

K. Burian: Es besteht wohl kein Zweifel, daß so große Divertikel nur operativ zu beseitigen sind. Beim Vorliegen kleinerer bis mittelgroßer Divertikel sollte die Seifertsche Schwellendurchtrennung in Betracht gezogen werden. Voraussetzung sind allerdings günstige anatomische Verhältnisse, d. h. schlanke Divertikelschwellen, die endoskopisch gut einstellbar ist, nicht zu tiefer Divertikelsack (3—4 cm). Für die erfolgreiche Schwellendurchtrennung ist schließlich eine ausreichende endoskopische Darstellung der Schwelle mit einem möglichst großen Endoskopierrohr unbedingt erforderlich. Die diathermische Durchtrennung dürfte sich als günstiger erweisen als die Durchtrennung mit der Schere.

H. Kunz: Von der von Burian erwähnten endoskopischen Spaltung der Divertikelmündung muß dringend abgeraten werden. Ich habe Ösophagusperforationen mit schwersten Halsphlegmonen gesehen.

M. Wenzl: Aneurysma der Arteria femoralis.

Es wird über einen 44j. Mann berichtet, bei dem sich im Anschluß an eine Kriegsverletzung ein übermannskopfgroßes, zum größten Teil mit Thrombenmassen ausgefülltes Aneurysma im Bereich der rechten A.femoralis entwickelte, das bereits zu beträchtlichen Beschwerden im Sinne einer Claudicatio intermittens führte. Bei der Exstirpation des Aneurysmas fand sich als Ursache ein nur 1 cm langer Schlitz in der Arterie. Wegen der gleichzeitig bestehenden peripheren Durchblutungsstörung war die Frage zu entscheiden, ob zusätzlich zur Verbesserung der Zirkulation eine By-pass-Operation ausgeführt werden sollte. Da, wie die Arteriographie zeigte, ein ausgedehnter Kollateralkreislauf bestand, schien die Annahme gerechtfertigt, daß nach Entfernung des Aneurysmas eine Besserung der peripheren Durchblutung eintreten würde. Aus diesem Grunde wurde von einer primären By-pass-Operation Abstand genommen. Diese abwartende Haltung bewährte sich insofern, als nach Entfernung des Aneurysmas eine deutliche Verbesserung der kollateralen Zirkulation festzustellen war. Es erscheint demnach gerechtfertigt, bei derartigen Fällen, die einen ausgeprägten Kollateralkreislauf aufzuweisen haben, von einer primären By-pass-Operation Abstand zu nehmen und erst im weiteren Verlauf über die Notwendigkeit zirkulationsverbessernder Maßnahmen zu entscheiden.

M. Wenzl: Palliative Umgehungsoperation bei maligner Ösophagusstenose.

Bei inoperablen, stenosierenden Magen- und Ösophaguskarzinomen sollten künstliche Ernährungsfisteln wegen ihrer beträchtlichen psychischen und physischen Rückwirkungen nach Möglichkeit vermieden und durch Umgehungsanastomosen ersetzt werden. Die Ösophagogastrostomie hat sich beim inoperablen stenosierenden Kardiakarzinom im gleichen Maße wie die Gastroenterostomie beim pylorusnahen Karzinom als Umgehungsanastomose bestens bewährt. Wesentlich schwieriger liegen jedoch die Verhältnisse, wenn nicht nur der Ösophagus, sondern auch ein Großteil des Magens karzinomatös infiltriert ist und daher wegen der Ausdehnung des Karzinoms diese Standardmethoden nicht in Frage kommen. Zur Vermeidung der in diesen Fällen üblichen Jejunostomie wird eine Umgehungsanastomose des karzinom-infiltrierten Areals zwischen Ösophagus und der obersten, durch entsprechende Gefäßunterbindungen mobilisierten und intrathorakal verlagerten Jejunumschlinge vorgeschlagen. Nach Beschreibung der Operationstechnik wird die gute Funktion dieser Umgehungsanastomose, die bei einem 50j. Mann, bei dem die Probelaparotomie ein inoperables, vom unteren Ösophagus bis nahe an den Pylorus reichendes Karzinom ergab, an Hand einer Bariumbreipassage demonstriert.

