



Sonderabdruck aus der St. Petersburger Medizini-
schen Zeitschrift.

Mitteilungen
aus der
Gesellschaft
praktischer Aerzte
zu Riga.
1911–12.

ST. PETERSBURG.
Buchdruckerei Kigelgen, Glitsch & Co., Englischer Prospekt 28.
1912.

Sonderabdruck aus der St. Petersburger Medizini-
schen Zeitschrift.

Mitteilungen
aus der
Gesellschaft
praktischer Aerzte
zu Riga.
1911–12.

ST. PETERSBURG.
Buchdruckerei Kugelgen, Glitsch & Co., Englischer Prospekt 28.
1912.

1529. Sitzung am 18. Mai 1911.

Anwesend 27 Mitglieder.

Vorsitzender: Dr. P. Klemm. Schriftführer Dr. C. Brutzer.

Vor der Tagesordnung demonstriert Dr. v. Bergmann einen Patienten, dem der rechte Arm wegen sarkomatöser Erkrankung des Humerus im Schultergelenk exartikuliert wurde. Seit dem Januar a. c. hatte sich das Sarkom am rechten Oberarm des jungen Mannes bemerkbar gemacht und war schnell gewachsen, so dass bei der Aufnahme im Stadtkrankenhaus der Umfang des rechten Oberarms 37 cm. betrug gegen 26 cm. des linken. Das Sarkom ging ohne scharfe Grenzen in die Umgebung über.

Am 29. IV fand die Operation statt. Die Heilung verlief glatt und Patient ist genesen, abgesehen von einer Angina, die er am 11. Mai akquirierte. Redner hält für derartige Fälle die radikale Exartikulation für rationeller als Resektionen und eventuellen Ersatz durch Leichenknochen, wie das neuerdings im Auslande gelegentlich geübt wird. Rezidive sind dabei häufig, nur das Riesenzellensarkom bietet für die Resektion bessere Chancen.

Dr. Klemm stimmt Vorredner zu, auch er hat die gleiche Operation schon einmal auf dieselbe Indikation hin ausgeführt. Die Riesenzellensarkome seien so gutartig, dass sie durch Auskratzen geheilt werden könnten; sie seien daher mit den Epuliden zu vergleichen.

P. 1. Dr. Bertels (Eigenbericht).

Dr. Bertels zeigt mikroskopische Präparate:

a. von amyloiden Geschwüren der Zunge und der Lippen. (Näheres erscheint im Druck);

b. von einem malignen Myom des Magens.

Das letztere Präparat stammt von einem 67-jährigen Mann, welcher unter der Diagnose eines Magenkarzinoms zur Sektion kam. Aus der Krankengeschichte ist hervorzuheben, dass bei zweimaliger Untersuchung die freie Salzsäure im Mageninhalt gefehlt hatte, die Gesamtazidität hatte zuerst 26, dann 5 betragen; Milchsäure hatte beide Male gefehlt. Die letzte Ausheberung 4 Monate vor dem Tode.

Bei der Sektion fand sich die pars pylorica des Magens durch einen nahezu faustgrossen Tumor vorgewölbt. Nach dem Aufschneiden erwies es sich, dass derselbe an der hinteren

Wand des Magens seinen Sitz hatte und knollig in das Lumen hineinragte, in der Mitte geschwüriger Zerfall. Die Magenschleimhaut lässt sich von der Geschwulst glatt ablösen und haftet nur an den Geschwürsrändern fest an derselben. Ebenso lässt sich auch die Muskularis abziehen. Auf dem Durchschnitt zeigt der Tumor knolligen Bau, Schnittfläche teils blassgrau, teils rötlich. Sowohl die Tumoren selbst, als auch das dieselben verbindende Bindegewebe sind von Blutungen durchsetzt. Die mikroskopische Untersuchung ergibt, dass die Tumorknollen aus glatten Muskelfasern bestehen, die Kerne haben zum Teil die gewöhnliche Stäbchenform, zum Teil finden sich auch mehr spindelförmige Elemente, wie man sie gewöhnlich in Myomen findet, ohne dass sich daraus die Berechtigung ergibt, die Diagnose «Spindelzellensarkom» oder «teilweise Umwandlung in Spindelzellensarkom» zu stellen. Dagegen finden sich vielfach Abweichungen von der gewöhnlichen Stäbchenform nach der entgegengesetzten Richtung, indem sie nicht kürzer, sondern im Gegenteil lang ausgezogen sind; auch finden sich an den Kernen vielfach kolbige Schwelungen. Dass Myome, auch ohne sarkomatöse Umwandlung, Erscheinungen der Malignität darbieten können, ist bekannt. Sie können Metastasen machen und sie können nekrotisch zerfallen; wohl infolge des nekrotischen Zerfalls üben sie auf den Allgemeinzustand derartige ungünstige Wirkungen aus, wie sie sonst nur den eigentlich malignen Geschwülsten zukommen. (Beobachtungen von Hitschmann, Freund, Keilmann). Im vorliegenden Fall äusserte sich die Malignität in dem geschwürigen Zerfall, welcher offenbar auf die den Myomen eigene Neigung zur Nekrose, unter Mitwirkung der peptischen Wirkung des Magensaftes zustande gekommen war. Weiterhin war es, ganz wie beim Magenkrebs, zum Schwinden der freien Salzsäure gekommen.

Ueber die Einwirkung des Magenmyoms auf den Allgemeinzustand lässt sich in diesem Fall nichts aussagen, weil gleichzeitig ein Pankreaskarzinom bestand, welches zu Metastasen im Mesenterium und in der Leber geführt hatte.

Dr. v. Krüdener. Lokales Amyloid kommt auch am Auge vor und wurde von Zwingmann in einer Dissertation beschrieben, nachdem schon früher von Professor Boettcher über lokale Amyloiderkrankungen in Knollen an der Trachea berichtet worden war. Die Auffassung, dass hyaline und amyloide Degeneration grundsätzlich verschieden seien, konnte Redner, der seiner Zeit 9 Fälle dieser Erkrankung am Auge beobachtete, als falsch zurückweisen. Er schliesst sich der Auffassung Bertels an, der im Hyalin und Amyloid nur Stufen desselben degenerativen Prozesses sieht.

Dr. v. Kimscha bittet die Geschwüre näher zu beschreiben, ob sie luetische, tuberkulöse oder andere Formen aufweisen.

Dr. Bertels. Ein lokales tumorförmiges Amyloid der Zunge sei schon früher bekannt gewesen, das ursprüngliche Aussehen der vorliegenden Formen sei durch Argent. nitr.-

Behandlung unkenntlich geworden. Die Darmgeschwüre seien klein, rundlich oval, ziemlich scharf umgrenzt mit geringem Infiltrat, im Gegensatz zu den tuberkulösen Geschwüren.

P. 2. Dr. Brennsohn. Skoliosis neuralgika. Die Patientin, ein junges Mädchen, kann leider nicht vorgestellt werden. Sie erkrankte vor 5 Monaten und kam vor 2 Monaten mit vollständiger Schiefhaltung und heftigen Schmerzen in der Umgebung des Kreuzbeins der Lumbal- und Interkostalnerven in Brennsohns Behandlung, die in Massage und Blaulichtbestrahlungen bestand.

Redner erklärt die Totalskoliose dieses Falles als eine Entspannungsstellung, ein Ausweichen um dem Schmerz zu entgehen, ebenso, wie es bei der Skoliosis ischiadika der Fall ist; nur dass keine Ischias in diesem Fall vorlag. Nachdem die Schmerzen geschwunden waren, in 1 Monat, nahm die Patientin wieder eine gerade Rumpfhaltung an. Bei näherer Betrachtung ergeben sich hierbei auch Berührungspunkte mit anderen Krankheitsbildern, so mit der Insufficiencia vertebrarum von Schanz, bei der angenommen wird, dass die Tragfähigkeit der Wirbel herabgesetzt ist, oder ihnen eine unverhältnismässig grosse Last zugemutet wird. In beiden Fällen reagiert die Wirbelsäule durch Schmerzen und Skoliose. Die Ansicht, dass viele derartige Fälle als Ischias skoliotika aufzufassen seien, bestehe eventuell zu Rechte. Ein anderer Gesichtspunkt treffe vielleicht für Litauen zu, wo Aeusserungen von Freude und Schmerz allgemein übertrieben würden. In diesem neuropathischen Milieu könne die fehlerhafte Haltung auf eine unbewusste Uebertreibung zurückgeführt werden.

Dr. Hampeln. Schanzs Lehre von der Ueberdehnung der Wirbelsäule fände auch Analogien an anderen Körpertheilen so bei den Plattfüßen. Sehnen und Knochen als insuffizient zu bezeichnen sei aber ein Barbarismus und eine Vergewaltigung der Sprache.

Dr. Sarfels. Wenn eine lokale Erkrankung nicht nachweisbar sei, müsse man an die extreme Schiefhaltung der hysterischen Skoliose denken. Schanz untersuchte Fälle, die bei uns als initiale Skoliose aufgefasst würden, durch Drücken und Klopfen so lange, bis er einen Schmerzpunkt konstatiert hatte. Dementsprechend findet er fast bei allen Skoliosefällen seine Insuffizienz und behandelt fast alle mit Korsett und Gipsbett.

Dr. Klemm referiert einen Fall, bei dem es sehr schwer war nach den vagen Angaben einer jungen Patientin, eine schmerzhaft Stelle zu finden, die einem Abszess entsprach, der direkt auf die raue Wirbelsäule führte. Schanzs Insuffizienz ist auf Skoliosen verschiedener Ursache zurückzuführen.

Dr. Stender. Insuffizienz sei ein durchaus unverständlicher Begriff für die Beurteilung neurogener Skoliosen. Es müsse zunächst festgestellt werden, ob es sich um eine psychogene oder im engeren Sinne neurogene Skoliose handele.

Dr. Hampeln. Gewiss sei in jedem Falle das Nervensystem zuerst genau zu untersuchen, doch kämen auch Fälle vor, in denen Ausstrahlungsschmerzen des Rückenmarkes beständen infolge von Dehnung der Wirbelsäule, also nicht ein direkter Dehnungsschmerz, sondern ein reflektorischer. Der Dehnungsschmerz ist dem gegenüber primär.

Dr. Brutzer spricht über die Bedeutung des Muskulus «psoas» für die aufrechte Haltung der Wirbelsäule und meint, dass in vielen Fällen von ischiadischer Skoliose die Erkrankung dieses Muskels respektive seines Nervenapparates die Veranlassung zu einer skoliotischen Haltung wird, um den Schmerzen zu entgehen.

Dr. Brennsohn. Im vorliegenden Falle habe keine Ischias bestanden, sondern Lumbago, das Nervensystem sei vollständig intakt gewesen. Die Schmerzen entstanden durch Erkältung bei einer Fahrt über Land in der Gegend der austretenden Nervenwurzeln.

Berichtigung zum Protokoll der 1529. Sitzung am 18. Mai 1911.

Der vor der Tagesordnung von Dr. von Bergmann demonstrierte Fall von Sarkom des rechten Humerus und seiner Umgebung war durch Exartikulation des Armes samt Schultergürtel operiert worden. (Amputatio interscapulo thoracica).

Dr. C. Brutzer, Schriftführer.

1530. Sitzung am 31. August 1911.

Anwesend 45. Mitglieder und als Gäste die DDr. Werner, Fowelin und V. Schwartz jun. Vorsitzender: Dr. Stavenhagen. Schriftführer: Dr. C. Brutzer.

Dr. Sarfels demonstriert vor der Tagesordnung 2 Fälle von Knochendefekten nach Osteomyelitis, die er operativ behandelte. Der eine betrifft eine kleine Patientin, die an kongenitaler Lues mit Lokalisation an den langen Röhrenknochen litt. Vor einem Jahr eröffnete Redner eine Pseudarthrose, die sich am linken Oberschenkel gebildet hatte. An der Stelle der Pseudarthrose fanden sich fibröse Massen, die entfernt wurden. Darauf wurde der Knochen angefrischt und mit Seidennähten vereinigt. Nach einem Monat federte die Nahtstelle noch, nach 6 Wochen war sie fest verheilt. Das Resultat ist sehr gut, die Patientin geht ohne Stütze.

Der andere Fall ist ein Mädchen von ca. 12 Jahren mit osteomyelitischen Herden an beiden Tibien und an der Klavikel. Als Patientin in Sarfels Behandlung kam, war die Osteomyelitis ausgeheilt, aber die linke Tibia war aufgetrieben und verlängert. Die rechte Tibia war durch Totalnekrose

zugrunde gegangen und hatte sich mit nachbleibendem Defekt regeneriert, sie war mithin kürzer als die Fibula, die an beiden Enden, am Köpfchen und am Malleolus externus, unter der Haut hervortrat. Redner wandte zunächst Extension an, aber vergeblich. Darauf nahm er aus der zu langen Fibula 4 cm. heraus und setzte sie in den Defekt der Tibia. Bis auf eine Spitze, die abgestossen wurde, ist das Stück der Fibula hier eingeheilt. Die Operation wurde vor 4 Monaten gemacht. Ein Röntgenbild lässt die neu gewonnenen Verhältnisse gut erkennen. Die Knochen sind gleich lang aber noch nicht tragfähig.

Dr. Brutzer erkennt die Bestrebungen der Knochenplastik an, die speziell in Deutschland schon längere Zeit geübt werde und auch bei uns Eingang gefunden habe. Eine Reihe prinzipieller Fragen, auf die sich diese Operationen stützen müssten, sei aber leider noch nicht endgültig entschieden. Die bisher geübte Knochenplastik sei daher mehr Experiment als wissenschaftliche Methode. Ihre Berechtigung sei durch manches schöne Resultat und durch Zustände, die ohne Aufschub angegriffen werden mussten, dennoch genügend begründet. Eine Vorfrage der Knochenplastik, sei die, ob der transplantierte Knochen definitiv einheile, oder ob er resorbiert werde und durch neugebildeten Knochen ersetzt.

Dr. Sarfels meint, dass man gestützt auf Lexers Transplantation des Kniegelenkes annehmen könne, dass der Knochen primär anheile.

Dr. L. Bornhaupt sieht einen Beweis für das primäre Einheilen des transplantierten Knochens in der Wiederherstellung der Zirkulation in ihm in ähnlicher Weise, wie sie beim Einheilen von Fremdkörpern geschehe.

P. I. Dr. Werner demonstriert einen Fall von komplizierter Schädelverletzung bei einem Kinde. Es liege in der Natur der Sache, dass Traumen, die die Grosshirnrinde betreffen, nicht Monoplegien, sondern oft Hemiplegien zur Folge hätten. Besonders bei Kindern treffe dieses zu, und es ist auch bei dem vorgestellten Patienten der Fall, der noch dadurch besonders interessant ist, das die halbseitige Lähmung nicht kontralateral sondern homolateral auftrat. Der Junge wurde von einem Hufschlag links am Kopf getroffen und unmittelbar darauf wurde bemerkt, dass die linke Seite regungslos war. Die Hautwunde wurde von einem Arzt auf dem Lande sogleich vernäht. 24 Stunden nach dem Trauma und der Nacht wurde der Patient vollständig bewusstlos ins Kinderhospital gebracht. Die Pupillen reagierten. Die Operation fand am selben Tage statt. Die Nähte wurden entfernt, es fand sich eine 6 cm. lange Impression des Kraniums. Die Dura war intakt und pulsierte. Im Verlauf der Erkrankung bestanden Benommenheit und Lähmung sowie hohe Temperatur bis 40,5° 6 Tage lang, dann trat schnell Besserung ein und in 1 Monat schwand auch die Lähmungen; am längsten zögerten die Extensoren der unteren Extremität mit der Aufnahme der Funktion. Wenn man die Verletzung nach der kraniozerebralen Topographie von Krönl ein betrachtet, so ergibt sich, dass die mo-

torische Region durch den Schlag nicht direkt getroffen sein kann.

Zur Erklärung der gleichseitigen Lähmung liesse sich einerseits die Hypothese heranziehen, dass in diesem Falle keine Kreuzung der Pyramidenbahnen vorliege, eine anatomische Anomalie, die durch Entwicklungsstörungen bedingt beobachtet worden ist. Nach einer anderen Hypothese liesse sich die homolaterale Lähmung durch Fernwirkung erklären. Der Schlag traf den Schädel von links vorn in der Richtung nach hinten, während die Verletzung links vor der motorischen Region liegt, konnte sie rechts durch Konterkoup ein Hämatom bedingen, das gerade in diese Region fiel. Letztere Erklärung scheint Redner hier zutreffend. In der Literatur hat er 72 ähnliche Fälle beschrieben gefunden.

P. 2. Dr. Leo Bornhaupt. «Die chirurgische Behandlung der Epilepsie».

Der Patient, den Redner vorstellen wollte, sein 5-jähriger Neffe, ist unwohl und kann darum nicht erscheinen. Am 4. Februar 1910 erlitt er ein Schädeltrauma, indem er mit dem Hinterkopf auf eine Tischkante fiel; einige Wochen vorher hatte er sich eine Hautwunde vorn am Schädel zugezogen. Beide Verletzungen heilten. Am 15. Februar 1910 bekam er plötzlich einen schweren epileptischen Anfall: Es traten Krämpfe auf, Besinnungslosigkeit und darauf ein tiefer Schlaf, der 2 Stunden währte; nachher bestand eine Erinnerungsdefekt über diese Vorgänge. Nach 1 Monat trat wieder ein solcher Anfall auf, und so fort; dabei war zu bemerken, dass Patient schon vor den Anfällen etwas blass aussah. Im Anfall trat Harnentleerung auf. Bei innerer Therapie, die jetzt angewandt wurde, wurden die Anfälle häufiger hatten aber einen abortiven Charakter. Es entwickelte sich eine gewisse Reizbarkeit bei dem Patienten, er hatte vor den Anfällen Angst. Da Patient bis zu den Traumen vollständig gesund gewesen war, und keine hereditäre Belastung vorlag, sah Bornhaupt keine idiopathische Epilepsie in der Erkrankung sondern nahm eine traumatische Ursache an, obgleich keine Druckempfindlichkeit der Narbe bestand und keine Herdsymptome vorlagen. Eine Röntgenuntersuchung zeigte an der Narbenstelle eine kleine Einbuchtung der inneren Lamelle des Schädelknochens. Darauf wurde zur Operation geschritten, Die Narbe verlief 1 cm. entfernt vom sinus longitudinalis. Um eine Blutung zu vermeiden ging Bornhaupt daher direkt durch die Narbe einen 4-eckigen Hautperiostknochenlappen bildend. Die Dura wurde eröffnet und unter ihr ein gelatinöses 15 Kopekenstück grosses Koagulum gefunden. Die Arachnoidea sah schleierhaft verfärbt aus; als sie angestochen wurde, floss viel Liquor ab, und die Gefäßzeichnung erschien darauf deutlich. Die Dura wurde vernäht, der Hautknochenlappen zurück geklappt, tamponiert und genäht. Nach 10 Tagen wurde der Tampon entfernt. In der Nacht vor der Operation hatte sich Patient noch 3 oder 4 mal nassgemacht. Nach der Operation kehrten die epileptischen Auffälle seither nicht wieder.

Derartige Fälle, wie der beschriebene, sind 3 ja 5 Jahre lang nachzubeobachten, weil in dieser Zeit noch Anfälle auftreten können. Die Fälle, in denen bei der Operation kein befriedigender Befund erhoben wird, sind die schwereren, wo eine Erkrankung des Nervensystems an sich in Betracht kommt. Liegt ein Befund vor, so ist die Prognose doch ganz günstig und die Epilepsie wird daher jetzt auch häufiger chirurgisch angegriffen. Nicht traumatische oder neurogene genuine Epilepsie soll nicht operativ behandelt werden, ebenso die auf Grund von Alkoholvergiftung oder Lues entstandene, dagegen wohl traumatische oder Jacksonsche Epilepsie, die mit Herdsymptomen einhergehende Form oder die von einem bestimmten Herd ausgegangenen dann diffus gewordenen Krampf-
formen.

Dr. Stender konstatiert ebenfalls, dass Indikationen zur Operation der Epilepsie in neuerer Zeit häufiger als früher gefunden werden. Auch für Formen der genuine Epilepsie wird in besonderen Fällen die Möglichkeit einer Operation zu erwägen sein, und hat Weil in Breslau sie auch schon ausführen lassen. Stender berichtet über einen weiteren Fall genuiner Epilepsie, der auf seine Veranlassung von Dr. Bornhaupt im Diakonissenhause in Riga operiert wurde. Er betrifft ein 17-jähriges Mädchen, das 3 Jahre lang Krämpfe im Fazialisgebiet hatte, die dann auch auf den linken Arm übergingen und schlieslich allgemein wurden. Der trostlose Zustand und die drohende Verblödung liessen die Indikation auf die Operation stellen. Die Dura wurde rechterseits eröffnet und unter Kontrolle des elektrischen Stroms das Krampfzentrum extirpiert. Die Krämpfe setzten darauf aus; traten aber dann wieder in vermindelter Form auf, die sich durch interne Behandlung gut beeinflussen liess, während diese vorher versagt hatte.

Es ergibt sich daraus, dass bei Fällen, in denen das primäre Zentrum erkannt werden kann, die Operation doch auch erfolgreich sein kann.

Das linksseitige Fazialiszentrum kann wegen der Nähe des Sprachzentrums allerdings nicht angegriffen werden.

Dr. Stender bemerkt zu Dr. Werners Demonstration die Kontrekoupwirkung könne hier wohl mit grosser Sicherheit angenommen werden, sie sei auch nicht selten. Durch Lumbalpunktion lasse sich auch eine intrakranielle Blutung nachweisen. Im vorliegenden Fall sei sie wahrseinhch intrazerebral gewesen.

Dr. Werner teilt mit, dass die Liquoruntersuchung in seinem Fall negativ war.

Sitzung am 5. Oktober 1911.

