Bei beginnender Tabes sieht man unter spezifischer Therapie mit Jod, Quecksilber und Salvarsan noch am häufigsten einen Erfolg. Auch Massage, Faradisation, Heißluftduschen, Exzision mit nachfolgender Kauterisation und Quarzlichtbestrahlungen werden empfohlen und können gelegentlich helfen. Socin empfiehlt, die Ulzera nach vorhergehender Reinigung mit Jodtinktur und Alkohol mit einer dicken Paste aus 10%iger Zinkchloratlösung und Zinkoxydpulver zu plombieren und einen hydrophilen wasserdichten Verband anzulegen. Sehr häufig versagen aber alle diese therapeutischen Maßnahmen, und der Arzt steht diesen hartnäckigen Geschwüren hilf- und ratlos gegenüber.

Im vergangenen Jahre kamen hier 2 Fälle von Mal perforant zur Beobachtung, die bis dahin jeder Therapie getrotzt hatten; beide Patienten hatten eine Tabes.

1. H. H., 46jähriger Schmied, vor 10 Jahren Lues. Bald nach der Infektion 3 Schmiekuren, in den letzten beiden Jahren 3 gute kombinierte Quecksilber-Silbersalvarsankuren, daneben dauernd Jodkali. Seit 3 Jahren Geschwüre an der Fußsohle, die an sich nur wenig Schmerzen machen, aber durch die stinkende Eiterabsonderung und gelegentlichen Entzündungen den Patienten bei der Arbeit arg behindern. Vor einem Jahre sind beide großen Zehen mit dem Kapitulum des Mittelfußknochens entfernt; unter dem Köpfchen des 3. Mittelfußknochens verblieb an beiden Fußsohlen ein talergroßes typisches Mal perforant bestehen, das trotz spezifischer und Salbenbehandlung, Wechselbäder, Blaulichtbestrahlungen und Bettruhe nicht zur Heilung gebracht werden konnte.

4. X. 1920 Bestrahlung.

2. H. D., Lues ignota. Seit Ende 1919 wegen Tabes mit schweren Blasenläsionen in spezifischer Behandlung; macht Anfang 1920 eine Jodipin-Silbersalvarsan-Hg-Kur durch. Am Schluß der Kur stellen sich Schmerzen an beiden Fersen ein; innerhalb weniger Wochen entwickeln sich unter beiden Fußsohlen Ulzera, welche die Größe eines Fünfstückes erreichen und die Sehnen freilegen. D. kann nur mit größter Mühe gehen, muß seine Berufstätigkeit bedeutend einschränken. Lokalbehandlung und eine Silbersalvarsankur September bis Oktober 1920 bringen keine Besserung; die Beschwerden werden immer größer.

12. XI. 1920 Bestrahlung.

Da in beiden Fällen die üblichen Behandlungsmethoden sehr lange ohne Erfolg geblieben waren, wurden die Patienten der Röntgenbehandlung unterzogen. Bestrahlt wurde mit Müller-Siederöhre mit 3 mm A. F., pro Sitzung wurden 9 X verabfolgt, nach jeder Bestrahlung 14 Tage Pause, dann erneute Bestrahlung. Meßmethode nach Hans Meyer (Bremen). Von jeder allgemeinen und lokalen Behandlung wurde abgesehen. Mit einem indifferenten Salbenschutzverband gingen die Patienten ihrer gewohnten Beschäftigung nach. Der Erfolg war überraschend, bei H. H. waren die Geschwüre nach 2 Volldosen, bei H. D. nach einer Volldosis völlig abgeheilt. Beide Patienten sind heute noch nach einem halben bzw. nach einem viertel Jahr rezidivfrei und voll erwerbsfähig.

Eine Erklärung über die Wirkung der Röntgenstrahlen bei Mal perforant vermögen wir nicht zu geben; wahrscheinlich handelt es sich um eine Reizwirkung der Strahlen auf das in seiner Ernährung geschädigte Gewebe und die schlaffen Granulationen des Wundgrundes.

Aus der Abteilung für Strahlenbehandlung der Städtischen Krankenanstalten in Essen. (Leiter: Prof. Fr. Bering.)

Röntgenbehandlung des Mal perforant du pied.

Von Dr. L. Kleinschmidt, Oberarzt der Hautklinik.

Die unter dem Namen Mal perforant du pied bekannten Geschwüre haben ihren Sitz an der Fußsohle, an der Stelle des stärksten Druckes, gewöhnlich am Groß- und Kleinzehenballen und an der Ferse; bei Fußdeformitäten, Plattfüßen und Klumpfüßen auch an anderen Stellen. Die fingerkuppen- bis pfenniggroßen, äußerst chronisch verlaufenden, kraterförmigen Ulzera mit ihrem schmierigen Grunde und ihren steil abfallenden Wundrändern sind von einem hyperkeratotischen Wall umgeben und sondern einen dünnflüssigen, übelriechenden Eiter ab. Sie entwickeln sich gewöhnlich unter schmerzhaften Schwielen und Hühneraugen, die durch Gewebsabszedierung unterminiert werden und kraterförmig einschmelzen. Bei schlechter oder erfolgloser Behandlung können sie bis auf die Sehnen, Knochen und Gelenke reichen, zu Phlegmonen und weitgehenden Zerstörungen führen.

Die Ätiologie des Mal perforant ist nicht einheitlich, eine Reihe von zentralen, spinalen und peripherischen Nervenleiden wird mit der Erkrankung in ursächlichen Zusammenhang gebracht. Am häufigsten sieht man sie bei Tabes, oft bei Syringomyelie, auch bei Rückenmarksläsionen durch Wirbelverletzungen und -tumoren, bei Neuritis, Nervengeschwülsten und -traumen, Diabetes, Arteriosklerose und Lepra.

Bei der Mannigfaltigkeit der Grundkrankheiten ist eine einheitliche kausale Therapie von vornherein wenig aussichtsvoll. Äußere Schädlichkeiten, die einen dauernden Druck verursachen, wie schlechtsitzende Schuhe, sind nach Möglichkeit zu vermeiden. Bettruhe ist gewiß gut, aber nur in den wenigsten Fällen durchzuführen und führt schließlich doch nicht zum Ziele. Chirurgische Eingriffe sind sehr eingreifend, verstümmelnd und z. B. an der Ferse auch schlecht ausführbar.