(Selbstberichte)

Sitzung am 15. Juni 1962

A. Stacher: Anabolika bei Blutkrankheiten.

Es wird über die Wirkung von Methenolonönanthathat bei 86 Blutkrankheiten berichtet. Neben einer Besserung des Allgemeinzustandes

konnte nach 600 bis 800 mg Methenolonönanthathat eine Zunahme des Körpergewichtes um durchschnittlich 3,7 kg und der Serumeiweißwerte, vor allem der Albumine, um 0,7 g % festgestellt werden. Bei Resektionsanämien, Infektanämien und Begleit-anämien maligner Erkrankungen ergab sich darüber hinaus ein Anstieg der Erythrozytenwerte und ein besseres Ansprechen auf die spezifische antianämische Therapie. Sechs Plasmozytome zeigten eine wesentliche Besserung der rheumatoiden Schmerzen ohne sonstige Änderung der Grundkrankheit. Bei den 47 lymphatischen Leukämien kam es zu einer beträchtlichen Besserung des Allgemeinzustandes und zu charakteristischen Leukozytenschwankungen. Es konnte öfters beobachtet werden, daß die Wirkung von Triäthylmelamin durch das Anabolikum verstärkt wurde. Dabei wurden nach 700 bis 800 mg Methenolonönanthathat dreimal latente bakterielle Prozesse akut, so daß empfohlen wird, bei den lymphatischen Leukämien mit schlechtem Allgemeinzustand nur zwei- bis dreimal jährlich eine Stoßtherapie mit insgesamt 500 bis 600 mg Methenolon durchzuführen. Zuletzt wird aus den klinischen Erfahrungen die Vermutung abgeleitet, daß Methenolon nicht nur die katabole Wirkung der Kortikoide aufzuheben vermag, sondern daß es auch beim Leukozytenabbau im Gegensatz zu den Kortikoiden die Lymphozytenlebensdauer verlängert und den Granulozytenabbau fördert. Während die Kortikoide bei hyperergischer Reaktionslage den normalen Zustand herzustellen vermögen, dürfte dies dem Anabolikum bei anergischer Reaktionslage gelingen. Diese Ansichten bedürfen allerdings noch einer experimentellen Untermauerung.

Aussprache: H. Dittrich: Es wird auf die große Bedeutung der Behandlung mit anabolen Hormonen bei Magenresezierten hingewiesen. Sowohl unmittelbar nach der Operation als auch später helfen sie, die Folgen der Operation zu vermindern. Wichtig sind dabei aber ausreichende Eiweißzufuhr und sinnvolle Fermentsubstitution, um die Verdauung zu gewährleisten.

P. Hechl: Zur Klinik der subglottischen Laryngitis.

An der Klinik Novotny konnten in den letzten drei Jahren 80 Fälle von sog. Pseudokrapp beobachtet werden. Bei der Aufnahme bedrohliche Atemnot, bellender Husten. Zunächst konservative Therapie: Kalzium, Cortison (1—2 mg Soludacortin pro kg Körpergewicht in 24 Stunden i. m.), Breitbandantibiotika. Bei nicht bald einsetzender Besserung Tracheotomie, häufiges Absaugen nötig! In fünf der 80 Fälle war die Tracheotomie notwendig gewesen, in zwei Fällen davon Exitus an Herz-Kreislaufversagen. Pathologisch-anatomisch: Pseudomembranöse Entzündung; schwere toxische Schädigung von Herz, Leber, Nieren; Hirnödem. Hinweise auf 1. die Zunahme der primär durch Viren bedingten Erkrankung, 2. die außerordentliche Toxizität der sekundär wirksam werdenden, pathogenen Staphylokokken und 3. die meist rasche und zufriedenstellende Besserung durch Cortisontherapie.

V. Grünberger u. R. Ulm: Eine immunologische Schwangerschaftsreaktion (Pregnosticon-Test).

Wide u. Gemzell berichteten 1960 über einen immunologischen Schwangerschaftstest. Prinzip: Kaninchen werden gegen menschliches Choriongonadotropin sensibilisiert. Ihr Serum enthält dann Antikörper (Antiserum); an Erythrozyten vom Schaf wird Choriongonadotropin fixiert. Antiserum plus vorbehandelte Erythrozyten gehen eine Bindung ein, so daß sich die Erythrozyten nicht sedimentieren können. Bei Zusatz von normalem Harn kommt es auch nicht zur Sedimentierung. Im Harn von Schwangeren jedoch ist freies Choriongonadotropin vorhanden, das sich bei Zusatz zu dem Gemisch mit dem Antikörper verbindet, die Erythrozyten bleiben frei und sedimentieren sich ab: positiver Schwangerschaftstest. Die Firma Organon, Holland, hat das Antiserum und die vorbehandelten Erythrozyten in lyophilisierter Form in Ampullen hergestellt. Man nimmt 0,4 ccm des in einer Pufferlösung aufgelösten Antiserums, gibt dies in die Ampulle mit den Erythrozyten und setzt 0,1 ccm des filtrierten zu untersuchenden Harnes zu. Nach kurzem Durchschütteln gibt man das Gemisch in einen Ampullenständer, an dem man nach zwei Stunden mit Hilfe eines Spiegels kontrolliert, ob eine Sedimentierung der Erythrozyten

stattgefunden hat (positiver Test) oder nicht (negativer Test). Bei 400 Fällen konnten wir in 93% richtige Resultate erzielen. Der Test ist ganz einfach und ohne Laboratoriumseinrichtungen durchzuführen, man braucht keine Vorbehandlung des Harnes und keine Versuchstiere.