Anwesend: 74 Mitglieder und als Gäste die DDr. Fowelin, Jürgensohn und Lockenberg.

Vorsitzender: Dr. O. Stender. Schriftführer: Dr. E. Kroeger.

Als Nachtrag zum Protokoll der Festsitzung am 17. September ist das Resultat der Präsidiumswahlen hinzuzufügen. Es wurden gewählt zum Präses Dr. O. Stender, zum Vizepräses Dr. H. Baron Kruedener, zum 1. Sekretär Dr. E. Kroeger, zum 2. Sekretär Dr. H. von Hedenström.

Dr. Saarfels demonstriert vor der Tagesordnung mehrere orthopädische Apparate, die in seiner Werkstatt hergestellt worden sind.

P. 1. Dr. O. Stender. Ueber einen Fall von Rückenmarkstumor. (Der Vortrag wird im Druck erscheinen).

Beider demonstriert das Präparat der Stelle des Rückenmarks an welchem der Tumor gesessen hat. Sie präsentiert sich als dünner durchsichtiger Strang ohne Spur von Nervengewebe.

P. 2. Dr. L. Bornhaupt: Intraduraler Rückenmarkstumor, Demonstration.

M. H.! Was den klinischen Teil anbetrifft, so hat der Kollege Stender Ihnen in ausführlicher Weise geschildert, auf welche Schwierigkeiten die Diagnose der intraduralen Rückenmarkstumoren stossen kann. Sie werden es daher verständlich finden, dass sogar von der autoritativen chirurgischen Seite, wie von Krause und Hildebrandt es ausdrücklich verlangt wird, dass die Operation erst dann ausgeführt wird, wenn die Diagnose des Rückenmarkstumors von erfahrenen Neurologen gestellt worden ist. Indem ich Ihnen hier den von mir extirpierten intraduralen Rückenmarkstumor demonstriere, (die pathologisch-anatomische Untersuchung hat Fibrosarkom ergeben) sei es mir gestattet, hier die Eindrücke zu schildern, die ich als Chirurg bei der Operation gewonnen habe. Vor Allem möchte ich hervorheben und betonen, dass die Segmentdiagnose bei einem intraduralen Tumor vorher unbedingt feststehen muss. Bei der Laminektomie der ersten 2 Wirbel fiel es mir auf, dass der Knochen erweicht war, und dass die Wand des Rückenmarkskanals nicht so eben und glatt war, wie man das bei normalen Verhältnissen wie zum Beispiel, bei der Försterschen Operation zu sehen Gelegenheit hat. Da die Verhältnisse im Duralsack normal zu sein schienen, so war ich leicht anzunehmen geneigt, dass es sich um einen extraduralen Knochenprozess handle, der die Druckerscheinungen bedinge. Und erst auf die sichere Behauptung des dabeistehenden Kollegen Stender hin, dass der Tumor intradural und vielleicht ein Segment tiefer sitzen könnte, entschloss ich mich zur Laminektomie der 2 untern Wirbel. Darauf sah man deutlich, dass die Dura spindelförmig erweitert war; auf Druck fühlte sich die Dura hier ganz hart an, während man oberhalb der erweiterten

Stelle bei der Palpation einen vollständig normalen Befund hatte. Ich eröffnete die Dura und fand diesen Tumor, der nach hinten hin vom Rückenmark sass und sich so leicht auslösen liess; dass ich den Eindruck hatte, dass er nur in der Arachnoidea sich befände und das Rückenmark weiter nicht tangiere. Ich vernähte wiederum die Dura und die Weichteile und der Patient überstand den Eingriff ausgezeichnet, trotzdem ich die Operation in einer Sitzung ausgeführt hatte. In den Fällen, wo die Blutung zu stark ist und die Kräfte des Patienten versagen, wird es geraten sein, in zwei Sitzungen zu operieren, wenn auch das einzeitige Operieren für die Sicherheit der Asepsis vorteilhaftere Verhältnisse bietet. Der postoperative Verlauf war in diesem Fall ein tadelloser und der kräftige Patient ist nicht den Folgen der Operation, sondern den trophischen Störungen der ganzen unteren Körperhälfte erlegen, da der Tumor das Rückenmarks fast vollständig quer durchgedrückt hatte, was an dem Ihnen vom Kollegen Stender demonstrierten Präparat deutlich zu sehen ist. Was nun die Funktionsstörungen der Wirbelsäule nach solchen ausgedehnten Laminektomien anbetrifft, so wird von den Autoren, die solche Operationen öfter ausgeführt haben, so zum Beispiel von Hildebrandt ausdrücklich, hervorgehoben, dass auch ausgedehnte Laminektomien keine wesentlich Beeinträchtigung der Funktion der Wirbelsäule verursachen, und die Patienten darnach vollständig arbeitsfähig werden können; eine Erfahrung, die ich auf Grund von den von mir operierten Fällen auch voll und ganz bestätigen kann.

Zum Schluss möchte ich noch darauf hinweisen, dass unser Fall uns wiederum zeigt, wie wichtig nicht nur die sicher diagnostizierte Lokalisation, sondern auch die frühzeitige Diagnose eines Rückenmarkstumors ist. Nur wenn wir die Möglichkeit haben werden, solche leicht auslösbare Tumoren des Rückenmarks frühzeitig zu operieren, bevor dieselben das Rückenmark schwer geschädigt haben, werden wir darauf rechnen können, das Leben solcher Patienten zu retten.

(Autoreferat).

Dr. Eduard Schwarz gibt seiner Freude Ausdruck, dass es Herrn Dr. Stender gelungen sei die Diagnose zu stellen und dass es gelungen sei den Tumor zu finden, indem man mehr nach unten ging; Sire Viktor Horsley, der den ersten RM-Tumor operiert habe, habe weit nach oben gehen müssen, weil der Tumor viel niedriger gesucht worden war. Die Schwierigkeiten den diagnostizierten Tumor zu finden seien oft sehr grosse, weshalb Oppenheim proponiert habe nach Eröffnung der Dura mit der Sonde nach oben und unten zu suchen, wenn der Tumor nicht sofort nach Eröffnung vorliege. Schw. erinnert an seine Vorstellung eines von Herrn Dr. A. von Bergmann mit Glück operierten Tumors in der Höhe des 4 Zervikal-Segmentes; der Mann sei auch heute gesund und arbeite; damals habe Schw. einen Fall erwähnt, in welchem bei gleichem Sitz Geheimrat Bier in Berlin den Tumor nicht fand. Das Interessanteste an der vorgetragenen

Beobachtung, erscheint Schw., aber der merkwürdige Verlauf, der Anfangs ein sehr langsamer, kaum merklich progressiver gewesen sei; erst nach 9 Jahren seien Schmerzen und ein progressives Fortschreiten des Symptomenbildes berichtet worden; diese Eigentümlichkeit im Verlauf erkläre, warum eine Diagnose nicht früher habe gestellt werden können.

(Autoreferat).

Dr. Theodor Schwarz möchte nur einige Worte zur Differentialdiagnose der R. M. Tumoren sprechen; er ist mit Dr. Stender der Ansicht, dass in erster Linie die lues spinalis in Betracht kommt, welche zuweilen unüberwindliche Schwierigkeiten macht; die Spondylitis tuberk. ist leichter auszuschließen, da sie nicht den Brown-Sequardschen Symptomenkomplex bildet. Redner möchte jedoch noch auf 2 Erkrankungen hinweisen, welche hier in Betracht kommen, das sind die multiple Sklerose und die Schwarzenbildung am Rückenmark. Was die Sklerose anbetrifft, so tritt die dorsolumbale Form derselben vereinzelt mit starkem Sensibilitätsstörungen aller Qualitäten auf, ja auch eine bestimmte obere Grenze für dieselben, also «Polsymptome» finden sich gelegentlich. Wie schwer in solchen Fällen die Unterscheidung von Tumor sein kann, beweist z. B. der Umstand, dass ein so erfahrener Untersucher wie Nonne seit 1906 4 Fälle unter der Diagnose «Tumor» hat operieren lassen (cf. Deutsche Med. W. 1910. Nr. 37. Kasuistiken zur Differentialdiagnose zw. der multipl. Sklerose und R. M. Kompressionen) bei denen die spätere Sektion 2 mal multiple Sklerose, 1 mal eine Pseudosymptomerkrankung ergab; der 4 Fall konnte nicht aufgeklärt werden, da bei der Operation sich kein Tumor fand und der Patient trotzdem genas. Der Patient hatte vorher auch zentrale Symptome gehabt, so dass ich glaube, dass es sich hier um eine lues handelte. Sodann hat Feodor Krause 3 Fälle als Tumor operiert, welche bei der Operation keinen Tumor zeigten, sondern eine Schwarzenbildung im Rückenmark (cf. Therapie der Gegenwart 1909, Heft 2). Das anatomische Bild entsprach einer Pachymeningitis dorsalis circumscripta; es kommen also auch im dorsalen Teil des R. M. ähnliche Prozesse vor, wie sie als Pachymeningitis cervicalis hypertrophica längst bekannt sind.

Andererseits sind aber auch Tumoren bei der Operation gefunden worden in Fällen wo klinisch die oberen Polsymptome durchaus nicht exakt zu bestimmen waren, so z. B. in dem Fall von Herzog (Deutsch. Med. W. 1909, Nr. 52), wo die Sensibilitätsstörung nur als Hypästhesie vorlag und in dem Fall von Brun (Deutsche Ztschrift. für Chirurgie, Juli 1911), so dass ich den Mut der Autoren zur Operation einigermaßen bewundere. Solche Fälle wie die zitierten und diesen klinisch ähnliche z. B. der Fall von Kurt Mendel, wo wieder «eine meningomyelitis unter dem Bilde eines R. M. Tumors» (Berl. kl. W. 1909. Nr. 50) als Tumor operiert wurde, befestigten die Ueberzeugung, dass die Diagnose «Tumor» nicht immer richtig gestellt werden könne und ist von mehreren Seiten in

jüngster Zeit für eine explorative Laminektomie plädiert werden und hierfür das Wort «Probelaminektomie» geprägt worden, Analog der Probelaparotomie. Bei der relativen Ungefährlichkeit des Eingriffs und der Schwere der Erkrankung billige ich diesen Standpunkt und bin selbst einmal mit dem Kollegen P. Klemm in die Lage gekommen die Operation als Probelaminektomie vorzuschlagen. Bei der Operation, von Dr. Klemm ausgeführt, fand sich kein Tumor, sondern in der postulierten Höhe des Dorsal-Marks eine Verwachsung und Strangbildung des Rückenmarks, welche durchtrennt wurde. In diesem Falle fand sich klinisch eine Paraplegie der Beine, obere Polsymptome etc. genau wie in dem Stenderschen Fall. Wegen positiven «Wassermanns» und Pleozytose wurde anfangs eine Lues angenommen; da jedoch trotz Hg und KI und Salvarsan der Zustand sich nicht besserte, wurde $\frac{3}{4}$ Jahr nach dieser Behandlung zum Eingriff geschritten in der Annahme, dass vielleicht doch ein Tumor vorliege. Dieses war nun nicht der Fall und die besondere Wichtigkeit der Pleozytose zur Diagnose Lues wird hierdurch bewiesen, während dem positiven «Wassermann» nicht dieselbe hohe Bedeutung zuzumessen ist, wie ja auch der heutige Stendersche Fall zeigt und wie Redner selbst es bei einem Fall von Brückenwinkeltumor, über welchen er seiner Zeit berichtete, erfahren hat; im Stenderschen Fall lag aber keine Pleozytose vor und das ist das Wichtigste. Der vom Redner erwähnte Pat. überstand die Laminektomie gut, der Zustand wurde sonst aber nicht wesentlich geändert und hat Redner ihn eben aus den Augen verloren.

(Autoreferat).

Dr. v. Hampeln will gegenüber Dr. Th. Schwartz den grossen diagnostischen Wert der Wasserm. Sero-Reaktion in Schutz nehmen. Es könne natürlich auch jeder Luetiker davon ganz unabhängige Organerkrankungen aufweisen, so habe er einmal eine Lungenerkrankung bei positivem Wassermann autiluetisch behandelt, die sich später als Lungenkarzinom erwies. Trotzdem hatte aber der Patient sicher Lues.

Dr. Ed. Schwarz betont, dass kein einziges Symptom und kein einziges Syndrom für den Tumor spinalis charakteristisch sei; auch nicht der Brown-Sequardsche Symptomenkomplex. Die Diagnose eines R. M. Tumor könne nur durch den Verlauf gemacht werden; die Progressivität gäbe die Diagnose. In neuester Zeit sei aber ein Symptom vielleicht doch für den R. M. Tumor charakteristisch und zwar die von House zuerst angegebene höchst starke Phase I bei fehlender Pleozytose. Diese Erscheinung habe Schw. auch bei seinem Tumor gefunden und später bei 2 weiteren, die nicht zur Operation kamen. House habe neulich dieselbe Erscheinung in 6 neuen Fällen mitgeteilt. Doch sei dieses Symptome leider nicht konstant; es gäbe ein gutes Differentialdiagnostisches Hilfsmittel in Bezug auf die meningitis serosa circumscripta, die öfter schon einen Tumor vorgetäuscht habe.

(Autoreferat).

Dr. J. Eliasberg. Ich ergreife das Wort, um zu betonen, dass ein prinzipieller Unterschied vorliegt zwischen dem positiven Ausfall der Wassermannschen Reaktion im Blutserum einerseits und im liquor cerebrospinalis andererseits. Während ersterer nur darauf hindeutet, dass Lues vorliegt, resp. vorlag, dabei aber keinerlei Aufschlüsse gibt, ob ein gegebenes Leiden bei einem, einen positiven Ausfall der Reaktion aufweisenden, Patienten syphilitischen Ursprungs ist, — ist der positive Ausfall im liquor cerebrospinalis besonders nach den Behauptungen von Nonne ausschlaggebend für die Annahme des syphilitischen Ursprungs der fraglichen Erkrankung des Z. N. Demgegenüber möchte ich nur hervorheben, dass es doch Ausnahmen gibt von diesem von Nonne aufgestellten Satz. Ich verfüge über folgende Befunde:

I. positiver Wassermann bei multipler Sklerose (Fall von Dr. Th. Schwartz);

II. positiver Wassermann bei einem Fall von Tumor spinalis (Fall v. Dr. O. Stender);

III. positiver Wassermann bei Tumor Cerebelli (Fall v. Dr. Th. Schwartz);

IV. positiver Wassermann bei Meningitis (Pneumokokken) (Fall v. Dr. E. Schwartz)

und ich kann jetzt noch über einen 5 Fall berichten von positivem Wassermann im Liquor und zw. (bei einem Fall von Gehirnabszess (Fall von Dr. Th. Schwartz).

Somit ist der von Nonne aufgestellte Satz durchbrochen. Gewiss stimmt der positive Wassermann im liquor mit der Annahme einer syphilitischen Erkrankung des Z. N. in der überwältigenden Zahl der Fälle überein, — die angeführten Ausnahmen zwingen aber zur äussersten Vorsicht in der Verwertung der Resultate der W! R!

(Autoreferat).

Dr. Ed. Schwarz: die vorhandene Wassermann R. im Liquor sei gewiss für die Diagnose eines Tumor spinalis nichtluetischer Natur sehr störend; sie sei meistens für die syphilogene Natur des Leidens charakteristisch; sie scheine aber auch in ganz seltenen Fällen bei Meningitis vorzukommen. Schw. habe in letzter Zeit einen und jetzt noch 2 solche merkwürdige Fälle gesehen, doch dürfe hierüber vor der Hand noch nicht geurteilt werden. Aus den sehr zahlreichen Untersuchungen des Krebses müsse aber betont werden, dass wenn auch die Wassermann R. bei Malaria und bei Scharlach und hier nur etwa 6 Wochen nach Ablauf der Krankheit vorkomme, sie für Syphilis charakteristisch sei; bei allen Fällen, die nichts mit Syphilis zu tun hatten, war sie stets negativ.

(Autereferat).

Dr. W. Lieven erinnert, dass nicht nur bei einigen Tumoren und Malaria, sondern auch bei Lepra der Wassermann positiv ausfällt.

Dr. L. Bornhaupt. (Schlusswort). Auf der einen Seite muss zugegeben werden, dass man sich auch auf dem Gebiete der Rückenmarkschirurgie zum aktiveren Vorgehen entschlossen hat. In diesem Sinne äusserte sich z. B. auch Hildebrandt auf dem vorletzten Chirurgenkongress in Berlin, wo er auf Grund seiner Erfahrungen zum operativen Eingriff auch bei tuberkulöser Spondylitis riet, falls es sich um Symptome handelt, die für einen Druck sprechen, der von einem tuberkulösen Tumor auf das Rückenmark ausgeübt wird. Andererseits dürften wir Chirurgen uns mit dem immer häufiger vorkommenden Ausdruck «Probelaminektomie» nicht ganz einverstanden erklären. Zu einer Probelaminektomie ist der Eingriff doch zu schwer und lebensgefährlich. Eine Laminektomie dürfte nur ausgeführt werden, wenn Symptome bestehen, die sowohl die Diagnose als auch die Segmentdiagnose sicher stellen, und der operative Eingriff dadurch streng indiziert ist.

(Autoreferat).

Dr. Stender (Schlusswort) betont, dass die Wassermannsche Reaktion weder im Blut noch im Liquor ausschlaggebend zu Gunsten einer syphilitischen Erkrankung des Z. N. sei. War die Blutreaktion auch früher nur ein Hinweis darauf, dass der betreffende Patient einmal Syphilis durchgemacht hat, ohne zugleich Grund abzugeben um die bestehende Krankheit als syphil. Natur anzusprechen zu müssen, so lagen bezüglich der Reaktion im Liquor die Tatsachen bisher anders. Nonne schrieb noch auf dem Kongress in Baden-Baden dem positiven Anfall der Reaktion im Liquor ausschlaggebende Bedeutung für eineluetische Erkrankung des Z. N. zu. Differentialdiagnostisch konnte darauf ein Rückenmarkstumor oder eine andere Affektion ausgeschlossen werden. Diese These ist nach der heutigen Erfahrung nicht mehr aufrecht zu erhalten. Der Fall beweist unzweideutig, dass bei einem bestehenden Tumor die Wassermannsche Reaktion stark positiv ausfallen kann. Wir werden uns in Zukunft daher stets auf die klinische Beobachtung stützen müssen und auch in diesen Fällen (Wassermann im Liquor positiv) der Wassermannschen Reaktion nur die Rolle einer Dienerin und nicht Führerin im Rahmen unserer diagnostischen Erwägungen einräumen dürfen.

Der Brown-Sequardsche Symptomenkomplex kam bei Karies d. W. S. in 5 pCt. der Fälle vor.

Differentialdiagnostisch käme beim Tumor med. spinal. ausser der Multipl. Sklerose noch die Gliosis in Frage.

(Autoreferat).

Gesellschaft prakt. Aerzte zu Riga.

1533. Sitzung am 19. Oktober 1911.

(Offizielles Protokoll).

Anwesend 78 Mitglieder und als Gäste die Herren Schneider und Schuhmacher.

Vorsitzender Dr. O. Stender. Schriftführer Dr. E. Kroeger

Vor der Tagesordnung verliest der Präses eine an die Gesellschaft von Prof. Zander (Königsberg) gerichtete Aufforderung zur Mitarbeit an einer Festschrift für das Ehrenmitglied der Gesellschaft Prof. Stieda (Königsberg), zur Feier seiner 50-jährigen Dozententätigkeit. Der Präses ersucht die Kollegen auch den heute nicht anwesenden Mitgliedern hiervon Mitteilung zu machen.

Dr. v. Sengbusch demonstriert einen Fall von luxatio coxae, 3 Monate nach der Luxation reponiert.

M. H. Ich muss Ihnen Pat. heute vorstellen, da ich ihn sonst aus den Augen verlieren könnte. Er ist interessant in mancher Hinsicht. Es handelt sich um eine Reposition einer Luxatio coxae 3 Monate nach dem Unfälle bei einem 58-jährigen. Am 24 Juni 1911 Unfall mit der elektr. Strassenbahn, seine Luxation ist damals übersehen und er wegen einer Kniekontusion einige Wochen auswärts in Behandlung gewesen. Dr. Bernsdorff schickte Pat., der mühselig an einer Krücke und unterstützt von einem Begleiter ging, am 8 September ins rote Kreuz. Der Zweifel ob eine schlecht geheilte Fraktur oder Luxation, die allerdings gleich angenommen wurde, vorlag wurde durch das Röntgenbild entschieden — in tiefer Narkose am 13 September Repositionsversuche gemacht und zwar von Dr. Helmboldt-Sarfels und mir. Wir konnten den Kopf wohl stark lockern auch herabziehen, aber nicht in die Pfanne bringen und er wurde dann für eine Woche in Extension gelegt und am 22 IX wieder vorgenommen, nach vieler Mühe war dann plötzlich die Stellung ausgeglichen, Abduktion und Rotation frei ohne dass deutliches Einschnappen bemerkbar gewesen wäre. Schienenverband. Röntgenkontrolle am nächsten Tage ergibt tadellose Stellung. Ich liess den Verb. 6 Tage stehen — legte dann zwischen Sandsäcke und massierte täglich mit Einfügung kleiner Bewegungen das Gelenk, schon am 14-ten Tage nach der Reposition liess ich aufstehen, in den ersten Tagen trat er überhaupt nicht auf den Fuss auf, am 5-ten Tage ging er an einer Krücke, am 7-ten konnte er ohne Krücke gehen und jetzt hat er schon recht gute Funktion, es fehlen noch einige Tage an 1 Monat seit der Reposition. Das Interessante also: Re-

position ist gelungen nach 3 Monaten und nach einem weiteren Monat ist er im Stande ohne Stütze zu gehen. Ich empfehle dringend eine nicht gelungene Reposition jedenfalls nach einiger Zeit zu wiederholen und werde diese gelegentlich auch bei veralteten Schulterluxationen versuchen. 2-tens empfehle ich noch dringender nicht zu lange Ruhe zu machen. (Autoreferat).

