zeigten die Tonsillen-Cc., die geringste 3% die Lippen-Cc. Von 89 Kranken, die vor mehr als $3\frac{1}{2}$ Jahren operiert wurden und deren Schicksal bekannt ist, leben 55, unter diesen solche, die vor 14 Jahren operiert wurden. Ein grosser Teil der Kranken meldete sich erst 6—12 Monate nach Beginn des Leidens in der Klinik, was auf die Gleichgültigkeit der Kranken, aber auch darauf zurückzuführen ist, dass das Leiden rechtzeitig nicht erkannt wurde. Angesichts der ungünstigen Heilungstendenz der Mundhöhlenkarzinome ist bei diesen die Frühoperation besonders wichtig. Von dieser, sowie von der schöne Erfolge aufweisenden Strahlenbehandlung kann eine weitere Besserung der Behandlungsergebnisse erwartet werden.

(Fortsetzung folgt.)

NACHRICHTEN.

VIII. Ärztwoche in Balatonfüred. Der Ständige Ärztliche Beirat von Balatonfüred veranstaltet die Sonntag, 14. Mai, beginnende Ärztwoche. Bisher enthält das wissenschaftliche Arbeitsprogramm Referate folgender prominenter Vertreter der ungarischen medizinischen Wissenschaft: Dr. Johann *Angyán*, Dr. *Bakay*, Dr. *Barla-Szabó*, Dr. *Benedek*, Dr. *Boross*, Dr. *Frigyesi*, Dr. *Géza Gerlóczy*, Dr. *Hániss*, Dr. *Hasenfeld*, Dr. *Wyes*, Dr. *Rusznayk*, Dr. Franz *Schmidt*, Dr. Stefan *Tóth*, Dr. *Tibor Verebely* und Dr. *Desider Aczél*. Den Teilnehmern der Ärztwoche steht freie Unterkunft zur Verfügung. Für ganztägige Verpflegung bezahlen sie für sich und ihre Familienmitglieder ein Tagespauschale von 6 Pengö. Anmeldungen nimmt bis 1. Mai d. J. die Kurdirektion in Balatonfüred entgegen.

Habilitierungen. Der Kultus- und Unterrichtsminister hat die Habilitierung folgender Privatdozenten an der Budapester Peter Pázmány-Universität zur Kenntnis genommen und die Betreffenden in ihrer Eigenschaft bestätigt: Dr. *Julius Putnoky*: „Pathologie und pathologische Anatomie der Geschwulstkrankheiten“; Dr. *Aladár Campián*: „Pathologie und Therapie der oberen Luftwege“; Dr.