Aussprache: P. Speiser: Dieser eben geschilderte serologische Schwangerschaftsnachweis mit seinen ausgezeichneten Ergebnissen beruht im Prinzip auf zwei, im Test miteinander gekoppelten, bekannten serologischen Methoden. Die eine davon, eine Hemmungsreaktion, ist unter dem Namen Antikörper-Bindungs- bzw. Ablenkungsreaktion um 1903 von Landsteiner in Zusammenarbeit mit Jagic u. Halban hier in Wien beschrieben worden. Die zweite ist die indirekte Agglutination nach Boyden, bei der Antigene an mit Tannin und/oder Formalin behandelte rote Blutkörperchen (z. B. Schaferythrozyten als Vehikel) adsorbiert werden. Bei diesem neuen Graviditätsnachweis dient als Antikörper ein im Kaninchen artifiziell erzeugtes Anti-Choriongonadotropin und als Antigen ein an Schafblut adsorbiertes Choriongonadotropin. Beide Reagentien bilden das Indikator-System. Das Anti-Choriongonadotropin wird vom Harn-Choriongonadotropin (Schwangerschaft) gebunden und kann daher mit den sensibilisierten Schafzellen nicht mehr reagieren. Ist der Harn jedoch choriongonadotropinfrei (Normalharn), so tritt der Antikörper mit den sensibilisierten Schafzellen in Reaktion. Wie die Vortragenden auch ausgeführt haben, ist der Test einfach und weist keine größere Fehlerquote auf als die bisher mit wesentlich größerer Mühe angestellten biologischen Proben. Empfehlenswert, wie bei jeder serologischen Reaktion, wäre jedoch auch hier, jeweils eine Positiv- und eine Negativ-Kontrolle bei der Bestimmung mitzuführen (Harn Schwangerer und Normalharn), allein schon aus dem Grund, um sich von der Funktionstüchtigkeit des in diesem Test verwendeten Indikator-Systems (sensibilisierte Zellen und Anti-Serum) überzeugen zu können.

Schlußwort: R. Ulm: Für einen serologisch nicht speziell gebildeten Zuhörer mag der Ablauf der Reaktion etwas kompliziert erscheinen. Die Durchführung des Testes aber ist so einfach, daß wir gerade darin einen seiner wesentlichsten Vorteile sehen. Ohne Tiermaterial, ohne Zentrifuge, ohne Brutschrank oder Wasserbad, also ohne jede Laboratoriumseinrichtung, lediglich mit zwei Pipetten ist der Test durchführbar. Die in unserer Versuchsreihe aufscheinenden 7% Fehlresultate sind vielleicht dadurch bedingt, daß die Fabrikation der Testsubstanzen und vor allem ihre exakte Austestung Schwierigkeiten bereitet. Wir glauben aber, daß die Herstellung und die Testung der Substanzen noch kontrollierter gestaltet werden kann und dadurch die Testresultate noch zu verbessern sind.

E. Gadermann, Hamburg: Die Pulsregistrierung in der Kreislaufdiagnostik.

Die unblutige Pulsregistrierung an der Art. carotis, der Art. femoralis und einer Fußarterie wurde und wird bevorzugt zur Ermittlung verschiedener Kreislaufgrößen benutzt. Untersuchungen zusammen mit H. Jungmann haben aber gezeigt, daß mittels der Analyse der Pulsform theoretisch und praktisch wichtige Erkenntnisse zu gewinnen sind. Besondere Beachtung verdient das Verhalten der Grundschwingung, die durch Reflexion der Pulswelle im Arteriensystem entsteht. Die Grundschwingung (Dikrotie) wurde früher als Ausdruck eines funktionell unvollkommenen Systems angesehen. Experimentelle Ergebnisse und klinische Beobachtungen haben aber ergeben, daß die Grundschwingung — deren Ausprägung allein vom Funktionszustand des Arteriensystems abhängt — um so markanter hervortritt, je funktionstüchtiger das Arteriensystem ist. Erlöscht die Grundschwingung (z. B. bei lange bestehender Hypertonie mit Arteriosklerose oder durch pharmakodynamische Einwirkungen), so deutet dies auf eine Funktionsstörung im Arteriensystem hin. Dies ist unter anderem von Bedeutung für die Beurteilung des Gefäßsystems bei arterieller Hypertonie im Hinblick auf therapeutische Maßnahmen mit neurologisch wirkenden Substanzen. Deren Anwendung ist oft kontraindiziert, da bereits eine gestörte Arterienfunktion infolge re-