Dr. P. Klemm demonstriert:

1) eine Patientin und einen derselben auf operativem Wege entfernten Ureterenstein,

2) einen Fall von Cholelithiasis,

3) einen nach einer Stichwunde entstandenen Hämatothorax. (Die Arbeiten werden veröffentlicht werden).

Diskussion ad 1) Dr. von Sengbusch berichtet, dass es ihm gelungen sei diesen Ureterenstein sicher durch Röntgenphotographie zu diagnostizieren.

Er konnte eine Platte herstellen auf der deutlich der Nierenschatten und auf halbem Wege zwischen Niere und Blase der Stein sichtbar war.

Dr. Klemm betont, dass die Nierensteindiagnose nur mit Hilfe der Röntgenstrahlen sicher zu stellen sei.

Dr. Hach fragt wie fest der Stein im Ureter lag und ob die Funktion der betreffenden Niere durch die Katheterisierung des Ureters geprüft worden ist.

Dr. Klemm: Die Stelle an der der Stein lag bot einen kleinen Divertikel dar. Der Ureter ist nicht katheterisiert worden, doch hat die Niere scheinbar wohl funktioniert, denn das Becken war nicht erweitert und der Urin blieb auch nach der Operation ganz normal.

P. I. der Tagesordnung:

Dr. von Krüdener: Operation eines retrobulbären Tumor mit Erhaltung des Auges. (Krönlein).

Die 14 jährige Patientin, welche ich heute hier vorstelle kam vor 16 Tagen in meine Behandlung. Im Laufe der letzten Monate trat das Auge sichtlich vor, und zu gleicher Zeit machten sich zeitweise Schmerzen bemerkbar. Ich fand das linke Auge protrudiert in der Richtung der Orbital-Axe, ein Tumor war nicht palpierbar und die Augenbewegungen waren noch recht ausgiebig. Es musste das Vorhandensein einer retrobulbären Geschwulst angenommen werden und ich beschloss, da das Auge selbst intakt war die Entfernung derselben mittelst temporärer Resektion der temporalen Augenhöhlenwand. Der Schnitt begann etwas oberhalb der Linie des Augenbrauenbogens, etwa 2 ztm. nach rückwärts vom Processus zygomaticus des Stirnbeines und verlief längs des temporalen Orbital-Randes bis zum oberen Rande des Jochbeines und endete über dem Jochbogen hinter dem Processus frontalis des Jochbogens. Nachdem die Blutung gestillt, resezierte ich die knöcherne Augenhöhlenwand durch 2 schräg nach hinten konvergierende Schnittlinien. Nachdem ich jetzt das etwa 4 ztm. nach jeder Richtung messende Knochenstück zurückgeklappt, lag der Inhalt der Orbita klar vor Augen. Der Externus wurde bei Seite gezogen und Bulbus sowie Sehnerv präsentierten sich dem Auge. In der Tiefe der Orbita wurde der hier beiliegende, etwa Pflaumengrosse Tumor sichtbar, der sich mit dem Finger bequem heraus-schälen liess. Die resezierten Teile wurden hierauf zurückgeklappt, die Wunde vernäht, und heute 14 Tage nach der Operation, sieht das Auge wieder vollständig normal aus. Leider hat die Untersuchung ergeben, dass es sich um ein Sarkom handelt. Die beschriebene Operation ist von Krönlein im Jahre 1889 konstruiert und ich habe mich

überzeugt, dass sie den ganzen Orbital-Inhalt dem Operateur sichtbar macht und ihre Ausführung auf nicht all zu grosse Schwierigkeiten stösst. (Autoreferat).

Dr. Voss fragt ob man heute noch die von Krönlein zur Eröffnung zuerst angegebene Stichsäge benutzt, oder ob man vom Gebrauch dieses Instrumentes abgekommen sei.

Dr. Bar. Krüden er glaubt, dass man auch die Säge benutzen kann, doch habe er, um möglichst Splitterung des Knochens zu vermeiden, kleine Meissel gewählt.

a) P. 2. Dr. A. Berkholz demonstriert einen hypotropischen Säugling. Es ist das erste Kind gesunder Eltern, keine Lues, und wiegt im Alter von 1 Jahr 8 Mon. 3600 gr., hat mithin das Gewicht eines Neugeborenen. Der Patient wurde ca. 1 Jahr lang an der Brust der Mutter ernährt, mit $\frac{1}{2}$ Jahr wurde Beikost gegeben, im Sommer 1910 und 1911 litt er an massig schweren, relativ rasch vorübergehenden Darmerkrankungen, die aber für die Hypotrophie nicht zur Verantwortung zu ziehen sind, sonst bisher keine Krankheiten. Geboren wurde er mit einem Anfangsgewicht von 2450 gr., machte auch damals nach Dr. Knorres Angaben körperlich bis auf einen grossen Schädel einen stark unentwickelten Eindruck, obgleich die Geburt am richtigen Schwangerschaftsende erfolgte. Die ersten Zähne brachen mit einem $\frac{1}{2}$ Jahre durch und hat Pat. z. z. 14 Zähne (8 Schneide-, 4 Augen- und 2 Backenzähne).

Das Knochensystem weist überaus grazile, aber sonst normale Verhältnisse auf, keine Rachitis, Fontanelle geschlossen Kopfumfang 42,2 zm., Leibumfang 40—45 zm. Körperlänge 56 zm. An der Haut etwas Intertrigo und einzelne Ekzemplasen, Intelligenz zurückgeblieben auf der Stufe eines 9—10 wöchentlichen Kindes. Die Organe der Brust o. B. Der Leib sehr stark aufgetrieben tympanitisch, es besteht kein Tumor im Leibe, keine Stuhlverhaltung. Bei einer in den letzten 3 Wochen durchgeführten Ernährung entsprechend dem Alter des Kindes, ohne Rücksicht auf sein Gewicht ($\frac{1}{2}$ Milch Malzkaffee und Brot mit Butter, Fleischbrühe mit Gemüsepurée & Mannakissel oder Kompot, oder Milchgrütze mit Fruchtsaucen) hat das Kind während dieser Zeit an 600 gr. zugenommen & ist um zirka 4 zm. gewachsen.

Nach Ansicht Dr. Berkholz besteht im vorliegenden Falle schon eine richtige hochgradige angeborene Hypotrophie (Variet) eine der Hirschsprungschen ähnliche Anomalie des Darmes. (Autoreferat).

b) Dr. Berkholz berichtet ferner über folgendes Krankheitsbild: Ein von gesunden Eltern stammendes Kind entwickelte sich bis zum Alter von 1 Jahr ein Monat normal, lief, hatte normale Zahnbildung und soll auch geistig nichts pathologisches aufgewiesen haben. Da erkrankte es an leichtem Scharlach zu dem sich aber am 8. Krankheitstage eine Meningitis plötzlich gesellte mit starken allgemeinen Konvulsionen, die sich während der nächsten 2 Monate oft wiederholten. Am ca 21-sten Krankheitstage des Scharlachs tritt Otorrhoe beiderseits hinzu, die aber ohne weitere Komplikationen im Laufe von 3 Wochen ausheilt. Die meningitischen Erscheinungen bessern sich, so dass Patient zirka 3 Monate nach dem Beginn derselben in bester Rekonvaleszenz sich befindet. Da erkrankt er an seiner akuten Magendarmerkrankung und es entwickelt sich das jetztige Krankheitsbild, welches 4 bis 5 Monate lang ziemlich unverändert anhielt. Der Status in dem der Patient meine Privatklinik aufsuchte war folgender: extreme Abmagerung, Patient liegt in outriertem Opisthotonus (Demonstration eines Photogramms) Equinus-

stellung der Füße, Arme gestreckt, die Muskulatur ist so marmorartig steif, dass jeder Muskel einzeln hervortritt und eine aktive Flexion unmöglich ist, Reflexe nicht zu prüfen, Augenhintergrund normal, die mimische Muskulatur ist an den tonischen Krämpfen beteiligt, der Mund weit aufgesperrt, Schlucken möglich aber erschwert. Sensorium klar, doch erscheint Patient apatisch. Befund an den inneren Organen normal, Ohren normal, kein Schlaf.

Im Verlauf der mehrwöchentlichen Beobachtung ergibt sich unregelmässiges intermittierendes Fieber unter Nervina und Bädern (Brom und Chloralhydrat) ein Nachlassen der tonischen Starre, die schliesslich nur anfallsweise auftritt. Die Untersuchung der zerebrospinalflüssigkeit ergibt neben zahlreichen Leukozyten die Anwesenheit von Streptokokken. Patient ist vor 2 Tagen plötzlich gestorben.

Vortragender nimmt als Diagnose Folgezustände einer Streptokokkenmeningitis an, wenn er auch in der Literatur ein Analogon für ein derartiges Krankheitsbild nicht hat finden können. (Autoreferat.)

Diskussion ad. b,

Dr. E. d. Schwarz fragt nach dem Sektionsbefunde.

Dr. Berkholz: Die Sektion ist von den Eltern verweigert worden.

Dr. E. d. Schwarz weist darauf hin, dass ein so starker Opisthotonus ein Kleinhirnsymptom sei und oft durch Kleinhirntumoren bedingt beobachtet worden sei.

Dr. Berkholz wendet dagegen ein, dass der Augenhintergrund völlig normal gewesen sei, es habe eine Stauungspupille gefehlt und Strabismus habe auch nicht vorgelegen.

Theodor Schwarz stimmt dem Kollegen Ed. S. darin bei, dass derartige tetanische Zustände besonders bei Erkrankungen des Kleinhirns beobachtet werden; so hat er z. B. im vergangenen Jahr mit Dr. Dietrich einen Fall gesehen, bei dem sie eine Kleinhirngeschwulst annahmen, welcher gehäuft spastische Zustände mit Opisthotonus zeigte; die Operation von Dr. P. Klemm ausgeführt, ergab in der einen Kleinhirnhemisphäre einen erweichten Tumor oder eine Erweichung. Wenn nun in dem Berkholzschen Fall anamnestic erwähnt wird, dass der auswärtige Kollege zuerst bei Beginn der Erkrankung eine Meningitis angenommen und wenn zirka 2 Wochen später bei Eintritt einer Otorrhoe die mening. Erscheinungen schwanden, so möchte er den Kollegen B. fragen, ob nicht der Zusammenhang derart zu konstruieren nahe liege, dass eine Otitis als primäre Ursache eine „Pseudomeningitis“ ausgelöst habe, welche aber mit dem Eintritt des Ohrenflusses abgeklungen, was die Ohrenärzte ja häufig erleben, da dann die späteren Krankheitserscheinungen mit diesen starken spastischen Zuständen einhergingen, wobei Fieber eigentlich fehlte, könnte man ungewungen an einen Kleinhirnabszess denken, welcher ja durchaus nicht Veränderungen des fundus oculi zu machen braucht und wäre der Tod dann durch eine komplizierende finale Meningitis erfolgt. Schliesslich wäre obige Ansicht natürlich nur ein Erklärungsversuch. (Autoreferat.)

Dr. Berkholz (Schlusswort): Eine Meningitis soll schon, nach den Angaben des das Kind früher beobachtenden Kollegen, vor der Otorrhoe bestanden haben, während die Opisthotonuserscheinungen erst 5 Monate später aufgetreten sind.

Dr. H. Schwarz berichtet kurz über einen, dem von Dr. Berkholz soeben demonstrierten ähnlichen Fall. Ein sechsmonatliches

Brustkind, welches am 14-ten VIII. in das Kinderhospital aufgenommen wurde, seit 2 Tagen krank, im Beginn Krämpfe, typischer meningitischer Symptomenkomplex, Nackenstarre, starke Spannung der Fontanelle. Lumbalpunktion entleerte unter mässig erhöhtem Druck satrk getrübtten Liquor cerebrosin, in welchem Gram-positive Kokken in geringer Menge vorhanden waren, deren kulturelle Differenzierung nicht gelang. Die anfangs hochfebrile (um 40⁰) Temperatur fiel im Laufe von etwa 14 Tagen bis zu subfebrilen Werten ab, der Allgemeinzustand besserte sich, die anfangs hochgradige spastische Starre der Extremitäten liess nach, das Kind blieb aber völlig reaktionslos und bot keinerlei Zeichen einer vita psychica. Vor etwa 3 Wochen begann sich unter andauernd subfebrilen, von einzelnen kurzdauernden Erhebungen unterbrochenen Temperaturen ein immer zunehmender Opisthotonus auszubilden, der jetzt ungefähr dem Bilde, das Dr. Berkholz's Fall darbietet, entsprechen dürfte.

Was in solchen Fällen eigentlich vorliegt, lässt sich intra vitam wohl nur schwer feststellen, da eine genaue Untersuchung kaum durchführbar ist, an Hydrozephalus müsse immer gedacht werden. Während in Dr. Berkholz's Fall die Meningitis nur anamnestisch mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit erschlossen werden konnte, habe ich hier die direkte Entstehung eines solchen Krankheitsbildes aus einer klinisch sichergestellten Meningitis nichttuberkulöser Natur beobachten lassen. (Autoreferat.)

Nachtrag bei der Korrektur: Das Kind ist mittlerweile ad exitum und am 11/XI zur Sektion gekommen. Dieselbe hat einen hochgradigen Hydrocephalus internus ergeben.

Punkt 3. Dr. Schwarz „Salvarsantherapie und Neurozicide“. (Der Vortrag ist erschienen in der St. Petbg. Med. Wochenschrift). Die Diskussion über dieses Thema wird auf die nächste Sitzung verschoben.

Gesellschaft prakt. Aerzte zu Riga.

(Offizielles Protokoll).

1534. Sitzung am 2. Nov. 1911.

Anwesend 64 Mitglieder.

Vorsitzender: Dr. O. Stender. Schriftführer Dr. E. Kröger.

P. 1. Dr. L. Bornhaupt. **Demonstration.**

M. H. gestatten Sie, dass ich Ihnen hier ein Kind demonstriere, das durch einen operativen Eingriff von einer schweren eitrigen, Perikarditis geheilt worden ist. Das Kind war am 10. Juli 1911 in die innere Abteilung des Kinderhospitals eingetreten und von dort sehr bald in die chirurgische Abteilung übergeführt worden. Der Zustand war ein denkbar schwerer. Neben starker Dyspnoe, und einem sehr kleinen, kaum fühlbaren, stark beschleunigten, unregelmässigen Pulse, bestand eine stark vergrösserte Leber, Aszites in Abdomen und vorne eine ausgedehnte Dämpfung der Brust, die Sie auf den Aufzeichnungen, die ich herunzureichen bitte, deutlich sehen können. Das zweite Bild zeigt Ihnen die Grenzen der Dämpfung nach der Operation. Das Kind konnte nur in sitzender Stellung atmen und machte einen so schlechten Eindruck, dass ich mich zuerst zu einem operativen Eingriff nicht entschliessen konnte. Ich versuchte zuerst den Eiter durch Punktion zu entleeren, um so das Herz wenigstens etwas zu entlasten. Es wurde auch bei der Punktion dicht neben der linken Mamilla zirka $\frac{1}{2}$ Liter Eiter entleert. Darauf besserte sich der Zustand des Kindes etwas; der Puls wurde kräftiger und etwas regelmässiger, so dass ich am 14. Juli den Entschluss fasste durch Rippenresektion dem Eiter einen breiten Abfluss zu gewähren. Ich resezierte die 4 und 5 Rippe vom Sternum an nach links hin. Bei der Eröffnung der Perikards wurde die linke Pleura auch verletzt, und es strömte aus derselben eine grosse Menge serösen Exsudats. Die Oeffnung in der Pleura wurde austamponiert, das schwartig verdickte Perikard breit eröffnet und der Eiter aus dem Perikard entfernt. Der eitrige Prozess im Perikard schien ganz abgeschlossen zu sein, so dass die ganze Eiterhöhle breit austamponiert wurde. Diesem Umstände, dass der eitrige Prozess im Perikard abgegrenzt war, wird wohl das Kind wahrscheinlich auch sein Leben zu verdanken haben. Denn nachdem es fast pulslos vom Operationstische ins Bett gebracht worden war, erholte sich das Kind wider Erwarten allmählich und hat die schwere Erkrankung jetzt überstanden. Am 26. Oktober musste ich eine kleine Nachoperation ausführen und einen Eiterherd in der unteren Partie der linken Pleura eröffnen. Jetzt geht es dem Kinde gut. ^t ist normal und sieht es der vollständigen Heilung entgegen. (Autoreferat).

Diskussion: Dr. v. Hampeln: Die Frage der Perikarditis ist klinisch von grosser Wichtigkeit. Da man meist nicht in der Lage ist die Entwicklung des Exsudates zu beobachten, sondern dasselbe gewöhnlich schon ausgebildet zu sehen bekommt, so bleibt die Differentialdiagnose zwischen einer Dilatation und einem Exsudat sehr schwierig. Die diagnostisch so wichtigen Reibegeräusche fehlen meist im späteren Stadium, die Herztöne aber und der Spitzenstoss können sich in beiden Fällen gleich verhalten, ebenso die Dämpfungsfigur. Bei der von Dr. Bornhaupt demonstrierten Zeichnung fällt der Unterschied zwischen absoluter und relativer Dämpfung auf, ein für ein Exsudat ungewöhnliches Verhalten, das er sich aus diesem nicht erklären könne. Bekanntlich dehnt sich in seltenen Fällen, auf die zuerst Curschmann hingewiesen hat, ein mächtiges perikardiales Exsudat, besonders nach links aus und kann so ein grosses linksseitiges Pleuraexsudat vortäuschen. In diesem Falle scheint ihm das Verhalten des halbmondförmigen Raumes von grosser Wichtigkeit zu sein. Seine Helligkeit spräche, die Anwesenheit eines Exsudates und nicht eines Tumors vorausgesetzt, für ein perikardiales Exsudat, während seine Mattigkeit ein perikardiales Exsudat ausschliesst und für ein Pleuraexsudat spricht, es sei denn, dass beide Höhlen ein Exsudat bergen.

Dr. Bornhaupt: Auf die Ausführungen von Dr. von Hampeln hin möchte ich noch den Umstand anführen, dass die Diagnose durch die Röntgenaufnahme, die Dr. Karl Brutzer ausgeführt hatte, gesichert war, da der dreieckige Schatten, wie er bei einem perikardialen Exsudat typisch ist, ganz deutlich vorhanden war. Die ausgebreitete relative Dämpfung möge durch das seröse Pleuraexsudat, zum Teil auch vielleicht durch schwartige Prozesse in der Umgebung des Eiterherdes zu Stande gekommen sein.

Dr. v. Hampeln hat das sehr charakteristische Bild gesehen. Der Herzschatten war mitten im Exsudat sichtbar. Er glaubt, dass die Röntgenstrahlen die Diagnose sehr erleichtern können.

P. 2. Dr. L. Bornhaupt: Ferner möchte ich Ihnen, M. H. hier ein vierjähriges Kind vorstellen, das am 22. Februar 1911 von mir wegen einer eitrigen Appendizitis operiert worden war. Das Kind war ca. 2 Jahre vorher krank gewesen, indem im Vordergrund der Erscheinungen Blasenbeschwerden standen. Das Kind litt ausserdem an Appetitlosigkeit, häufigen Temperatursteigerungen, gelegentlichen Leibschmerzen. Im Harn gelang es dem behandelnden Kollegen Eiterkörperchen nachzuweisen, und daher ist das Kind in die Klinik gebracht worden zur zystoskopischen Untersuchung. Der Kollege v. Engelmann, der die zystoskopische Untersuchung ausführen wollte, konnte im Harn keinen Eiter nachweisen und sprach den Verdacht aus, dass die Krankheitsursache eventuell doch in der Bauchhöhle und nicht in der Blase zu suchen sei. Bei der Untersuchung per Rektum konnte ich einen hinter der Blase zum kleinen Becken hin liegenden entzündlichen Tumor nachweisen, der als ein Abszess in Folge einer Appendizitis angesprochen werden musste. Bei der Operation erwies es sich, dass der Wurmfortsatz an der Kuppe perforiert war, wodurch ein mit fäkulent riechendem Eiter ausgefüllter, abgeschlossener Eiterherd hinter der Blase entstanden war. Der Wurmfortsatz wurde entfernt, die Eiterhöhle breit austamponiert, und das Kind verliess am 18. März im geheilten Zustande die Klinik. Es muss an dieser Stelle hervorgehoben werden, dass die Appendizitis namentlich bei Kindern sehr häufig Blasenbeschwerden verursacht, falls der entzündliche Prozess sich in der Umgebung der Harnblase abspielt, und die Diagnose Zystitis finden wir häufig in der Anamnese als

Fehldiagnose bei einer chronischen Appendizitis. Am 16. Juni 1911 ist das Kind wieder schwer erkrankt, wobei Erbrechen, Stuhl- und Windeverhaltung im Vordergrund standen. Am 19. Juni wurde das Kind ins Kinderhospital gebracht und hier unter der Diagnose Darmokklusion von mir sofort operiert. Bei der Operation fand ich einen Adhäsionsstrang, der eine Dünndarmschlinge vollständig abschnürte. Der Strang wurde entfernt und der unterhalb der okkludierten Stelle zusammengefallene Darm füllte sich sofort. Nach einem vollständig glatten Verlauf verliess das Kind am 29. Juni 1911 als geheilt das Hospital und Sie sehen es heute gesund vor sich.

Die Darmokklusionen kommen nach einer Appendizitis häufig vor. Nach einer Zusammenstellung aus der Körte'schen Klinik sind dort in ca. 17 Proz. aller Blindarmerkrankungen Okklusionen aufgetreten. Der Darmverschluss, der durch die Adhäsionen zu Stande kommt, kann verschiedener Art sein, es sind Abknickungen, Abschnürungen, schwere Kompressionen des Darms und sogar Invaginationen vorgekommen. Da die Mortalität bei diesen Fällen eine recht hohe ist (sie kann fast 50% betragen), so muss die rationelle Behandlung derartigen Zuständen vorbeugen. Die Frühoperation ist auch von diesem Standpunkt aus die beste Behandlung der Appendizitis, weil sich die schweren und ausgedehnten Adhäsionen dann noch nicht ausbilden können.

P. 3. Dr. M. Eliasberg: demonstriert einen einfachen und zuverlässigen Augenverband.

Der Vortrag erschien mit Abbildungen versehen in der „Wochenschrift für Therapie und Hygiene der Augen“ № 4. 26. Okt. 1911.

P. 4. Diskussion über den Vortrag von Dr. Ed. Schwarz „Ueber Salvarsantherapie und Neurorezidive“.

Der Präses berichtet kurz über die Diskussion, die über dasselbe Thema auf dem Neurologenkongress in Frankfurt a. M. stattgefunden hat und bittet die Gesellschaft sich bei der Diskussion nur auf die Neurorezidive zu beschränken und nicht den Einfluss des Salvarsans auf die Reaktionen zur Sprache zu bringen, da über dieses Thema ein spezieller Vortrag in Aussicht gestellt worden ist.

a) Dr. v. Engelmann: Die Veröffentlichungen über beobachtete Neurorezidive nach Salvarsanbehandlung haben sich in letzter Zeit entschieden gemehrt, so dass in der Tat der Anschein erweckt wird, als ob die Salvarsantherapie damit in einem ursächlichen Zusammenhang stehen könnte. Die Frage erscheint jedenfalls noch nicht geklärt und sind weitere Beobachtungen an grossem klinischen Material erforderlich. Erschwerend für die genaue Feststellung dieser Zunahme und für den Vergleich mit den Beobachtungen früherer Zeit wirkt die veränderte und noch nicht einheitliche Auffassung darüber was als Rezidiv zu betrachten ist; gegen früher werden jetzt viel mehr Krankheitserscheinungen als Syphilisrezidive gedeutet. Zu weit gegangen erscheint es jedenfalls allein auf den positiven Befund im Liquor cerebrospinalis (Wassermannsche Reaktion, Pleozytose u.s.w.) hin, schon ein Neurorezidiv annehmen zu wollen. So wertvoll die Wassermannsche Reaktion als differential-diagnostisches Mittel unstreitig ist, so ist die Frage ihrer Bedeutung doch noch nicht so weit geklärt, dass ihr positiver Ausfall den klinischen Symptomen gleichgesetzt werden kann, jedenfalls nicht in der vorliegenden Frage. Auch über die Rolle die dem Salvarsan beim Zustandekommen der Neurorezidive zugeteilt wird, herrschen Meinungsdivergenzen. Hauptsächlich kommen drei Auffassungen in Betracht. Erstens wird die Meinung vertreten, dass das Salvarsan im Nervensystem einen locus minoris resistentiae schafft, also neurotrop wirkt, und dadurch das Auftreten von Neuro-

rezidiven direkt begünstigt. Nach der zweiten Auffassung handelt es sich um das Exazerbieren eines latent bereits vorhandenen, syphilitischen Prozesses im Sinne der Hexheimerschen Reaktion.

Die dritte Ansicht, der sich auch Ehrlich angeschlossen hat, geht dahin, dass gewisse Heerde im Nervensystem dem Salvarsan schwer zugänglich sind, daher die Wirkung hier zu schwach oder zu wenig nachhaltig ausfällt. Hier entwickelt sich dann das Rezidiv, während die Wirkung auf die übrigen Organe eine genügende war um das Rezidiv zu verhindern.

Nach den Beobachtungen an meinem Material, das gegen 400 mit Salvarsan behandelte Syphilisfälle betrifft, kann ich konstatieren, dass die Rezidive im allgemeinen gegen früher seltener geworden sind, dass aber allerdings die Erkrankungen des Nervensystems verhältnismässig häufiger Wiederholungen der Injektion erforderten als die übrigen Erscheinungen. Neurorezidive bei Kranken, die vor der Salvarsanbehandlung keine Symptome von Seiten des Nervensystems aufwiesen habe ich nur vereinzelte erlebt (Schwerhörigkeit und Ohrensausen bei anscheinend intaktem Mittelohr, Kopfschmerzen und Pupillendifferenz, neuritische Prozesse etc.). Eine Zunahme gegen früher habe ich an meinem Material nicht konstatieren können, so dass ich mich der 3. Auffassung anschliessen möchte, dass es sich bei dem Auftreten der Neurorezidive um eine zu wenig intensive Wirkung des Salvarsans auf die betreffenden Heerde handeln könnte, umso mehr als die Wiederholung der Injektion eventuell mit nachfolgender Quecksilbertherapie sich zur Beseitigung dieser Erscheinungen als wirksam erwiesen hat. (Autoreferat).

b) Nach Dr. Th. Schwartz ist auch heute noch eine grosse Zahl der Autoren der Meinung, dass die Neurorezidive sich jetzt gehäuft haben; sie erklären dies damit, dass die „grosse Sterilisation“ des Körpers eben nicht gelungen ist; eine direkt toxische Wirkung des Salvarsans wird dagegen von den meisten abgelehnt, so weist z. B. Trömmmer (Münch. med. W. № 35, 1911) auf Usskow-Odessa hin, welcher bei febris recurrens, bei Salvarsananwendung die Nervenaffektionen erlebt hat. Fraglich ist aber, ob nicht doch eine gewisse neurotrophe Wirkung des Salvarsan bei der lues bestehe, dafür würde nach Trömmmer die Beobachtung sprechen, dass die Neurorezidive gerade nach $1\frac{1}{2}$ — $2\frac{1}{2}$ Monaten auftreten mit einer grossen Regelmässigkeit, welche früher bei der Hg. Behandlung nicht beobachtet wurde. Das sei aber gerade die Zeit, wo die Wassermannsche Reaktion negativ wurde; durch weitere Salvarsanapplikation gelingt es, die Neurorezidive zum Verschwinden zu bringen. Die Tatsache der doppelseitigen Erkrankung einiger Nerven gleichzeitig, z. B. des acusticus wie Beck (Münch. med. W. № 42, 1911) will, zum Beweise einer schädigenden Wirkung des Salvarsans heranzuziehen, scheint Schwartz nicht stichhaltig, da doch wohl viel mehr derartige Fälle auch früher vorgekommen, als Beck zitiert, Schwartz weist dabei auf einen einschlägigen Fall des Kollegen Voss hin. Interessant ist in dem Fall von Beck, dass hier 4 Monate nach der Injektion (intravenös) As in Spuren im Harn nachgewiesen werden konnten. Volle Uebereinstimmung herrschte übrigens auch noch nicht über die zweckmässigste Art der intravenösen Anwendung; so behauptet Professor Spiethoff (Münch. med. W. № 32, 1911), dass er nach saurer intravenös. Applikation des Salv. keine Rezidive gesehen, wenn auch die ersten Allgemeinerscheinungen stärker seien. (Autoref.).

c) Dr. M. Schönfeld: wenn sogar beide Vorredner, die doch diesem Forschungsgebiete näher stehen, ergänzende Aufklärungen anstreben mussten, so erscheint mir dieses Missverständnis nur

dadurch bedingt, dass der Vortragende in Bezug auf die einzelnen Neurorezidive uns leider fast nichts über deren Art (ob zerebral, spinal etc.) noch klinischen Verlauf berichtet, sondern ausschliesslich auf die zahlenmässige Wiedergabe der Reaktionsbefunde sich beschränkt hat. Für uns aber dürfte — wohl noch für lange Zeit hinaus — nicht die Zahl der Lymphozyten etc. an sich, sondern der Allgemeinzustand des Kranken massgebend sein, wenn wir von dem Erfolge der Salvarsanbehandlung reden. Von diesem Gesichtspunkte aus möchte ich auch die von Ed. Schwarz erwähnten weniger erfreulichen Ergebnisse bei einer ambulatorischen Behandlung mit 606 darin begründet sehen, dass es sich hier wohl von vorn herein um Fälle von schwerer Affektion des (zerebralen?) N. Systems gehandelt haben dürfte, wenn es nicht gelungen war, den Pat. ein Verständniss für die ernste Bedeutung eines Neurorezidivs insofern beizubringen, dass sie sogar einer station. Behandlung auf 2—3 Tage widerstrebten. (Autoreferat).

d) Dr. Voss: Die Erfahrungen aus früheren Zeiten sind stets lückenhaft gewesen, da genauere Beobachtungen ausgeschlossen waren. Der Dermatologe ist nicht im genaueren Untersuchen der Ohren geübt, während dem Otologen gegenüber die Patienten ihre Lues verheimlichen zu können glauben. Wenn Schädigung der Ohren dem Salvarsan zu Last gelegt werden könnten, so müsste doch immer die Erkrankung beiderseits auftreten, was nicht zutrifft. Doch auch schon früher gab es beiderseitige Ohrenerkrankungen auf luetischer Basis wie, z. B. in einem Falle, der schlecht beobachtet, für tuberkulös gehalten, in den Süden geschickt wurde und schliesslich erst bei einer Halserkrankung als luetisch erkannt wurde. Das Hg heilte dann auch seine starke Harthörigkeit.

e) Dr. Ed. Schwartz (Schlusswort) bedauert, dass Herr M. Schönfeldt die Krankengeschichten, die genau genug vorgetragen waren, um sich ein Bild über den Zustand der Kranken zu machen, überhört hat. Dieses ist erklärlich, wenn den 5 Reaktionen nicht die richtige Würdigung entgegengebracht wird: sie sollen nur Helferinnen bei der oft unmöglich zu lösenden Frage sein, um was für eine Art der Erkrankung es sich im gegebenen Fall handelt. Dass Vortragender diese Reaktionen benutzt um an ihnen den Erfolg zu demonstrieren und dabei auf die Reaktionen, deren Veränderungen zahlenmässig festgestellt werden können, besonders Gewicht gelegt hat, liege in der Natur der Sache.

Die vorgeführten Krankheitsfälle seien nicht als Vorstufen der Paralyse zu betrachten; der glänzende Erfolg zigt solches. Der eine Kranke habe 40 Ht, der andere 35 Ht zugenommen, und Beide seien voll arbeitsfähig. Die Euphorie sei keine „paralytische“. — Was diese Euphorie anlange, so wisse Vortragender nicht, ob schon auf diesen Umstand mit Nachdruck früher hingewiesen worden sei. Herrn Dr. Schönfeldt sei diese Form der Euphorie, wie es schien, unbekannt. Bei den traumatischen Läsionen des Hirns lägen die Verhältnisse ähnlich. Erst nachdem Vortragender auf dieses eigentümliche Verhalten aufmerksam gemacht habe, habe auch Prof. Meyer in Königsberg dasselbe betont. Vortragender esumiert nochmals seine Ausführung über die Neurorezidive und fasst sein Urteil nochmals zusammen:

1. Der Begriff „Neurorezidiv“ dürfte bei weiterer Forschung wieder verschwinden. Es handelt sich um Rezidive der Syphilis im Frühstadium, die sich im Z. N. lokalisierten und sei eine ungenügende Behandlung für das Auftreten hier zu beschuldigen. Die Häufigkeit der Erkrankungen des Z. N. im Frühstadium sei durch die Salvarsan-

Aera wieder neu entdeckt worden. Die getrennte Beobachtung der Syphilitiker durch Dermatologen und Neurologen hätten diesen Missstand erzeugt, und könnte nur gemeinsam beobachtetes neues Material und neue Statistiken den Beweis für diese Anschauung erbringen; die alten Statistiken und das alte Material seien dazu unbrauchbar, wie die Statistiken von Babu (Eppendorf) bewiesen.

2) Dass es sich bei den „Neurorezidiven“ um Lues zerebri handle, beweisen die positiven 5 Reaktionen. Bei Giftwirkung dürften die 5 Reaktionen nicht positiv, sondern sie müssten negativ ausfallen.

3) Dass das Salvarsan nicht Ursache des Rezidivs, beweise die glänzende Wirkung des Salvarsan in häufiger Wiederholung (3—4×) bei den Neurorezidiven.

4) Die ambulante Behandlung sei auch bei der Behandlung der Syphilis von Anbeginn an zu widerraten.

5) Organotrop sei das Salvarsan nicht.

6) Auch von einer Sensibilisierung des Nervensystems, die das „Neurorezidiv“ verursachen solle, werde die Zukunft abkommen. (Autoreferat).

Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

(Offizielles Protokoll).

1835. Sitzung am 16. XI 1911.

Anwesend 85 Mitglieder, als Gäste die Herren DDr. Sohn, Landau, Gussew, Arbusow, Herzfeld, Matzkeit. Vorsitzender: Dr. O. Stender. Schriftführer Dr. E. Kroeger,

Tagesordnung:

P. 1. Dr. P. Klemm demonstriert

- a) 2 Fälle von gummöser Syphilis;
- b) eine Patientin mit Prolapsus recti, operiert mit Resektion des os sacrum;
- c) eine Patientin, die wegen einer Appendizitis operiert worden war und nachher mit heftigen Schmerzen, die den Verdacht auf Nierenstein nahelegten, erkrankte. Es stellte sich Urindrang ein und bald darauf Anurie. Im Röntgenbilde zeigten sich Steinschatten auf beiden Seiten. Als sich urämische Erscheinungen einstellten wurde Pat. operiert und zwar linksseitig. Es fand sich ein Konglomerat von kleinen Steinen, die den Ureter vollständig verstopft hatten. Nach der Operation stellte sich gleich die Funktion der Niere wieder her und das tägliche Urinquantum bewegte sich in normalen Grenzen.

Diskussion:

Dr. v. Engelmann: Zur Anregung der Nierensekretion genügt häufig nur das Hineinlegen eines Ureterenkatheters.

Dr. v. Hampeln erinnert an solche Fälle, bei denen tagelang Anurie bestand und urämische Erscheinungen fehlten. Im Anschluss daran spricht Redner über die Möglichkeit der operativen Behandlung akuter urämischer Anfälle im Verlauf eines chron. morb. Bright. Die Ansichten darüber sind zur Zeit mehr ablehnend. Wenn in solchen Fällen die urämischen Erscheinungen sich lange hinziehen und die diätetisch-medikamentöse Behandlung versagt, so könne als letztes Hilfsmittel, die Möglichkeit einer Operation, für die die Dekapsulation nur einer Niere in Frage kommt, im Auge behalten werden. Wenigstens ist das Prinzip operativ vorzugehen, durchaus noch diskutabel. Edebohl ist solch eine Operation in einem Falle anscheinend akuter Verschleimung einer Nephritis geglückt.

Dr. Klemm meint, dass in diesem Falle der Ureterenkatheter nicht hätte helfen können, da die Niere sich im Zustande hochgradiger Stauung befunden hätte und grosse Veränderungen bereits eingetreten waren. Der Eingriff ist an sich nicht gefährlich und des-

halb glaubt Redner, dass er auch bei Urämie infolge von chron. parenchymat. Nephritis versucht werden könnte.

Dr. P o o r t e n weist darauf hin, dass die Nierenkapselspaltung schon lange in der Gynäkologie geübt wird und zwar bei Eklampsie nach der Geburt. Die Operation ist in vielen Fällen direkt lebensrettend gewesen.

Dr. v. Engelmann: Demonstration von Fremdkörpern der Harnblase.

1) Einen Fremdkörper der Harnblase eines Mannes, der in einem $6\frac{1}{2}$ Ztm. langen Gummisauger einer Kindersaugflasche besteht. Nach Angabe des Patienten soll ihm derselbe, als er sich in schwer betrunkenem Zustande befand von seinen Zechgenossen in die Harnröhre gesteckt worden sein. Es bestanden seitdem zystische Beschwerden. Mit der Zange des N i t z e sehen Operations zystoskopes gelang es den Sauger unter Leitung des Auges an der Spitze zu fassen und durch die Harnröhre zu extrahieren.

2) Einen $3\frac{1}{2}$ Ztm. im Durchmesser haltenden Phosphatstein, der auf dem Durchschnitt als Kern ein nekrotisches Gewebstück enthält. Derselbe wurde durch Sektio alta einem alten Manne entfernt, dem ca. $3\frac{1}{4}$ Jahre vorher wegen hochgradiger Prostatahypertrophie mit Urinretention die Bottinische Operation gemacht worden war, und der mit guter Blasenfunktion das Krankenhaus verlassen hatte ohne die vollständige Lösung und Entfernung der Schorfe abzuwarten. Eine Urinretention bestand auch jetzt nicht, nur schmerzhafte Tenesmen.

3) Einen ungewöhnlich grossen Harnsäurestein, der ein Gewicht von 157 Gramm hat von ovaler Form, der Stein hat eine glatte Oberfläche, stellenweise warzige Hervorragungen die ebenfalls aus Harnsäure bestehen und als Kern anscheinend Blutkagula aufweisen. Der Stein wurde einem 65-jährigen Manne der längere Zeit an periodisch wiederkehrenden heftigen Blasenbeschwerden gelitten hatte, durch Sektio alta entfernt.

4) 7 mit Phosphaten überkleidete Harnsäuresteine, die ein gänse-eigrosses Konglomerat bildeten, indem die einzelnen Steine mit ihren gelenkflächenartig abgeschliffenen Seiten fest aneinander lagen. Sie hatten zusammen ein Gewicht von 109 Gramm und befanden sich in der enorm ausgedehnten pars prostatica eines ca. 50-jährigen Mannes, Per rectum wurde bei oberflächlicher Untersuchung ein harter Tumor der Prostata vorgetäuscht, doch fühlte man bei Druck die Reibung der Konkremeate an einander. Die Beschwerden bestanden in Harndrang und erschwelter Miktion. Die Steine wurden durch Sektio alta entfernt. (Autoreferat).

Dr. Schabert berichtet von einem 360 Gramm wiegenden Blasenstein, welcher das ganze kleine Becken ausfüllte und bei der Operation in einem Divertikal liegend gefunden wurde. So grosse Steine geben ein absolutes Hindernis für die Zystoskopie ab.

P. 3. Dr. Mandelstamm, F., Ueber einige Fehlerquellen bei Harnanalysen. (Autoreferat).

Fehler können bedingt sein:

1) Durch das Material an sich (Betrug oder Versehen von seiten des Pat.).

2) Durch Beimengungen von Blut (Menses!), Eiter (Fl. alb.) u. a. daher bei Frauen Katheterharn erforderlich!

3) Durch zeitliche Differenzen in der Zusammensetzung des Harnes (Diabetes mel., orthotische Albuminurie).

E i w e i s s.

1) E s s b a c h birgt viele Fehlerquellen in sich: er ist ungenau bei Harnen von niedrigem spez. Gewicht und zeigt bei verschiedener

Aussentemperatur verschiedene Mengen von Eiweiss an. Ausserdem werden Albumosen, Nukleoalbumin, Harnsäure, Harze u. a. mitgefällt.

- | | |
|-------------------------|--|
| 2) Ferrozyankali | } sehr empfindlich,
zeigen aber neben Serum-
albumin auch andere Ei-
weissarten an. |
| 3) 2% Sulfosalizylsäure | |

4) Spiegler's Reagens- sehr empfindlich aber nur bei Vorhandensein von NaCl. im Harn. Die Modifikation von Tolles gibt in jodhaltigen Harnen einen Niederschlag von HgJ₂.

5) Hellersche Probe. Verwechslungen mit Albumosen, Nukleoalbumin, Harnstoff, Gallensäuren, Harzsäuren möglich.

6) Kochprobe. Der beim Kochen entstehende Niederschlag kann bedingt sein durch Phosphate, Urate (in sehr konzentrierten Harnen), Harzsäuren (in Alkohol löslich), Gallenfarbstoff. Der durch Eiweiss entstehende Niederschlag bildet sich deutlich nur in sauren Harnen; alkalischer Harn muss vorher vorsichtig angesäuert werden, bei zu viel Essigsäurezusatz bildet sich Azidalbumin, welches in Lösung bleibt, bei zu viel Alkali entsteht Alkalialbuminat, welches ebenfalls nicht ausfällt. Nach dem Kochen muss der Harn vorher erkalten, bevor man Salpetersäure (zum event. Auflösen von Phosphaten) zusetzt, sonst löst sich der Eiweissniederschlag in der heissen Salpetersäure auf.

Zucker. Trommer'sche Probe: Es ist zu berücksichtigen.

1) dass mancher Harn Substanzen enthält, welche Cu₂O in Lösung halten (Harnsäure, NH₃-Salze, Eiweiss, (!) daher scheidet sich letzteres bei einem Zuckergehalt von weniger als 1/2% oft nicht aus;

2) sind im normalem Harn Substanzen enthalten, welche CuO reduzieren (andere Kohlehydrate, Harnsäure, Glycuronsäure); nach dem Gebrauch von Arzneien treten auch reduzierende Substanzen auf (Kampher, Morphinum, Salizylpräparate, Glycerin, Santonin, Chloral, Sulfonal u. a.) Man muss beim Trommer darauf bedacht sein, möglichst grosse Mengen von Cu O in Lösung zu bringen, damit das reichlich gebildete Oxydul ausfallen soll. Man setzt daher CuSo₄ so lange zu, bis geringe Mengen ungelöst bleiben. Setzt man aber zu viel zu, so entsteht ein Ueberschuss von Cu (OH)₂ welches nicht reduziert wird, durch die Kalilauge in der Hitze sich schwärzt und die Reaktion verdecken kann.

Der Harn darf kein Eiweiss enthalten, weil dasselbe Cu O₂ Lösung halten kann, wodurch das Resultat beeinträchtigt wird. Auch muss der Harn frisch sein, weil Ammoniaksalze das Oxydul ebenfalls in Lösung halten. Durch Anwendung der Fehling'schen Lösung werden obige Fehlerquellen auf ein Minimum reduziert 1) weil bei der geringen Menge des in Anwendung kommenden Harnes (4—8 Tropfen) die CuO₂ lösenden und reduzierenden Eigenschaften des Harnes minimal sind und 2) weil das Seignettesalz das sich eventuell bildende Cu (OH)₂ in Lösung hält und die Bildung von schwarzem CuO verhindert.