gressiver Gefäßveränderung vorliegt, die durch derartige Pharmaka noch weitere Einbuße erleidet. Zwischen der Frequenz der Grundschwingung und der Herzfrequenz besteht eine harmonische Beziehung ähnlich derjenigen zwischen Atem- und Herzfrequenz. Dabei wird ein Verhältnis um 2:1 oder 3:1 angestrebt. Liegen Kreislaufunktionsstörungen vor, so weichen die Quotienten Grundschwingungsfrequenz: Herzfrequenz meist von ganzzahligen Werten ab. Es werden typische Pulscurven für verschiedene Krankheitsbilder besprochen und gezeigt, daß bei einer Tonusstörung der großen Arterien im aufsteigenden Pulsschenkel sogenannte Druckanstiegschwingungen auftreten können, die offenbar durch ein Mißverhältnis zwischen arteriellem Blutausswurf des Herzens und Tonuseinstellung der Arterien entstehen.

Aussprache: R. Wenger: Es wird angefragt, ob bei Patienten mit Pulsverformungen, die für regressive Veränderungen des Arteriensystems sprechen, Erfahrungen über den Einfluß verschiedener Antihypertonika vorliegen.

F. Kaindl fragt, ob Erfahrungen bezüglich des „anachroten Haltes“ der Pulscurve bei Aortenstenosen bestehen bzw. über den Pulsus bifericus.

Schlußwort: E. Gadermann: Auf die Frage von Kaindl kann keine verbindliche Antwort gegeben werden. Zu Wenger: Es wurden bei Hypertoniepatienten mit den Zeichen regressiver Gefäßveränderungen verschiedene Rauwolfiapräparate angewendet und ihre Wirkung kontrolliert. Bei mittleren Dosen sahen wir keine einschneidenden Veränderungen der bereits pathologisch veränderten Pulsform, doch läßt sich auf Grund der eingetretenen regulatorischen Veränderungen schwer übersehen, welche pharmakodynamischen Mechanismen an der Gefäßwand wirksam werden.

(Selbstberichte)

Sitzung am 29. Juni 1962

R. Reiter: Eine erfolgreiche Behandlung der Koxarthrose.

Bei erfolgloser konservativer Therapie kommt der Patient zum Orthopäden. Vor allem ist es der unbeeinflussbare Schmerz, weniger die Bewegungseinschränkung oder die Kontraktur, die einen operativen Eingriff als indiziert erscheinen lassen. Der großen Hüftchirurgie (Arthrodesen, Plastik, Osteotomien mit und ohne Resektion von Kopf und Hals) sind oft Schranken gesetzt. Von der kleinen Hüftchirurgie (Denervation, Exkochleation nach Vogl) erscheint die seit 10 Jahren bekannte Operation nach Voß am aussichtsreichsten. Durch ausgiebige Längs- und Querspaltung des Tractus iliotibialis, Abmeißelung des Trochanter major sowie subkutane Durchtrennung der Adduktoren wird der Preßdruck am Hüftgelenk beseitigt und somit kausale Therapie der Hüftarthrose betrieben. Wichtig ist die Nachbehandlung mit Extension, Unterwassergymnastik und exakter Entlastung des Hüftgelenkes für drei Monate. Nach dieser Methode wurden seit 1958 im orthopädischen Spital in Wien-Speising 103 Fälle operiert und 80 Fälle nachuntersucht. Von diesen 80 nachuntersuchten Patienten waren nach 3½ Jahren bzw. 9 Monaten 38 völlig beschwerdefrei, 25 wesentlich gebessert und 14 unverändert geblieben. Drei Patienten waren nicht erschienen. Bei den Patienten, die beschwerdefrei geworden waren, zeigte sich auch eine Besserung im Röntgenbild, wie Verbreiterung des Gelenkspaltes sowie völliges Verschwinden auch größerer Zysten. Die Methode kann bei allen Fällen von Koxarthrose angewendet werden, auch bei eingemauerten Hüftköpfen und Subluxationen. Der Weg für die große Hüftchirurgie bleibt nach ihrer Anwendung frei, sollte ein Erfolg ausbleiben. Der Eingriff ist kurz und kann auch älteren Patienten zugemutet werden. Seine Anwendung auf breiter Basis wird empfohlen.

Aussprache: F. Endler: Der Vortrag von Reiter erweckt den Eindruck, daß man praktisch bei jeder Form der Koxarthrose die Voßsche Entspannung erfolgreich durchführen könne. Dem ist leider nicht so, und wir müssen die einzelnen Verlaufsformen streng differenzieren, um ein Optimum an Wiederherstellung zu erzielen; ansonsten sind die Erfolge vorübergehend und die Schmerzen wie auch die pathologischen Knochenveränderungen