Das Nylander'sche Reagens zeigt noch 1/4% Zucker deutlich an, ist aber nur in negativen Fällen zuverlässig, weil auch andere Substanzen reduzierend wirken: 1) Eiweiss, 2) Chrysothansäure nach Gebrauch von Senna, Rhubarber; 3) Salol, Antipyrin, Menthol, Terpentin u. a.

In stark alkalischen Harnen kann trotz Anwesenheit von Zucker die Probe negativ ausfallen, weil die NaHO des Reagens das NH₃ verdrängt und die zur Reduktion des Bi O nötige Alkaleszenz nicht mehr zurückbleibt.

Die sicherste Probe ist die Gärungsprobe. Der Harn muss aber frisch sein und sauer reagieren, auch muss die Hefe einwandfrei sein, daher immer 2 Kontrollen nötig. Phenylhydrazin ist bei Zuckermengen unter $\frac{1}{20}/0$ nicht mehr zuverlässig, da auch andere Substanzen Osazone bilden.

Bei der Polarisationsprobe ist zu berücksichtigen, dass 1) Eiweiss nach links dreht, desgl. Fruchtzucker, daher vorher zu entfernen resp. in Rechnung zu ziehen; 2) andere linksdrehende Substanzen (Glykuronsäureverbindungen) im Harne vorkommen; 3) einige Medikamente (z. B. Morphium) eine Rechtsdrehung bewirken können.

Gesellschaft prakt. Aerzte zu Riga.

(Offizielles Protokoll).

1537. Sitzung am 7. Dezember 1911.

Anwesend 57 Mitglieder und als Gäste die Herren DDr. Feiertag, Herzfeld und Lockenberg.

Vorsitzender: Dr. O. Stender. Schriftführer Dr. E. Kröger.

P. 1. a) **Dr. J. Feiertag:** Ueber die familiäre chronische Splenomegalie „Typ Gaucher“, mit Demonstr. der Patienten.

b) Demonstration von Mikrophotogrammen.

Der Vortrag erscheint in der „St. Petersburger Med. Zeitschrift“

Diskussion.

Dr. Schabert berichtet über einen ähnlichen Fall, den er vor einem Jahr zu sehen Gelegenheit gehabt hat. Es handelte sich dabei um ein 16 jähriges Mädchen mit Aszites, das angab seit 3 Jahren ikterisch zu sein und häufig an Nasenbluten und Kopfschmerzen litt. Die Blutuntersuchung ergab — Anaemie mit Vermehrung aller Leukozytenformen. Das Aszitespunktat ergab reine seröse Flüssigkeit. Hutchinsonsche Zähne.

Milz palpatorisch nicht vergrößert, keine Drüsenschwellung. Geringe Leberschwellung.

Als vorläufige klinische Diagnose wurde lymphatischer Tumor mit Kompression des duct. choledochus angenommen. Nach 2 Tagen erfolgte der Exitus. Bei der Sektion fanden sich 3 wallnussgrosse Tumoren in der Nähe des duct. choledoch., die aber kaum eine Kompression hätten hervorrufen können. Die Leber bot das Bild einer zirrhotischen, chronischen Jkterusleber. Die Milz war vergrößert und zeigte unter der Kapsel weisse Pünktchen, wie sie für eine leukämische Milz charakteristisch sind. Dr. Bertels, der die Sektion leitete sprach die Vermutung aus es könnte sich hier um einen Fall von Morb. Banti handeln.

Dr. Hampeln glaubt, dass die von Feiertag demonstrierten Fälle zur Gruppe des „kongenitalen acholurischen Jkterus“ mit Splenomegalie gehören, wie sie von Minkowski und Kranhals beschrieben worden sind. Das familiäre resp. kongenitale Auftreten in Feiertags Fällen sprachen sehr dafür, die Abwesenheit eines sichtbaren Icterus nicht dagegen. Vom M. Banti frage es sich überhaupt, ob es sich dabei wirklich um eine besondere Krankheit und nicht bloß um ein von Banti entdecktes Stadium verschiedener, teils

bekannter, teils noch unbekannter Milzkrankungen handelt. Fälle solcher Art seien seiner Ansicht nach sehr vieldeutig. Aus seiner eigenen Praxis sei ihm ein Fall von Milztumor mit erheblicher Polerythrozytose im Gegensatz zur Verminderung desselben beim sog. M. Banti erinnerlich, ferner noch 3 Fälle von chronischem Milztumor, darunter einen anatomisch als Milzinfarkt festgestellt, in den beiden anderen Fällen hatten enorme chronische Blutungen, einmal genital, das andere Mal hämorrhoidal, zu einer hochgradigen Anaemie geführt; dabei deutlicher Milztumor. In einem Fall ging der Milztumor zurück und trat, nachdem die genitales Blutungen aufgehört hatten, nach mehreren Jahren wechselnden Bestandes der Tod ausser Zusammenhang mit diesem Leiden ein, im anderen Fall hatte eine Operation der Hämorrhoiden die Blutungen zum Schwinden gebracht, das Befinden der Patienten bei bestehendem Milztumor sehr gebessert. In keinem dieser Fälle war es zur Ausbildung des eigenartigen, die Annahme einer besonderen Krankheit veranlassenden, von Banti festgestellten, Syndroms — Milztumor, Leberzirrhose und Aszites gekommen. Der Milztumor könnte auch sekundärer Natur sein.

Was den Schabertschen Fall betrifft, so spräche der anatomische Befund für die pseudoleukämische Natur der Erkrankung, wie sie auch von Schabert auf Grund der klinischen Erscheinungen angenommen worden war. Zu den negativen anatom. Merkmalen des „Morb. Banti“ gehört ja gerade die Abwesenheit lymphatischer Bildungen, die aber im Schabertschen Falle vorlagen.

Dr. Feiertag berührt das Thema der Therapie und glaubt in diesen Fällen zu einer Operation raten zu können.

Dr. von Sengbusch hat das eben demonstrierte Mädchen im vorigen Jahre mit Röntgenstrahlen behandelt. Es hat sich dabei gut erholt.

Dr. Berkholz, hat das Mädchen vor 5 Jahren am Scharlach behandelt. Damals war der Milztumor grösser als heute und es bestanden starke Nasenblutungen. Unter Kakodylbehandlung besserte sich der Zustand, ebenso der Blutbefund. Während der Röntgenbehandlung hat er die Patientin auch beobachtet und eine Besserung konstatieren können. Eine Genesung liegt natürlich nicht vor, die Patientin ist so ganz arbeitsunfähig und nach weiteren Arsenversuchen könnte man doch hoffen ihr durch eine Operation eine Besserung ihres Zustandes zu verschaffen.

Dr. Hirschberg glaubt von der Röntgenbehandlung abraten zu müssen. Diese gebe bei Leukämie eine zeitweilige Besserung, da die Leukozyten abnehmen. Aber auch die roten Blutkörperchen nehmen bei der Röntgenbehandlung ab und deshalb ist diese kontraindiziert sobald der Häemoglobingehalt unter eine gewisse Norm herabsinkt. Er hält nur Fälle mit Vermehrung der Leukozyten zur Röntgentherapie für geeignet.

Dr. Berkholz: Eine Leukozytose war nicht nachweisbar. Der Häemoglobingehalt nahm während der Behandlung zu.

Dr. Feiertag (Schlusswort) will hier auch zur Röntgentherapie raten. Diese bewirke eine Rückbildung aller Zellbildungen und könnte auch hier speziell die gewucherten Zellen zum Schwinden bringen.

P. 2. Dr. Klemm demonstriert dieselben Patienten wie am 16. XI. mit Gummoser Lues. Beim ersten ist das grosse Lippen-gumma nach Salvarsanbehandlung im Vernarben begriffen, während beim zweiten eine 3 malige Salvarsangabe gar keine Besserung erzielte. Trotzdem Patient einen stark positiven Wassermann hatte, handelt es sich hier jedenfalls um ein Sarkom. Um den Erfolg der Be-

handlung kontrollieren zu können, hat Dr. M. Hirschberg Moulagen vom Anfangszustand angefertigt.

Nach Einführung der Wassermannschen Serumreaktion, von der Redner ansiebigen Gebrauch macht, wird jetzt eine Menge chirurgischer Fälle als luetisch erkannt und vielfach mit Salvarsan behandelt.

P. 3. Dr. Herzfeld.

Demonstration. Ein Fall von Syringomyelie.

Meine Herren! Vor 1 Jahre hatte ich Gelegenheit Ihnen einen Fall von Syringomyelie vorzustellen, bei welchem hauptsächlich die linke obere Extremität vom Krankheitsprozess betroffen war. Heute will ich Ihnen einen Fall von Syringomyelie vorstellen, der ausserdem noch bulbäre Symptome aufweist. Der Patient hat folgende Anamnese.

Seit 3 Jahren entwickelte sich allmählich eine Verdickung des rechten Unterarmes, die ihm nur leichte Beschwerden verursachte. Vor 3 Wochen fiel er auf den rechten Arm, soll ihn stark verletzt haben; doch habe er keine besonderen Schmerzen empfunden und konnte noch leicht arbeiten. Lues wird negiert.

Bei der Untersuchung sehen wir eine gut ernährte Person von mittlerem Wuchs, kein Ikterus, keine Oedeme und von ganz guter Intelligenz. An den Lungen und Herz nichts Abnormes. Kniereflexe etwas gesteigert. Drüsen nicht vergrössert. Im Urin kein Eiweiss, kein Zucker. Wassermann im Blut — negativ.

Status specialis.

Die rechte obere Extremität ist im Vergleich mit der linken stark verdickt. Die Verdickung ist am Unterarm mehr ausgesprochen, als am Oberarm. Die Weichteile fühlen sich, hauptsächlich in der Umgebung des Kubitalgelenks stark verdickt an. An den Knochen sind durch Röntgenaufnahmen noch Verdickungen im Kubitalgelenk zu konstatieren. Die Beweglichkeit im rechten Schultergelenk ist frei, doch geschieht sie langsamer als im linken. Im rechten Ellenbogengelenk ist die Beweglichkeit ebenfalls erhalten. Zur Mitte der Ulna ist Krepitation deutlich vorhanden, man fühlt hier hervorragende Fragmente, doch ist beim Druck keine Schmerzhaftigkeit vorhanden. Die rechte Hand hat eine leicht krallenförmige Stellung. Am rechten Daumen, 1. Phalax, ist eine Narbe zu sehen, die nach einer vor vielen Jahren gewesen Wunde entstanden sein soll.

Hinten am Rumpf ist eine stark ausgesprochene rechtseitige Skoliose der Wirbelsäule zu sehen. Die Skoliose beginnt in der thorakalen Partie und reicht bis zur Lumbalpartie. Die rechte Skapula ragt mehr hervor, als die linke. Die sämtliche Muskulatur ist hier atrophisch. Die rechte Schulter steht niedriger als die linke; die Hebung der Schulter ist frei.

Die Sensibilität: an der rechten oberen Extremität kann der Patient stumpf von spitz nicht unterscheiden, nur ist das Tastgefühl erhalten.

Am Rumpf ist die Sensibilität ebenfalls alteriert — vorne bis zur IV Rippe und hinten bis zur Mitte der Skapula. Wärme von Kälte kann der Patient im Gebiet der oberen Extremität nicht unterscheiden.

Am Gesicht ist eine Atrophie der rechten Hälfte zu konstatieren. Die rechte Nasolabialfalte ist verstrichen.

Beim Ausstrecken der Zunge ist ein Abweichen derselben nach rechts zu sehen. Ausserdem eine leichte Parese des rechten Abduzens.

Beim Aussprechen des Lautes „a“ sieht man ein Nachbleiben des rechten Arcus palatinus.

Meine Herren! Wir haben hier also eine Gruppe von Symptomen, die auf eine Erkrankung des zentralen Nervensystems hindeuten. Die Analgesie, die trophischen Störungen, die Dissoziation des Temperatursinnes — das sind ja die Symptome, die für Syringomyelie sprechen. Und da hier ausserdem eine Parese des Abduzens, des rechten Fazialis, des hypoglossus und glossopharyngeus vorliegen, so können wir diesen Fall von Syringomyelie als einen prägnanten Fall von Syringo-bulbo-myelie bezeichnen. (Autoreferat.)

P. 4. Der Vorsitzende verliest ein Schreiben der vorbereitenden Kommission des ersten baltischen Naturforschertages in Riga, unterzeichnet von Dr. med. O. Thilo. Der Naturforschertag soll in der Osterwoche 1912 tagen, und wendet sich an die Gesellschaft prakt. Aerzte mit der Aufforderung sich als Vortragende und Zuhörer zu beteiligen und bittet um Absendung dreier Mitglieder zur Delegiertenversammlung, die demnächst stattfinden soll. Zu Delegierten werden gewählt die DDr. Bertels, Brutzer, Baron Engelhardt.

Gesellschaft prakt. Aerzte zu Riga.

1538. Sitzung vom 21. Dezember 1911.

Anwesend 43 Mitglieder und als Gäste die Herren DDr. Werth, Arbusow und Matzkeit.

Vorsitzender: Dr. O. Stender. Schriftführer: Dr. E. Kroeger.

P. 1. **Dr. M. Hirschberg:** Innere Ursachen bei Hautkrankheiten.

(Der Vortrag erscheint in der St. Ptbrg. Med. Zeitschr.)

Diskussion:

Dr. Büttner: Die enterogene Intoxikation äussert sich bekanntlich ausser in Symptomen von Seiten des Nervensystems auch in Urtikaria, Erythemen und anderen Hautaffektionen; typisch ist dafür die Urtikaria. Während man noch vor Kurzem für die enterogene Urtikaria gewisse Verdauungsstörungen, wie vermehrte Eiweissfäulnis, verantwortlich machte, kommt man jetzt wohl immer mehr zur Anschauung, dass diese Verdauungsstörungen nur begünstigend auf das Zustandekommen der enterogenen Intoxikation wirken. Der wahre Grund wird neuerdings von vielen Seiten in anaphylaktischen Vorgängen gesucht. Nach Friedberger, Wolff-Eisner und anderen Autoren führt ein ungenügender Abbau gewisser eiweisshaltiger Nahrungsmittel dazu. Die Immunitätsforschung hat uns aber das mutmasslich richtige Verständnis für den Entstehungsmodus der enterogenen Urtikaria gelehrt. Ich glaube aber nicht, dass ein ungenügender Abbau des Eiweisskörpers es sein kann, welcher zu anaphylaktischen Symptomen führt, denn es finden sich ja immer im Darme neben tief abgebauten auch ungenügend abgebaute Spaltprodukte des Nahrungseiweisses und so wird man wohl annehmen dürfen, dass der Darm sich gegen die Resorption ungenügend abgebauten Eiweissspaltprodukts normaliter zu schützen weiss. Mir erscheint es also als wahrscheinlich, dass den in Rede stehenden anaphylaktischen Vorgängen nicht ein ungenügender Abbau, sondern eine Resorptionsstörung zu Grunde liegt, indem ungenügend abgebaute Eiweissspaltprodukte pathologischerweise zur Resorption gelangen. Die Annahme einer Resorption im Darme gebildeter, an sich giftiger Stoffe scheint mir unnötig zu sein.

Auffallend finde ich es, dass bei Darmgeschwüren anscheinend bisher keine anaphylaktischen Vorgänge beobachtet worden sind. Hier sollte man doch meinen, wären die Bedingungen zur Aufnahme unabgebauten Nahrungseiweisses ins Blut gegeben. Vielleicht, dass

wenn man auf diesen Punkt achten wird, auch anaphylaktische Vorgänge zur Beobachtung hierbei gelangen würden. Ich halte es für nicht unmöglich, dass beim Typhus abdominalis ein gewisser Anteil des Fiebers bei offenen Geschwüren tatsächlich auf Rechnung von Resorption ungenügend abgebauten Nahrungseiweisses zu setzen wäre. Desgleichen wäre bei den in der Rekonvaleszenz des Typhus abdominalis nach Fleischgenuss gelegentlich beobachteten Temperatursteigerungen an anaphylaktische Vorgänge zu denken, welche durch eine Resorptionsstörung entstehen könnten, indem ungenügend abgebautes Eiweiss resorbiert wurde. (Autoreferat).

Dr. Berkholz vertritt auch die Ansicht von Dr. Büttner, dass Urtikaria eine Reaktion der Haut auf subkutan oder innerlich verabfolgtes artfremdes Eiweiss ist. Als Beispiel der Wirkung subkutan eingeführten Eiweisses führt er die Serumwirkung auf die Haut an. Das Serumexanthem ist eine Urtikaria. Dass auch per os eingeführtes Eiweiss Urtikaria hervorruft, ist bekannt. Als Beispiel aus seiner Praxis führt er folgenden Fall an: Ein 6 monatliches gesundes Kind sollte abgestellt werden und erhielt eine Mahlzeit $\frac{1}{2}$ Milchschleim, worauf sich im Laufe von 20 Minuten heftigste universelle Urtikaria einstellte. Dieses Experiment wurde noch 2 mal mit $\frac{1}{2}$ Milchwasser wiederholt. Resultat: gleicher Effekt in etwas abgeschwächter Form. Dr. Hirschberg entgegnet er, dass ein Zusammenhang der uratischen Diathese der Erwachsenen mit dem als exsudative Diathese der Kinder bekannten Zustande von den Pädiatern geleugnet wird. Die exsudative Diathese, die sich in allerhand Hautausschlägen und Katarrhen der Schleimhäute äussert, wird auf eine Anomalie der Drüsenfunktion des Darmes zurückgeführt, die eine Schwäche in der Ausnutzung der eingeführten Nahrung aufweisen. Ob diese Schwäche in der Verdauungskraft gegenüber dem Fett oder Eiweisstoffen besteht, oder im Mineralstoffwechsel stattfindet ist noch nicht erwiesen. Cerny bringt sie mit der Fettverdauung in Zusammenhang. Exsudative und nervöse Diathese finden sich häufig kombiniert, ihr getrenntes Auftreten beweist aber die Selbständigkeit beider Diathesen. Der von Paltauf aufgestellte Begriff der lymphatischen Konstitution ist im allgemeinen aufgegeben worden.

(Autoreferat).

Dr. Woloschinsky: Wenn ein Tier anaphylaktisch gemacht wird, so geht es an einer wiederholten Einspritzung zu Grunde, eben so wie sein Eiweiss für seinesgleichen gefährlich ist. Ehe man dieses wusste, hatte man schon klinische Beobachtungen gemacht, die dem Tierexperimente analog sind. Solche Eigentümlichkeiten offenbarten sich dazwischen familiär, so dass gerade einige Familien gegen gewisse Eiweissarten und Medikamente sehr empfindlich sind.

Dr. W. Lieven will aus den Gefahren der Anaphylaxie die praktische Nutzfolgerung ziehen und warnt vor prophylaktischen Seruminjektionen. Die Todesfälle dabei sind nicht der Diphtherie, sondern den anaphylaktischen Erscheinungen zuzuschreiben. Man sollte erst beim sicheren Erkennen der Diphtherie zum Serum greifen.

Dr. Berkholz rät die Serumgaben aus Furcht vor der Anaphylaxie nicht einzuschränken, da der Tod wegen zu geringer Serumgaben bekannt ist, der Tod aber an Anaphylaxie unbekannt ist. Auch die prophylaktischen Seruminjektionen müssen unter Umständen ihren Wert behalten.

Dr. v. Hampeln: Durch die Anaphylaxiefrage ist das eigentliche Thema der Diskussion verlassen worden. Dr. Hirschberg hat

auf die gegenwärtige Erkenntnis hingewiesen, dass nicht nur der anatomische Sitz der Krankheit, sondern auch die Körperbeschaffenheit, die Konstitution des Kranken in Betracht käme. Die ältere Medizin hat der Beschaffenheit der Körpersäfte in Krankheitsfällen viel mehr Aufmerksamkeit zugewandt und es ist auffallend, dass dieser Standpunkt verlassen worden ist. Die anatomische Veränderung ist schon ein vorgeschrittener Zustand des Krankheitsbildes. Es gibt Körperbeschaffenheiten, die zu gewissen Krankheiten neigen. Die jetzt neu eingeführten termini sind häufig schlecht gewählt, so müssen an Stelle des Ausdrucks: „Arthritismus“ besser: „gichtisch“, gesagt werden.

Dr. Büttner: Zur Vermeidung der vorhin erwähnten Gefahr hat Ascoli empfohlen, zur prophylaktischen Injektion (gegen Diphtherie) antitoxisches Serum vom Hammel zu verwenden, um im Falle, dass nachher dennoch Erkrankung eintritt, nunmehr ohne wesentliche Anaphylaxie-Gefahr hochwertiges Pferdeserum verwenden zu können. Hat eine prophylaktische Injektion nicht stattgefunden, so würde eine wesentlichere Anaphylaxiegefahr ja erst nach länger dauernder Anwendung des Heilserums eintreten. (Autoreferat).

Dr. Hirschberg (Schlusswort) hat sich bemüht in seinem Vortrag so wenig wie möglich Details zu geben und zu zeigen wie sich das moderne Denken biologischen Fragen gegenüber verändert hat und wie der Konstitution und der Vererbung mehr Rechnung getragen wird.

Verein praktischer Aerzte zu Riga.

(Offizielles Protokoll).

1539. Sitzung am 18. Januar 1912. *)

Anwesend 74 Mitglieder und als Gäste die Herren Dr. Dr.: Arbusow, Matzkeit und Michelsohn.

Vorsitzender: Dr. O. Stender, Schriftführer: Dr. H. v. Hedenström.

P. I. Es liegt ein Schreiben vor, in dem Herr Dr. Groth seinen Dank für ein anlässlich seiner Silberhochzeit abgeschicktes Glückwunschtelegramm ausspricht.

P. II. Demonstration.

Dr. M. Hirschberg. Lupus erythematoses bei 2 Schwestern.

Die ältere Schwester 21 a. n. krank seit 1½ Jahren, die jüngere 19 a. n. krank seit 2 Jahren — also ungefähr um dieselbe Zeit beide erkrankt. Blühendes Aussehen beider. Die ältere hat einen charakteristischen Fleck mit erhabenem Rand, deprimiertem schuppenden und atrophischen Zentrum, Follikularhyperkeratose, peripherer Gefässinjektion (Seborrhöeacongestiva Hebra) auf der Nase, fast den ganzen Rücken derselben einnehmend.

Auf dem dorsum der rechten Hand kleine zerstreute Herde-Hornkegel und roter Rand (seltene Form von Lokalisation.)

Die jüngere hat 5 Flecken — 2 zu beiden Seiten der Nase c. pfenniggross, die anderen 3 an der Wange. Der älteste Fleck c. Markgross in der Mitte glatt atrophisch, zeigt die charakteristische Tendenz sich peripherwärts zu verbreitern (Ulerythema centrifugax Unna). Ausserdem hat aber die Patientin einen Schleimhautherd in der Gegend des Weisheitszahnes an der Wangenschleimhaut und einen links an der Schleimhaut der Conjunctiva palp. (ebenfalls seltene Lokalisationen auf der Schleimhaut). Pirquet negativ.

Die strittige Stellung d. L. erythematoses in der Gruppe der tuberkulösen Hautaffektionen verlangt die Veröffentlichung solcher kasuistischer Fälle. An eine infektiöse Ursache möchte man hier gerne denken (2 Schwestern, blühend. Spätaufreten und ungefähr gleichzeitig). Dass der Lupus erythemat. vorwiegend bei Frauen auftritt, ist ja bekannt. (Autoreferat).

*) Dieses Protokoll ist infolge verspäteter Zustellung aus der Reihe gefallen. d. R.

P. III. Dr. Schabert. 1) Rekurrensparese bei Mitralfehlern.

Recurransparese bei Mitralfehlern wurde zuerst 1897 von Ortner beobachtet. Dieser Publikation sind im ganzen nur wenige Mitteilungen gefolgt (Kraus, Hofhauer, Gottwald, Schwarz, Kahler). Das Krankheitsbild ist selten, der Mechanismus der Parese noch unaufgeklärt. Ein direkter Druck des erweiterten Vorhofes auf den Nerv ist unwahrscheinlich, ein durch den L. Bronchus übertragener Druck (Störck) das Wahrscheinlichere.

In dem vom Votr. beobachteten Falle handelt es sich um eine 38jährige Patientin, die vor 20 und 10 Jahren ac. Gelenkrheumatismus gehabt hat. Seit 1 Jahr vox anserina, seit 2 Monaten Oedeme. Recurrensparese ist hier sicheren Dekompensationserscheinungen vorausgegangen. Vergrösserung des Herzens nach R. und L.; systol. und diastol. Geräusch, Bigeminie; Leberpuls, l. Recurrensparese, für die weder klinisch noch röntgenologisch sich eine andere Ursache auffinden liess als der comb. Mitralfehler. Es ist daher ein kausaler Zusammenhang anzunehmen. Vortragender demonstriert die Röntgenaufnahme an der besonders die Vergrösserung des II. L. Bogens entsprechend der Lage der Pulmonolis und des l. Vorhofes hervorzuheben ist und simultane Pulsaufnahme von Inguinalis und Brachialis, an denen der ventrikuläre Typus des Venenpulses, entsprechend einer Vorhofsparese, sichtbar ist.

2) Alkoholische Herzdilatation. Der 38 jährige Patient genoss seit langem ca. 10 Flaschen Bier und $1\frac{1}{2}$ Liter Brantwein täglich. Seit $1\frac{1}{2}$ Monaten schwere Dekompensation mit hochgradigen Oedemen. Da bei entsprechender Behandlung (Liegekur, Karelkur, Herztionika) eine vollständige Restitutio zu erwarten war, die auch im klinischen Sinne eintrat, war hier die immerhin seltene Gelegenheit geboten, den Rückgang der Herzgrösse zu beobachten. Nachdem Patient ca. 25 Kilo an Oedemflüssigkeit verloren hatte und er wieder vollkommen gehfähig geworden war, ging der Herzdurchmesser in der Höhe des II. Bogens von 10 auf 7 cbm., in der Höhe des III. Bogens von 18 auf 17 Ctm. im Röntgenbilde zurück. Das Herz präsentierte sich in der „Mitralform“. Das Röntgenbild zeigt demnach 2 wichtige Tatsachen a) trotz klinischer Genesung eine nur verhältnismässig geringe Reduktion (18:17) des queren Durchmessers, b) dagegen eine ziemlich bedeutende Reduktion des L. stark vergrösserten Vorhofes. Dem entsprach auch die Beobachtung am Phlebosphymogramm. Während bei seiner Aufnahme dilatierter untätiger Vorhof, der Venenpuls fast rein ventrikulären Typus zeigte, bestand bei der Entlassung eine hohe aurikuläre Zacke. (Tätiger Vorhof). An Diapositiven werden diese Verhältnisse demonstriert. Drittens war ein 14 Tage hindurch beobachteter Galopprrhythmus vom protodiastolischen Typus vollständig verschwunden. Zum Schluss weist der Vortragende auf die grosse praktische Bedeutung röntgenologischer Herzuntersuchungen hin und auf die nicht minder wichtige, bisher praktisch noch wenig verwertete Plebosphymographie, die uns in den Stand setzt ganz verschleierte Vorgänge des Vorhoflebens zu beobachten, die für Diagnose und Prognose des einzelnen Falles von allergrösstem Wert sein können.

Diskussion: Dr. v. Hampeln. Was Dr. Schabert berichtet hat, stellt Tatsachen von grosser Wichtigkeit dar, die nicht angestritten werden können, das Phlebogramm hat überall in der Privatpraxis Aufnahme gefunden und ist nicht zu entbehren, auch das Elektrokardiogramm wird neuerdings vielfach verlangt und angewandt. Was die Recurrenzlähmung anlangt, so wäre sie theoretisch äusserst

interessant, praktisch habe sie aber wenig Bedeutung, sie wäre auch schwer erklärbar, vielleicht käme sie durch Zerrung der Pulmonalis zustande am wahrscheinlichsten aber durch Erweiterung des Vorhofes. — In den von ihm beobachteten Fällen habe nie Insuffizienz sondern stets reine Mitralklappenstenose vorgelegen.

Dr. Schabert im Schlusswort erwidert, die von Dr. Hampeln beobachteten Fälle seien ihm bekannt, es habe sich bei ihnen sowohl um Insuffizienz als auch Stenose gehandelt.

P. IV. Dr. **Leo Bornhaupt** demonstriert einen 12-jährigen Knaben, den er am 23. September 1911 wegen einer akuten Osteomyelitis der Brustwirbel operiert hatte. Der Patient war am 22. IX 1911 in das städtische Armitsteadsche Kinderhospital gebracht worden mit der Angabe, dass er seit 3 Wochen krank sei, und zwar bestanden Schmerzen im Rücken links von der Wirbelsäule. Die Schmerzen nahmen beständig zu, dabei trat auch eine Schwellung in dieser Gegend auf. In den letzten Tagen Husten.

Der sehr blass Knabe machte einen schwer kranken Eindruck, weinte vor Schmerzen, lag im Bett mit angezogenen Beinen. Das Ausstrecken der Beine steigerte die Schmerzen im Rücken. Der 5., 6. und ebenso 7. und 8. Brustwirbel scheinen bei Druck auf die Dornfortsätze sehr empfindlich zu sein; links von diesen Wirbeln etwa bis zur Skapularlinie war die ganze Gegend deutlich ausgefüllt und vorgewölbt. Im Bereich des 5-ten Wirbels deutliche Fluktuation, die ganze Gegend äusserst druckempfindlich. Patellarreflexe gesteigert, Babinski deutlich ausgesprochen. Oedeme der Fussrücken und Knöchel. Die Röntgenplatte zeigte eine stärkere Durchlässigkeit der linken Seite des 5. Brustwirbels. T^o 39,5, Puls 140. Am 23. IX wurde in Aethernarkose die Operation von mir ausgeführt. Schnitt parallel der 6. Rippe links über der fluktuierenden Stelle. Es entleert sich dicker, grünlicher Eiter. Es handelt sich um eine Senkung in die Muskulatur und unter die Haut, die vom processus transversus des 5. Brustwirbels herkam. Hier liegt ein vom Periost entblöster rauher Knochen vor. Es wird ein Längsschnitt draufgesetzt und der Wirbelbogen des 5. Brustwirbels freigelegt. Dieser ist rau und erweicht, wird daher mit der Knochenzange abgetragen. Der Wirbelkanal ist mit einem dicken, grünlichen Eiter ausgefüllt, so dass die Dura erst sichtbar wird, nachdem die Eiterschicht fortgewischt ist, jedoch quillt von unten her aus dem Wirbelkanal immer wieder Eiter nach, es werden noch 3 Wirbelbögen nach unten zu entfernt, trotzdem quillt noch von unten der Eiter aus dem Duralkanal, jedoch war der Knochen des 8-ten Wirbelbogens hart und von normaler Konsistenz. Es wird daher ein kleiner Tampon nach unten hin in den Wirbelkanal eingeführt. Der Eiter umspült überall nur die hintere Peripherie der Dura; wenn man den Duralsack vorsichtig abhob, so fand man nach vorne zu den Wirbelkörpern zu nirgends Eiter. Die Eiterung ist also vom Bogen des 5-ten Brustwirbels ausgegangen und hat sich sowohl in den Duralkanal als auch nach aussen in die Weichteile gesenkt, aber auch die Bögen des 6- und 7-ten Wirbels waren zum Teil vom Periost entblöst, zum Teil erweicht. Nach links hin bestand auch eine zirka wallnussgrosse Senkung zur linken Pleura hin. Breite Tamponade der Wundhöhle. Der Patient wird auf 2 Pappschienen gelagert. Die bakteriologische Untersuchung des Eiters ergibt eine Reinkultur von Staphylokokken.

24. IX. Oedeme schwanden, die Patellarreflexe wurden normal, kein Fussklonus. Sensibilität normal. Nach einem schweren Krankheitslager erholte sich der Patient allmählich. Die Wunde verheilte vollständig und ist der Knabe am 1. Januar 1912 zum ersten Mal auf-

gestanden. Zur Stütze seiner Wirbelsäule soll er jetzt ein Korsett erhalten. Die akute Osteomyelitis der Wirbelsäule gehört mit zu den schwersten Erkrankungen, namentlich wenn sich der Prozess in den Wirbelkörpern abspielt. Wenn man früher angenommen hatte, dass die Erkrankung der Wirbelkörper die häufigere Form sei, so hat die Erfahrung der letzten Zeit gelehrt, dass auch andere Teile der Wirbel fast ebenso häufig erkranken können. Nach Hahn zum Beispiel, war der entzündliche Teil 14 Mal im Körper, 18 Mal in den übrigen Abschnitten der Wirbel und drei Mal war der ganze Wirbel beteiligt. Die Gefahren der akuten Wirbelosteomyelitis bestehen in den Komplikationen, die durch den Durchbruch des Eiters in die benachbarten Pleurahöhlen oder auch in den Duralsack bedingt sind. Die mehr oder weniger schwere Kompression der Medulla durch die Eitermenge im Wirbelkanal, kann auch ihre schweren Folgen haben. In unserem Fall bestanden auch deutliche Symptome der Kompression, die sofort nach der Operation geschwunden waren. Die Therapie einer akuten Wirbelosteomyelitis besteht in einem möglichst frühzeitigen operativen Eingriff, der dem Eiter Abfluss schafft und den Eiterherd im Knochen entfernt. Daher ist auch die Prognose bei den Bogenerkrankungen günstiger als bei den Erkrankungen der Körper. Nach Grisel starben

von 29 Körpererkrankungen	22 = 76%	Mortalität
von 24 Bogenerkrankungen	8 = 33%	„

Der günstige Verlauf in dem demonstrierten Falle beweist, dass es sich hier um eine Erkrankung der Wirbelbögen gehandelt hatte, nach deren radikaler Entfernung der Prozess vollständig ausgeheilt ist.
(Autoreferat)

Diskussion:

Dr. A. v. Bergmann beglückwünscht Herrn Dr. Bornhaupt zu seinem Erfolge. Es handelt sich hier um sehr seltene Fälle, in seiner eigenen Praxis sei ihm bis jetzt noch kein derartiger Fall vorgekommen. - Was die Therapie der Osteomyelitis anlange, so komme es vor allem darauf an, den erkrankten Knochen radikal zu entfernen, Inzision nützen da nichts und verhindern nie Rezidive.

Dr. v. zur Mühlen hat derartige Fälle sowohl in Riga, als auch in Königsberg gesehen. In Riga, wo stets radikal vorgegangen sei, habe er nur gute Erfolge konstatieren können, dagegen in Königsberg, wo nur die Inzision angewandt worden sei, seien gute Erfolge nicht zu verzeichnen gewesen.

Dr. Bornhaupt (Schlusswort): Ich stehe voll und ganz auf dem Standpunkt von Dr. A. von Bergmann und bedauere, wenn ich mich in dieser Beziehung nicht deutlich genug ausgedrückt haben sollte.

Bei einer pyogenen Osteomyelitis müssen wir unbedingt die radikale Beseitigung des Eiterherdes im Knochen fordern. Der erkrankte Knochen muss bis ins Gesunde hinein aufgemeißelt, beziehungsweise ganz entfernt werden. Namentlich sind es die akuten Osteomyelitiden, welche den unvollkommenen operativen Eingriff im höchsten Grade schlecht vertragen. Dass solche Fälle leicht zum Exitus kommen, sehen wir genügend oft an den Patienten, wo die Verhältnisse den radikalen Eingriff am erkrankten Knochen selbst nicht gestatten. Gerade diese Momente spielen ja auch bei der ungünstigen Prognose der Osteomyelitis der Wirbelkörper in erster Linie mit.
(Autoreferat).

P. V. Dr. M. Schönfeldt „Kriminal-Antropologisches.“
(Autoreferat nicht eingelaufen).

Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

(Offizielles Protokoll).

1540. Sitzung am 1. II 1912.

Anwesend: 71 Mitglieder und als Gäste die DDr. Herzberg, Arbusow und Matzkeit.

Vorsitzender: Dr. O. Stender. Schriftführer Dr. E. Kröger.

Dr. Brenson demonstriert vor der Tagesordnung Stützkorsetts aus Zelluloid und Korsettstoff.

Punkt 1. **Dr. Sarfels** Demonstration (Autoreferat).

a) Demonstration eines schon 1910 hier gezeigten Knaben mit Tuberkulose des Ileosakralgelenkes zur Kontrolle des Verlaufes. Trägt beständig Tutor, ist beschwerdefrei trotz inzwischen überstandener Masern, äussere Symptome fehlen, das Röntgenbild lässt den Heilungsvorgang erkennen. Die 1910 in der Diskussion ausgesprochene Ansicht über die schlechte Prognose dieser Erkrankung erklärt sich durch Erfahrungen der voraseptischen Zeit, Verwechslungen mit Osteomyelitis, Nichtberücksichtigung des Alters, Zusammenwerfen der eitrigen und nichteitrigen Formen. Bei Berücksichtigung dieser Umstände unterscheidet sich die Ileosakraltuberkulose prognostisch nicht wesentlich von anderen Lokalisationsformen der Knochentuberkulose.

b) Bericht über erfolgreiche freie Knochentransplantation bei angeborenem linksseitigem totalem Fibuladefekt mit hochgradiger Verkrümmung der Tibia und extremem pes valgus. Es wurden zunächst durch Osteotomie und Gipsverbände die Deviationen beseitigt, darnach ein ca. 7 cm. langer, 1 cm. starker Bolzen der rechten Tibia mit Periost auf die Lateralseite der linken Tibia am untern Ende verpflanzt, in der Weise, dass das überstehende untere Ende des Bolzens einen Malleolus externus bildete. Auf einen Ersatz der ganzen Fibula wurde vorläufig verzichtet, da natürlich kein Längenwachstum des transplantierten Knochens zu erwarten wäre und der Erfolg ohnehin nur in der Sicherung des Sprunggelenkes bestehen könnte. Nachbehandlung mit Zelluloidstiefel. Operation von reichlich 2 Mon. glatte Einheilung, vorzüglicher vorläufiger Effekt.

c) Demonstration zweier Mädchen im Alter von ca. 13 Jahren mit Polyarthritik chronica progressiva. Die chronischen Gelenkerkrankungen zerfallen nach ihrer Ursache in infektiöse Rheumatismus, Tuberkulose, Lues etc.) konstitutionelle (Gicht, Bluter-gelenke) und neuropathische (Tabes, Syringomyelie). Ausserdem

gibt es eine Anzahl von Erkrankungen mit unbekannter Aetiologie, die sich nicht klassifizieren lassen, weil die anatomischen und klinischen Symptome vielfach nur graduelle Unterschiede erkennen lassen. Eins der präzisesten Krankheitsbilder ist die primär chronische progressive rheumatoide Polyarthrit. Sie befällt meist Frauen in reiferem Alter, beginnt schleichend mit Auftreibung, Schmerz und Steifigkeit bestimmter (meist peripherer) Gelenke, breitet sich ganz allmählich oder in Schüben auf alle Gelenke des Körpers aus, gewöhnlich in ausgesprochen symmetrischer Weise, und dauert meist das ganze Leben, kann aber zum Stillstand kommen, wenn auch nicht zu einer restitutio ad integrum. Anatomisch ist es zunächst ein synovialer Prozess, der später zu Knorpelschwund, Deformierung der Gelenkenden und auch zu knöcherner Ankylose führen kann. Die Ursache könnte infektiöser oder konstitutioneller Natur sein, bestimmtere Anhaltspunkte fehlen. Gegen andere ähnliche Erkrankungen (chronischer Rheumatismus, Tuberkulose, Lues, Gicht etc.) charakterisiert sich die Krankheit neben dem sehr chronischen Beginn und Verlauf einerseits durch ihre universelle Ausbreitung auf alle Gelenke, andererseits durch die Beschränkung auf die Gelenke. Therapeutisch ist alles versucht worden, was sonst bei Gelenkerkrankungen angewandt wird. Die Erfolge sind palliative.

Von den demonstrierten Kindern zeigt das eine die Krankheit in doller Entwicklung, das andere in einem Stadium des Stillstandes, da es seit 1 Jahr schmerzfrei ist und auch objektiv eine Zunahme ver Veränderungen nicht bemerkbar war.

D i s k u s s i o n.

Dr. P. K l e m m: Die Erkrankung des Ileosakralgelenkes wird häufig nicht richtig diagnostiziert, da das Gelenk nicht palpirt werden kann.

Unter 26 Erkrankungsfällen des os ileum (Material des Kinderkrankenhauses) fand Redner 14 Miterkrankungen des Ileosakralgelenks. Die eitrigen osteomyelitischen Fälle verhalten sich ebenso wie die tuberkulösen. (Die von dort herrührenden Senkungsabszesse können auch unter dem Pupartschen Bande erscheinen).

Die tuberkulösen Erkrankungen können durch Ruhestellung ausheilen, bei den osteomyelitischen Prozessen aber darf der richtige Zeitpunkt für die Operation nicht versäumt werden.

P. 2. Dr. Hampeln: Ueber Mediastinaltumoren.

Vortragender betont, anknüpfend an seine früheren Mitteilungen über diesen Gegenstand die gerade bei Mediastinaltumoren oft in den Vordergrund tretende und das Krankheitsbild beherrschende Venenstauungserscheinungen. In zweien seiner Fälle bildeten sie das erste auffallende und lange Zeit vorherrschende Krankheitsmerkmal. Ganz bis zum Schluss der Erkrankung fehlte die Venenstauung in keinem seiner 10 Fälle aus den letzten Jahren.

Diese so eigenartige Venenstauung im Gebiet der Cava sup. äussert sich auf 2 auseinander zu haltende Weisen: einmal als diffuse Schwellung und zyanotische Rötung am Kopf allein oder auch am Halse, an den Armen und schliesslich dem ganzen Oberkörper ohne sichtbare Venenstränge, also ohne die typischen Merkmale der Venenstauung, in anderen häufigeren Fällen macht sich zweitens die Venenstauung in gewöhnlicher Weise, in sichtbarer Ausdehnung normaler oder kollateraler Venenbahnen bemerkbar. In seinem letztbeobachteten Falle handelt es sich um die erste seltene Form, die bei Abwesenheit der auf einen mediastinalen tumor sonst hinweisenden Lokalzeichen das Urteil leicht irre führen kann. In der Tat

hatte dieser Patient die Sprechstunde mehrerer Aerzte als „Hautkranker“ passiert.

An dem Zustandekommen der zyanotischen Schwellung erster Art scheint Vortragendem die Verlegung der Venenbahnen durch Thrombenmassen wesentlichen Anteil zu haben, während sichtbare Venenschwellung zu ihrer Voraussetzung doch eine freie Venenbahn, bei bloss proximal behindertem Abfluss hat.

Tumoren scheinen besonders leicht zu Thrombosen zu führen, selbst ohne Kompression, wie in einem seiner Sektionsfälle und vorausgesetzt, dass sie im Mediast sitzen, während Lungenneubildungen als solche natürlich ohne diese Stauungen verlaufen, wenigstens fehlten sie in sämtlichen 30 Lungenkarzinom- und Sarkomfällen seiner Praxis. Auch beim Aortenaneurysma gehören Venenstauungen abgesehen von der eigenartigen Kompression und Perforation der vena cava sup. durch Aneurysma der A. asc. zu den Seltenheiten. Die vom Vortragenden auf Med. Tumor resp. Neoplasma gestellte Wahrscheinlichkeitsdiagnose wurde durch die Röntgenaufnahme bestätigt. Sie ergab eine Schattenentwicklung zu beiden Seiten der Aorta, die in erster Reihe für Neoplasma spricht, vielleicht aber auch als Ausdruck der hier selten vorkommenden, ähnlich verlaufenden chron. entzündlichen Neubildungen gedeutet werden kann (A. Fränkel). Selbst ein Hämatom, entstanden durch Ruptur eines versteckten kleinen Aneurysmas der A. asc. in das Mediastinum hinein, das in einzelnen Fällen beobachtet worden ist, käme, wenn auch als höchst unwahrscheinlich, auf Grund des R. Bildes in Betracht. Eine ausführliche Veröffentlichung des Falles behält sich Votr. vor. (Autoreferat)

P. 3. Dr. Hirschberg demonstriert die Röntgenbilder und Diapositive des von Dr. Hampeln geschilderten Patienten.

Diskussion.

1) Dr. Schabert macht auf das im Röntgenbilde nach rechts sichtbare Wachstum des Tumors aufmerksam und erklärt dadurch die frühzeitige Oberkörperschwellung.

Redner berichtet über einen Fall von Mediastinaltumor, der nur nach links wuchs und bei dem die Oberkörperschwellung erst 4 Tage vor dem Exitus auftrat. Der Patient, dessen Anamnese auf Phthise hinwies hat im Kraukenhause nie Blut gespien, nie abgenommen, hatte aber eine hektische t° Kurve. Der klinische objektive Befund ergab nur eine Dämpfung l. h. u. mit abgeschwächtem Atmen. Die Punktion ergab nichts. Pirquet negativ. Wassermann negativ. Das Wachstum des Tumors konnte im Röntgenbilde beobachtet werden, bis im letzten Stadium die ganze Seite einen Schatten zeigte. Ausser diesen Symptomen zeigte der Fall keine Erscheinungen wie Kompressionen, Rekurrensparese etc. Die Sektion bestätigte die Diagnostose: Mediastinaltumor.

2) Dr. Klemm erinnert daran, dass das Krankheitsbild der Struma intrathoracica ähnliche Symptome wie der Mediastinaltumor gibt. Die Venen sind stark erweitert und die Atmung ist behindert. In zwei Fällen fand er bei der Operation faustgrosse Strumen hinter dem Sternum. In einem dritten Falle mit faustgrosser Dämpfung, Stauungserscheinungen und ödematösen Konjunktiven wurde bei der Operation ein inoperabler Mediastinaltumor, wahrscheinlich Sarkom sichtbar. Ganz ohne Stauungen verliefen 3 Fälle von Lungensarkom.

3) Dr. Voss hat den Kranken gesehen und schildert die Gesichtshaut desselben. Sie war bläulich kupferrot ohne Venenzeichnung und scharf begrenzt und auf die den äusseren Witterungsein-

flüssen ausgesetzten Flächen beschränkt. Er hat nicht an einen Zusammenhang der Stauung mit dem Tumor geglaubt und die Hauterscheinungen für ein schon behandeltes Ekzem gehalten.

Dr. Hampeln (Schlusswort) findet es begreiflich, dass hier ein Ekzem diagnostiziert werden konnte, denn das sei gerade das Beachtenswerte dieser Stauungen, dass sie mit Hautkrankheiten Erythem, Ekzem od. chron. Erysipel verwechselt werden könne, wie in diesem Fall, ob schon es sich nicht darum, sondern um die eigenartigen Stauungserscheinungen handelte, zu denen im weiteren Verlaufe auch ekzematöse Veränderungen hinzutreten können.

(Autoreferat.)

1542. Sitzung am 7. März 1912.

Anwesend 58 Mitglieder. Als Gäste die Herren DDr. W. Schwartz, Gussew, Matzkeit, Lockenberg, Michelson.

Vorsitzender: Dr. Stender. Schriftführer: Dr. E. Kroeger.

P. I. Dr. Schabert: Ueber das Verhalten des Blutdruckes bei den verschiedenen Nephritisformen.

Nachdem der Vortragende die Schwierigkeiten bei der Bearbeitung des Krankenhausmaterials, die in dem Mangel zuverlässiger Daten über den Beginn der Erkrankung, in der Maskierung chronischer Fälle durch akute Rezidive und in der Kombination verschiedener Formen der degenerativen und entzündlichen Nierenerkrankungen bestehen, besprochen hat, kommt er zu dem Schluss, dass als Nephritisformen, die auch an einem Krankenhausmaterial fast immer mit ausreichender Sicherheit auseinander gehalten werden können, die parenchymatös entzündliche, interstiell-atrophische und die amyloid-degenerative Form der Nierenerkrankungen unterschieden werden können. Die Unterscheidung der genuinen Schrumpfniere von der Nierensklerose sei häufig, doch nicht regelmässig möglich.

Unter 70 Fällen von Nephritis eines Jahres fanden sich I. Parenchymatöse Nephritis:

akuta	27 Fälle.
subakuta	11 "
chronika	19 "
	<hr/>
	57 Fälle.
II. Interstiell-athrophische Nephritis (Genuine Schrumpfniere und Nierensklerose) . . .	7 "
III. Amyloide Nephritis	6 "
	<hr/>
	70 Fälle.

An ihnen wurden mehrfache Blutdruckbestimmungen in jedem Falle nach der Methode Riva-Rocci-Korotkow ausgeführt und dabei folgendes Resultat gewonnen:

27 Fälle von Nephritis akuta gaben eine Blutdruckerhöhung = 13mal.

11 Fälle von Nephritis subakuta gaben eine Blutdruckerhöhung = 7mal.

19 Fälle von Nephritis chron. gaben eine Blutdruckerhöhung = 14mal.

7 Fälle von Nephritis Schrumpfniere gaben eine Blutdruckerhöhung = 7mal.

6 Fälle von Nephritis Nierenamyloid gaben eine Blutdruckerhöhung = 0mal.

Unter den 13 Fällen der ac. Nephritis kehrte 11 mal der Blutdruck zur Norm zurück (z. B. von 190 auf 113 systol.) unter völligem Verschwinden oder doch bedeutender Verminderung der Albuminurie. Unter den subakuten und chron. Formen konnte nur in der Hälfte der Fälle eine wiederholte Untersuchung vorgenommen werden und ergab sich unter 10 Fällen dieser Gruppe nur ein nennenswerter Rückgang in 3 Fällen.

Während also der erhöhte Blutdruck in den akuten Fällen in 84% der Fälle Rückgang zeigt — neigt er in den chron. Fällen der parenchymatösen Gruppe zur Konstanz.

Die Fälle der Nierenatrophie haben konstante Blutdrucksteigerung, ebenso wie alle Fälle von Amyloid sich durch das Fehlen der Blutdrucksteigerung auszeichnen. Das kann als charakteristisch angeführt werden. Findet sich in einem Fall chron. Albuminurie keine Blutdrucksteigerung, so ist immer auch an das Amyloid zu denken, selbst wenn klinisch keine Amyloid-Aetiologie vorliegt, in 2 Fällen unter 6 von Amyloid der Niere fand sich im vorliegenden Material ein positiver Wassermann von 4+, so dass damit die vollkommen verdeckte Aetiologie aufgedeckt wurde. — Das rasche Erscheinen hoher Blutdruckwerte mit dem Auftreten von Eiweiss und ihr ebenso rasches Verschwinden mit dem Verschwinden von Eiweiss in einzelnen Fällen haben für die Theorie den Wert eines Experimentes und festigen die Hypothese, dass die Blutdrucksteigerung der primäre, die Herzhypertrophie der sekundäre Vorgang sei. Ein solcher Vorgang könne sich aber nur auf den grossen Kreislauf beziehen. Damit stimme das Resultat der vom Vortragenden in einer früheren Arbeit über die Ventrikel-Verhältnisse bei Nephritis auf Grund von Wägungen nach der Müllerschen Methode vollkommen überein. Das blutdrucksteigernde Moment sei höchstwahrscheinlich keine Substanz aus der Reihe der Retentionstoffe sondern ein höchst komplexer Vorgang, über den nur die experimentelle Pathologie Aufklärung schaffen könne. (Autoreferat).

Diskussion:

1) Dr. Bertels. In Ergänzung dessen, was Dr. Schabert über das Vorkommen von Amyloidnieren bei ziemlich gesund aussehenden Menschen gesagt hat, führt Dr. Bertels an, dass man bei Sektionen nicht selten Amyloid innerer Organe findet ohne Tuberkulose, ohne Anzeichen von Syphilis und ohne Knochenerkrankungen wo man überhaupt, ausser der Amyloiderkrankung und dem von dieser abhängigen Hydrops, jegliche krankhafte Veränderungen vermisst. Diese Tatsache wird übrigens auch in den Lehrbücher erwähnt.

In der von Dr. S. mehrfach zitierten Arbeit von Buttermann ist es dem Redner aufgefallen, dass unter seinen Fällen von sogenannter chronischer parenchymatöser Nephritis sich nur vereinzelte mit geringer Erhöhung des Blutdrucks fanden, während bei den Meisten der Blutdruck normal war. Man sollte doch erwarten, dass die chronische parenchymatöse Nephritis eine Mittelstellung einnehmen würde zwischen der akuten Nephritis und der Schrumpfniere, was sie nach den Untersuchungen von Dr. S. tatsächlich tut. Redner fragt Dr. S. ob er eine Erklärung für das auffallende Verhalten der Buttermannschen Fälle habe finden können.

Was die Ansicht von Hirsch betrifft, dass bei Nephritis der Blutdruck nicht nur im grossen, sondern auch primär im kleinen Kreislauf gesteigert sei, so ist dieselbe zuerst von Hasenfeld ausgesprochen worden. Hasenfeld stützt seine Ansicht auf nur 3 Fälle von Schrumpfniere, in welchen er die Ventrikelgewichte bestimmt hatte und wo sich jedes Mal der rechte Ventrikel ebenso stark hypertro-

phisch fand, wie der linke. Hirsch schliesst sich der Ansicht von Hasenfeld an, rechnet man aber Hirschs eigene Zahlen nach, so findet sich bei ihnen der linke Ventrikel stärker hypertrophisch als der rechte, was für die Ansicht von Schabert spricht, dass bei Nephritis zunächst nur der Druck im grossen Kreislauf steigt und erst bei eintretender Insuffizienz des linken Ventrikels auch der im kleinen. (Autoreferat).

Dr. H a m p e l n. Erblickt in den Untersuchungen Sch. eine Vollständigkeit der Erscheinungen des sog., chron. M. Bright, von dem bisher angenommen wurde, dass der systol. Blutdruck nicht erhöht sei, während er in einer grossen Zahl von Fällen Schaberts, wenigstens in einem Stadium der Krankheitssteigerung nicht unbedeutend erhöht war. Im übrigen seien Sch. Befunde mit den bereits bekannten übereinstimmend. Diagnostisch ist ja auch der erhöhte Blutdruck gerade bei der sog. idiopathischen Schrumpfnieren oder Granulärnieren von Bedeutung, da sie was den Harn betrifft, symptomlos verlaufen kann. Diskutabel bleibe nach wie vor das klinische und anatom. Verhältnis der eigentlichen arteriosklerotischen, atrophischen (Ziegler) oder Narbennieren (Ribbert) zur primären Granulärnieren oder sekund. Schrumpfnieren. Er H. möchte nach seinen Erfahrungen an der Existenz einer symptomlosen, auch in Bezug auf den Blutdruck nichts besonderes darbietenden arteriosklerotischen Niere festhalten.

Was die Untersuchungsmethode anbetrifft, so scheine ihm die Exaktheit der auskultativen Methode doch noch nicht so ganz einwandfrei dazustehen. Viele ziehen auch jetzt noch die Palpationsmethode als die sicherere vor. Jede hat ihre Vorzüge aber auch ihre Mängel. Jedenfalls bedarf es einer Einigung über den auskultatorischen Moment, der als systolischer einerseits, als diastolischer andererseits aufzufassen ist. Die Stellung dazu kann sehr variieren und variiert auch sehr.

Endlich scheint ihm in jedem Falle solcher Messungen auch die Bestimmung des diastolischen Blutdruckes und damit der Amplitude und des sogenannten Strassburgerschen Blutdruckquotienten von Bedeutung zu sein. Erst dann sei die Untersuchung eine vollständige.

(Autoreferat).

Dr. v. E n g e l h a r d t. Die ziemlich konstante Blutdrucksteigerung bei interstitieller Nephritis und der wechselnde Blutdruck bei parenchymatöser weist schon darauf hin, dass zu der Gruppe der klinisch parenchymatös genannten Nephritis wohl eine Reihe verschiedener entzündlicher Vorgänge gehören und wohl auch Mischzustände vorkommen. Am wahrscheinlichsten erscheint mir die Vermutung Hasebroeks (Blutdrucksteigerung in diagnostischer und therapeutischer Hinsicht. Mit dem Alvarengapreise gekrönte Schrift) dass es sich wohl um Mitbeteiligung der Gefässe handelt, wenn der Blutdruck bei einer Nephritis konstant erhöht ist. Interessant ist überhaupt die Auffassung Hasebroeks, dass keine rein toxische Ursachen bei der Erhöhung des Blutdrucks mitspielen, sondern dass in der Blutdrucksteigerung eine Art Schutzmassregel des Organismus zu erblicken sei.

Diese Anschauung wird von Hasebroek durch zahlreiche Beispiele belegt — insbesondere durch Vergleiche mit der Bleinieren.

Unter den theoretisch möglichen Erklärungen der Blutdruckerhöhung bei Nephritis, welche der Vortragende nannte, fehlte diese neueste Hasebroeksche Theorie.

Seine Arbeit müsste unbedingt bei jeder Behandlung der Blutdruckfrage berücksichtigt werden.

Was die Methoden der Blutdruckbestimmung anlangt, so meine ich, dass die wesentlichste Bestimmung immer die des systolischen Maximaldrucks bleiben wird, die sich bequem mit dem Sphygmomanometer von Hinze vornehmen lässt.

(Zusatz: Ich halte diese einfache Bestimmung für zuverlässiger als die von Dr. Hampeln empfohlene, weil wir nie — weder bei der auskultatorischen, noch der palpatorischen Methode — fehlerlos arbeiten. Wenn ich mich nun bei Bestimmung des Minimal- und Maximaldruckes um 5 mm. in verschiedenen Richtungen versehe, so bedeutet das für eine faktische Amplitude von 20 mm — einen Fehler von 10 mm., während ich durch wiederholte Messungen eine Zahl annähernd bestimmen kann). (Autoreferat)

Dr. Schabert (Schlusswort). Die abweichenden Resultate Buttermans, erkläre er sich, dass in Bezug auf die Systematisierung der chron. parenchymatösen Formen keine Einigkeit bestehe, diese werden von vielen Autoren der sekundären Schrumpfniere zugerechnet und geraten so in die Gruppe der interstitiellen Nephritis. So sehr das nach dem Vorgange von Weigert anatomisch richtig sei, so anfechtbar erscheine das vom rein klinischen Standpunkt. Die Anfrage Dr. Hampels über die prima vista diagnose des Amyloids der Tuberkulösen beantwortete er damit, dass in der Tat die Kombination hochgradiger Abmagerung mit der eigentümlichen Oedem-Verteilung, die den Gesetzen der Schwere folge, den Kranken etwas fast unverkennbares gäbe; während das Amyloid der Luetischen sich im Gegensatz hierzu durch nichts Auffallendes verrate. (Autoreferat).

P. 2. Der Präses verliesst:

a) ein Schreiben der Krankenhauskommission mit den Regeln über Aufnahme von Patienten in die Stadt-Krankenhäuser.

b) ein Schreiben des Stadtbibliothekars. Dieses wird dem Bibliothekar Dr. Voss zur Beantwortung übergeben.

(Offizielles Protokoll).

1541. Sitzung am 29. Februar 1912*.)

Anwesend 77 Mitglieder. Als Gäste die Herren DDr. Herzfeld, v. Grot (Mitau), C. Bornhaupt, Lockenberg, Arbusow, Matzkeit, Schneider, Sintenis, Gussew und W. Schwartz.

Vorsitzender: Dr. O. Stender. Schriftführer: Dr. E. Kroeger.

P. 1. **Dr. Sarfels** demonstriert 2 Leibbinden aus seiner Werkstatt. Die eine ist eine Modifikation der hier gangbaren Binde, bei der das Verschieben durch sorgfältige Ausarbeitung der Taillenstelle und durch schräglauflende Versteifung beseitigt ist, die andere ist die auf ein Gipsmodell netzförmig aus Leinenband gearbeitete Binde nach Bracco-Turin, die durch ihre Oberschenkelteile den Halt durch versteifende Stahlstäbe in glücklicher Weise ersetzt und wegen ihrer angenehmen Eigenschaften in Deutschland sehr geschätzt wird.

(Autoreferat).

P. 2. **Dr. Bertels** demonstriert eine Niere mit bis zu haselnussgrossen tumorartigen Einlagerungen (Lymphomen); die Niere stammt von einem Fall von akuter Leukämie, welche in 5 Wochen zum Tode geführt hatte. Zum Vergleich zeigt B. noch eine zweite ganz ähnliche, nach Kaiserling konservierte Niere, welche von einer im Jahre 1908 von Dr. Schabert ausgeführten Sektion stammt; es handelt sich hier ebenfalls um eine akute Leukämie. Autoreferat:

P. 3. **Klemm** demonstriert 1) einen Patienten der sich 3 Operationen hintereinander hat unterwerfen müssen. Einige Wochen nach einer Appendektomie stellten sich Okklusionserscheinungen ein, die eine Operation erforderten. Es wurden 3 Stränge gelöst. Hierauf bildete sich eine Darmfistel, die nun durch die III. Operation zum Verschluss gebracht wurde.

2) Eine 70-jährige Frau, welcher ein Mastdarmkarzinom entfernt worden war nach einer Methode, welche eine Verunreinigung der Operationswunde ausschliesst. Die Methode lässt sich jedoch nur bei ausserhalb des Peritonealansatzes liegenden Karzinomen anwenden.

P. 4. **Dr. Eliasberg**. Die Wassermannsche Reaktion im Blut und im Liquor c bei Erkrankungen des Z. N. mit Berücksichtigung der Salvarsantherapie. (Der Vortrag erscheint im Druck).

*) Dieses Protokoll ist in Folge verspäteter Zustellung aus der Reihe gefallen.

Dis k u s s i o n :

a) Dr. E. S c h w a r z kann bestätigen, dass die Wassermannsche Reaktion für Syphilis charakteristisch sei; sie komme bei Lepra, kurze Zeit nach Scharlach „in Europa“ vor; ihr Vorkommen bei Tropen-Krankheiten (Malaria etc.) komme in Europa kaum in Betracht. Diagnostisch komme die Wassermannsche Reaktion im Blut weniger in Betracht als im Liquor, sie beweise nur, dass das betreffende Individuum irgend einmal mit Lues in Berührung gekommen sei. Die Wassermannsche Reaktion im Liquor sei aber differenzial-diagnostisch von hohem Wert; sie beweise meist, wenn nicht immer die syphilitische Natur des vorliegenden Leidens.

Der negative Ausfall der Wassermannschen Reaktion beweise nichts, in den ersten Stadien der Syphilis wechsele oft die Reaktion; ein negativer Wassermann zeige nicht ein Erlöschen der Seuche an. Eine geringe Zahl, oder abgekapselte Spirochaeten können eine negative Reaktion zulassen. Ehrlich befürwortete die von anderer Seite proponierte „provokatorische Salvarsaninfusion. „Trete nach ihr ein positiver Wassermann auf, so solle dieser beweisen, dass noch Spirochaeten vorhanden waren; ihre Leichengifte liessen dann die Reaktion positiv werden. Bei alleiniger Salvarsantherapie werde die Wassermannsche Reaktion schwerer negativ als bei Hg.-Therapie, ja man sehe einen negativen Wassermann im Blut bei Salvarsantherapie wieder positiv werden, was als günstiges Zeichen angesehen werden dürfte; Spirochaeten seien eben abgetötet worden! — Vortragender habe Fälle schwerer Hirnlues gesehen, die vorher mit Hg behandelt worden waren, die trotzdem unter schwersten Erscheinungen bei negativem Wassermann im Blut einkamen; bei diesen sei öfters zu beobachten gewesen, dass bei fortschreitender Besserung unter Salvarsantherapie der Wassermann im Blut wieder positiv wurde. Das Negativwerden des Wassermann im Blut durch Hg schütze vor erneuter Erkrankung an Lues — Lues cerebri nicht. (Autoreferat).

b) Dr. Th. S c h w a r t z erkennt den Einfluss an, den die Salvarsantherapie auf den Ausfall des Reaktionsbildes des Liquor haben kann, doch ist dieser Einfluss durchaus nicht immer zu konstatieren. Auch möchte er erwähnen, dass O. Förster Breslau (V. Jahres-Versammlung d. Ges. D. N.) darauf hingewiesen, dass auch durch die Hg-therapie, z. B. durch Kolomel-Injektionen, sich eine volle Heilung in dem Sinne erzielen lasse, dass alle diese Reaktionen negativ werden, wie er es in vielen Fällen habe nachweisen können. Schwartz selbst habe bei Rückenmarklues mehrere mal ein völliges Versagen des Salvarsans erlebt und in einigen dieser Fälle habe erst die nachträgliche energische Hg. Behandlung + K. J. Heilung bringen können. Auf Grund seiner Erfahrung möchte er sich den Autoren anschließen welche eine kombinierte Behandlung, nämlich zuerst Salvarsan, dann Hg empfehlen, es scheint ihm, dass hiermit die besten Resultate erzielt werden. (Autoreferat).

c) Dr. E n g e l m a n n: Wesen und Bedeutung der Wassermannschen Reaktion sind noch nicht so weit geklärt, dass dieselbe für die Beurteilung des therapeutischen Wertes der Salvarsanbehandlung massgebend sein kann. Ob Quecksilber oder Salvarsan die Wassermannsche Reaktion besser beeinflussen, lässt sich noch nicht entscheiden. Die Beobachtungsergebnisse sind dazu noch zu verschiedenartig. Im Allgemeinen scheint wohl die kombinierte Behandlung, besonders bei der Frühbehandlung am meisten zu leisten. Dass auch in diagnostischer Beziehung der positive Ausfall der Wassermannschen Reaktion

irreführen kann, beweisen folgende von mir beobachtete Fälle: Bei einem Mann mit einem grossen indolenten Drüsenpacket der l. Inguinalgegend, das ihm durch Druck auf die Nerven Schmerzen im Beine verursachte, fiel die Wassermannsche Reaktion positiv aus, sonst ergaben weder Anamnese noch objektiver Befund weitere Anhaltspunkte für Lues. Die daraufhin eingeleitete antiluetische Behandlung war erfolglos und die mikroskopische Untersuchung der darauf exstirpierten Drüsen ergab Tuberkulose.

Ein zweiter Fall betrifft ein Mädchen mit Rachen- und Mundschleimhautgeschwüren, ausser Zervikaldrüsen keinerlei Luessymptome, Anamnese negativ. Wassermann im Blut bei dreimaliger Untersuchung zweimal positiv, einmal negativ. Salvarsan, Hg und Jodkalibehandlung völlig erfolglos. Tuberkulinreaktion und das endliche Auffinden von Tuberkelbazillen im Belag der Ulzera entschied die Diagnose. Ein dritter Fall betraf ein junges Mädchen, das bei schwerer Anaemie an heftigen Kopfschmerzen litt. Wassermann im Blut bei zweimaliger Untersuchung jedesmal stark positiv (4 +). Objektiv keinerlei Anhaltspunkte für die Diagnose Lues, Anamnese negativ. Patientin — virgo. Auf den Blutbefund wurde eine antiluetische Behandlung eingeleitet ohne jeden Erfolg. Wenn es sich hier auch nur um Ausnahmefälle handelt und im allgemeinen der positive Ausfall der Wassermannreaktion bei fehlenden objektiven Anhaltspunkten, wie es schon häufig beobachtet worden ist, nur beweist, dass die Lues eben viel häufiger völlig latent verläuft, als man früher angenommen hat, so mahnen solche Fälle doch zur Vorsicht

(Autoreferat.)

d) Dr. Stender proponiert folgende Fragen aus der Diskussion auszuschliessen:

1. dass der Wassermann für Lues charakteristisch ist,
2. die Wichtigkeit der Reaktion im liquor, und
3. durch welche Stoffe die Wassermannsche Reaktion bedingt wird.

Er bittet die Redner sich den Fragen zuzuwenden, inwieweit der positive Ausfall zu therapeutischen Massnahmen auffordert und ob das Schwächerwerden oder Persistieren der Reaktion von prognostischer Bedeutung sei.

e) E. D. Schwarz. Was die Salvarsantherapie inbezug auf die Wass.-Re geleistet, sei erst nach 2—3 Monaten zu kontrollieren. Wenn die 4 Reaktionen im Blut und Liquor positiv seien, so sei eine Salvarsantherapie direkt indiziert; die Erfolge seien vorzügliche gewesen; natürlich müsse in Rücksicht gebracht werden, dass zerstörte Gewebe — so des R. M.'s — nicht durch Salvarsan restituiert werden könnten.

Das Ziel der Syphilistherapie mit Hilfe des Salvarsans sei eine absolute Ausheilung der Seuche, was heute aus dem dauernden Negativbleiben der Wasserm.-Re. geschlossen werden dürfe; so werde man es vielleicht erreichen, dass die Metaluetischen Erkrankungen ganz aufgehört. Vortragender proponiert eine kombinierte Behandlung mit Salvarsan und Hg; zuerst 2 Salvarsaninfusionen, dann 6 Wochen Hg und dann wieder Salvarsan. Die ganz vorzüglichen Königsberger Resultate mit ganz ähnlicher Methode sprächen für dieselbe.

(Autoreferat.)

f) Dr. Schönfeld (Autoreferat nicht eingelaufen).

g) E. D. Schwarz: Auch von anderer Seite sei wiederholt gesagt worden, die Untersuchungen des Liquor und Blutes mit den 4 Nonne'schen Reaktionen sei ja ganz interessant, sei aber doch nicht zu überschätzen. Die Hauptsache bliebe immer doch das klinische

Bild. Die 4 Reaktionen sollen auch nur Helferinnen sein in zweifelhaften Fällen und diese seien die Mehrzahl; voll entwickelte Krankheitsbilder, wie eine klassische vorgeschrittene Paralyse bedürfen gewiss einer Bestätigung durch die 4 Reaktionen nicht. Doch das Studium der Reaktionen sei wichtig für die Anfangsstadien, in denen durch das klinische Bild zu einer Diagnose nicht zu gelangen sei. Die Differenzialdiagnose einer ganzen Reihe von Erkrankungen sei eine schwierige, hier hätten die 4 Reaktionen helfend einzusetzen. Auch andere wichtige Fragen könnten durch diese Reaktionen ihrer Lösung näher gebracht werden. So sei zum erstenmal bewiesen worden, dass die Tabes eine Folge der Syphilis sei.

Auch der der Tabes zugrunde liegende Prozess sei immer noch ein fraglicher; mit Hilfe der 4 Reaktionen könnte man der Beantwortung näher kommen. So sei erst durch die Liquoruntersuchung bewiesen worden, dass bei der Tabes die Pleozytose eine konstante Erscheinung sei. Auch werde wohl in der Zukunft für die Therapie der Tabes mancher Hinweis durch Kontrolle der Therapie mittelst der 4 Reaktionen zu geben sein, der ohne diese nicht möglich sei.

(Autoreferat.)

h) Dr. Buettner wendet sich gegen eine zu geringe Bewertung der Wassermann-Reaktion bei Tabes. Wenn hier die Diagnose schon allein nach den klinischen Symptomen feststehe, so handle es sich weiter um die Frage, ob die Lues noch aktiv oder inaktiv ist. Die Diagnose auf Tabes dorsalis ohne Angabe über das Verhalten des Wassermann ist eine unvollständige Diagnose. Wenn schon Aktivität des virus und Wassermann-Reaktion nicht unbedingt parallel zu gehen brauchen, somit die Wassermann-Reaktion nicht ohne weiteres einen vollkommen verlässlichen Massstab des Grades der Aktivität abgibt, so ist es doch die Wassermann-Reaktion, welche am besten und am ehesten darüber Aufschluss gibt, ob noch Aktivität besteht.

Wenn über die Bedeutung der Wassermann-Reaktion in Beziehung zur Diagnose und Prognose der progressiven Paralyse nicht voll zustimmende Meinungen geäußert wurden, so möchte Redner nur darauf hinweisen, welche Bedeutung die genannte Reaktion bei späterer Lues beispielsweise in prognostischer Hinsicht betreffs der Chancen einer Erkrankung an progressiver Paralyse hat. Ein dauerndes Negativbleiben der Reaktion wird z. B. etwaige Befürchtungen eines früher an Lues Erkrankten, er könnte später an Paralyse erkranken, zerstreuen können. Ein dauerndes Positivbleiben der Reaktion braucht allerdings noch nicht zur Paralyse zu führen.

(Autoreferat.)

i) Dr. Th. Schwartz möchte E. Schwarz gegenüber hervorheben, dass er einen prinzipiellen Unterschied in der Wirkung des Salvarsans bei Lues cerebri und Lues spinalis nicht erkennen könne; es komme in erster Linie darauf an, welcher Art das pathologische Substrat sei; schnelle Besserungen durch Salvarsan seien ihm auch bei spinaler Lues bekannt und habe er einige Fälle sehr günstig beeinflusst werden gesehen, er habe aber vorher nur die ungünstigen Resultate hervorgehoben. In der hohen Bewertung des Reaktionsbildes des Liquor für die Diagnose insbesondere z. B. für die inzipiente Paralyse stehe er dagegen ganz auf dem Standpunkt des Kollegen Schwarz und aus dem verschiedenen Krankenmaterial des Neurologen und des Psychiaters erklärt sich auch die verschiedene Auffassung der Kollegen Schwarz und Schönfeldt von der Bedeutung dieses Reaktionsbildes des Liquor; zum Neurologen kommen

solche Paralytiker noch freiwillig, also noch frühzeitig, zum Psychiater werden sie schon gebracht und kann letzterer, weil die Fälle schon vorgeschritten, dieses Hilfsmittel der Diagnose leichter entbehren. (Autoreferat.)

Dr. Eliasberg (Schlusswort) (Autoreferat nicht eingelaufen).

Offizielles Protokoll.

1543. Sitzung am 21. III 1912.

Anwesend 43 Mitglieder und als Gäste die Dr. Dr. Schneider, W. Schwarz, Lockenberg, Schönberg.

Vorsitzender Dr. O. Stender. Schriftführer Dr. E. Kroeger.

Vor der Tagesordnung gedenkt der Präses des am 12. März verstorbenen Mitgliedes Dr. med. Max Schmidt — die Versammlung ehrt das Andenken an den Entschlafenen durch Erheben von den Sitzen.

Dr. Hampeln und Dr. Idelson berichten über die Krankengeschichte und Dr. med. Bertels über das Sektionsergebnis des verstorbenen Kollegen.

P. I. Dr. Büttner: „Einige Fragen aus der Physiologie und Pathologie der Verdauung im Lichte der Lehren von der Anaphylaxie und den Praecipitinen.“ (Der Vortrag erscheint im Druck).

Diskussion.

Dr. R. von Engelhardt: Die namentlich von Schittenhelm vertretene Ansicht, dass sich die meisten Idiosynkrasien gegen Nahrungsmittel (Erdbeeren, Krustazeen etc.) durch anaphylaktische Vorgänge erklären liessen, ist vom hohem Interesse. Scheinen doch allein die Verhältnisse beim Abbau des Eiweisses noch viel komplizierter zu liegen, als man glaubt.

So gab mir noch vor Kurzem ein eigenartiger Fall Gelegenheit, dieses Problem zu studieren.

Eine Patientin, die in einer Klinik für Verdauungskrankheiten sorgfältig beobachtet und untersucht worden war, gab an, gar keine Säuren — wie Fruchtsäuren, Milchsäuren, Essig etc. — zu vertragen, ja auch gewisse Gemüse — riefen immer die gleichen Erscheinungen hervor, nämlich eine auffallende Hyperämie des Mundes und der Rachenhöhle, Urtikaria-artige Exantheme auf dem Gesicht und Oberkörper. Die Hyperämie der Rachenschleimhaut war mit einer Eruption von Bläschen verbunden, die platzten und kleine Geschwüre hinterliessen.

Da nun in den Verdauungsorganen keinerlei Anhaltspunkte für diese seltsamen Vorgänge gegeben waren, vermutete ich, dass offenbar die verminderte Alkaleszenz des Blutes an diesen Erscheinungen Schuld sein könnte. Die Harnuntersuchung ergab keinerlei Abnormitäten ausser starker Abscheidung von Uraten und spezif. Gewicht 1032. Die Blutuntersuchung ergab geringe Mengen von Harnsäure — also gichtische Symptome.

Ich gab der Patientin Magnesiumperhydrol und forderte sie auf, Alles zu essen — nur Alkohol zu meiden.

Der Erfolg war überraschend: die Patientin vertrug die wahllos gemischte Kost vortrefflich. Jetzt machte ich den Gegenversuch und

gab Salzsäure. Nach 24 Stunden war der eigentümliche Symptomenkomplex voll ausgebildet, so dass der Zahnarzt, der die Patientin behandelte, überrascht war über das veränderte Bild, der Rachen-schleimhaut.

Ich liess nun die Salzsäure fort und gab Atophan bei gemischter Kost. Der Erfolg war ein ähnlicher, wie bei der Darreichung von Magnesiumperhydrol.

Hier scheint mir ein typisches Beispiel für den sogenannten *homme acide* der Franzosen vorzuliegen. Vor 10 oder mehr Jahren hatte die Patientin an gichtischen Beschwerden in den Gelenken gelitten.

Ich meine, dass ein grosser Teil der Exantheme namentlich der in Folge von besonderen Speisen oder Speisekombinationen auftretenden, auf irgend eine Diathese, sei es gichtische oder diabetische oder andere hinweist. Es kommt dabei vielleicht garnicht auf die besondere Eiweissart der Nahrung an, sondern auf die Kombinationen in welcher es gereicht wird. Jedenfalls ein Hinweis, wie unendlich kompliziert die Beurteilung der ernährungsphysiologischen Vorgänge ist. (Nachtrag: und vielleicht auch ein Grund dafür, dass auch bei Gicht und ähnlichen Diathesen die Ernährungsvorschriften noch so widersprechend sind!). (Autoreferat).

P. 2. Dr. E. Schwartz } Ueber Vasculitis syphilitica.
Dr. Bertels }

a) Dr. E. Schwarz demonstriert 2 Fälle, die geeignet erscheinen die ausschlaggebende Bedeutung der 4 Reaktionen für die Diagnose zu zeigen. Die Fälle werden auf dem kommenden baltischen Aertzutage in Reval ausführlich vorgeführt werden; Im ersten Falle handelte es sich um einen hochfiebernden Kranken mit Nackensteifigkeit, der keinen Anhaltspunkt für einen syphilitischen Prozess in cerebro darbot; das Krankheitsbild sei das typische einer Zerebrospinal-Meningitis gewesen. Erst das Reaktionsbild zeigte, dass eine Lues cerebri vorlag mit Temperaturen bis 39; das Reaktionsbild zeigte auch, dass bei etwaiger Sektion in den syphilitischen Infiltrationen nicht nur Lymphozyten, sondern auch eine grössere Menge von Leukozyten zu erwarten waren. Patient starb an einer interkurrierenden Blutung aus dem syphilitischen Herd an der Spitze des recht. Schläfenlappen, nachdem er sich vorzüglich gebessert und mehrfach gebeten hatte das Bett und das Krankenhaus verlassen zu dürfen. Die mikroskopische Untersuchung bestätigte obige Voraussetzung (cf. Bericht Dr. Bertels weiter unten).

Der 2-te Fall lag noch schwieriger; derselbe war in einer anderen Abteilung als traumatische Lähmung nach Wirbelfraktur angesprochen worden und zwar nicht mit Unrecht; nach einem Fall auf dem Eise war am 4 Tage eine zunehmende Lähmung der Beine eingetreten; die Lenden-W. S. war druckempfindlich; der Kranke hatte eine Syphilis geleugnet; auch er war von der traumatischen Natur seines Leidens überzeugt. Erst eine Untersuchung mit den 4 Reaktionen zeigte, dass ein Irrtum vorlag und dass es sich um eine Lues spinalis handelte. Pat. gab jetzt auch zu Syphilis vor 3 Monaten akquiriert zu haben und sich mit einer Salvarsaninfusion behandelt zu haben. Die Reaktionen liessen auch mit Wahrscheinlichkeit vermuten, dass ein Ergriffensein der Meningen durch die frische Lues schon vor dem Fall vorhanden war, der Fall stellt sich als „Neurorezidiv“ nach Salvarsan dar, in dem das Trauma nur eine auslösende Rolle gespielt hatte. Mit Salvarsan sei auch schon eine Besserung eingetreten. (Autoreferat)

b) Dr. Bertels berichtet über die Sektion des ersten Patienten (Rybin) von Dr. Ed. Schwarz.

Eine Meningitis lag nicht vor, auch die mikroskopische Untersuchung ergab an den Meningen, abgesehen vielleicht von einer leichten Vermehrung spindelförmiger Kerne, keine Veränderungen; es fanden sich ausgedehnte subpiale Blutungen, bes. im Bereiche des linken Schläfelappens; der Schläfenlappen war erweicht und von kleinen Blutungen durchsetzt; auch im Pons fanden sich kleine Blutungen. Die mikroskopische Untersuchung des Schläfenlappens ergab: Blutungen, besonders in die perivaskulären Lymphecheiden hinein; einige kleine Gefässe waren von einem dichten Mantel lymphoider Zellen und polynukleärer Leukozyten umgeben (Demonstration) bei Färbung nach Gram und mit Löfflerschem Methylenblau liessen sich keine Mikroorganismen nachweisen.

Umscheidungen der Gehirngefässe mit Rundzellen kann man gelegentlich bei eitriger oder tuberkulöser Meningitis beobachten; da hier aber eine Meningitis nicht vorlag, auch sonst kein Anlass vorhanden war, an eine tuberkulöse oder pyogene Infektion zu denken, musste man, annehmen, dass eine frische syphilitische Gefässerkrankung vorlag, da die Neigung der Syphilis, primär die Gefässe zu vergrössern, allbekannt ist. Die Beteiligung polynukleärer Leukozyten an dem Prozess spricht nicht dagegen, ebenso wenig das während des Lebens beobachtete Fieber, dagegen steht im Einklang mit dieser Diagnose der Umstand, dass Pat. vor 5 Jahren Lues akquiriert hatte und dass der Wassermann positiv war, wie überhaupt das Auftreten einer Hirnblutung bei einem 30 jährigen Menschen immer den Verdacht einer syphilitischen Gefässerkrankung erwecken muss. Der Spirochätenbefund war negativ wie in den meisten solchen Fällen.—

Dr. Bertels demonstriert noch ein zweites mikroskopisches Präparat, das ihm von Dr. Th. Schwartz zur Verfügung gestellt worden ist, es stammt ebenfalls aus dem Gehirn und zeigt ganz ebensolche Veränderungen, wie das erste, nur dass hier ausser der starken zelligen Infiltration der Gefässwände noch eine schwächere diffuse zellige Infiltration des umgebenden Gewebes vorliegt, auch hier soll anamnestisch Lues nachweisbar gewesen sein. (Autoreferat). —

1544. Sitzung am 4. April 1912.

Anwesend 49 Mitglieder und als Gäste die Herren DDr. Sintenis, W. Schwartz, C. Bornhaupt und Peterson.

P. 1. Dr. Poorten demonstriert einen von ihm exstirpierten zystischen Ovarialtumor, der Erscheinungen einer Extrauterin gravidität gemacht hatte.

Dr. Gerich berichtet über einen ähnlichen Fall mit Kollapsercheinungen, bei dem infolge des bretthart gespannten Leibes keine Diagnose gestellt werden konnte. Eine Operation wurde verweigert, 2 Tage später exitus. Bei der Sektion fand sich eine geplatzte Ovarialzyste.

P. 2. Dr. Poorten: „Erkrankungen der Harnorgane und Frauenkrankheiten, ihre Beziehungen zu einander“.

Vortragender weist auf die engen Beziehungen zwischen Harn- und Genitalorganen hin. Dieser enge Zusammenhang findet auch darin seinen Ausdruck, dass die Erkrankungen des einen Organ-systems mit dem des andern vielfach so verquickt sind und beide von einander so abhängig, dass eine Trennung kaum möglich ist. Diagnose und Therapie können in der einen Gruppe oft erst nach genauester Erkenntnis des Zustandes der andern bestimmt werden. Von diesem Gesichtspunkte aus hat die moderne Gynäkologie ihr Tätigkeitsfeld nach der urologischen Seite ausgebildet. Die Erfindung des Zystoskops ist hier sehr fördernd gewesen.

Vortragender bespricht die verschiedenen Krankheitsbilder und weist besonders darauf hin, dass die Harnuntersuchung von ärztlicher Seite oft vernachlässigt werde, was zumal bei der grossen Häufigkeit chronischer Blasenkatarrhe dazu führe, dass die Patientinnen wochen- und monatelang resultatlos behandelt würden.

Auch in operativer Beziehung käme der Gynäkologe in enge Berührung mit den Harnorganen, z. B. bei der erweiterten abdominalen Uterus-Krebsoperation ist die Auslösung der Ureteren aus den Parametrien ein Hauptmoment.

Auf Grund seiner Ausführungen hält es Vortragender für nötig, dass der Gynäkologe seine Aufmerksamkeit stets auch den Harnorganen der Patientinnen zuwendet, genaue Harnuntersuchungen ausführen muss und mit der Handhabung des Zystoskops vertraut sein soll. (Autoreferat.)

Diskussion:

Dr. Weidenbaum. Die an Blasantuberkulose leidenden wenden sich erst sehr spät an den Arzt, meist erst dann, wenn schon Ulzera bestehen und sich grosse Beschwerden einstellen. Als Fremd-

körper hat Redner einmal Oxyuren bei einer Frau mit Harnbeschwerden gefunden. Die Oxyuren wanderten immer wieder in ungeheuren Mengen in die Blase. Erst als es gelang, die Oxyuren zu beseitigen, schwand die Zystitis.

Dr. **Bornhaupt**: Blasenbeschwerden kommen bei Eiterungen im kleinen Becken stets vor. Sie sind als Reizerscheinungen des die Blase bedeckenden Peritonemus aufzufassen. Auch bei Erwachsenen kommen sie im Beginn einer Peritonitis vor. Redner berichtet über einen Fall, bei dem eine Wanderniere als Adnextumor angesprochen wurde. Bei der Operation fand sich die Niere fest am Rande des kleinen Beckens verwachsen. Der Stiel war so kurz, dass die Niere nicht reponiert und angenäht werden konnte.

Bei Vereiterung einer Niere ist die andere meist mitinfiziert. Trotzdem muss die vereiterte entfernt werden, um der anderen die Möglichkeit zur Erholung zu geben.

Dr. **Bertels**: Nicht jede verlagerte Niere ist eine Wanderniere. Oft sitzen beide Nieren am Rande oder im kleinen Becken selbst. Die Arterien entspringen auch tief, daher ist die Reposition unmöglich.

Dr. **Bornhaupt** erwidert, dass es sich in seinem Falle doch um eine Wanderniere gehandelt hätte, da die Arterien normal entsprangen und der Ureter die richtige Länge besass.

Dr. **Hach**: Der Blasenkatarrh und die Bakteriurie können nur durch Blasenpflung sicher geheilt werden. Die Diagnose der Bakteriurie kann nur an dem nach sorgfältiger äusserer Reinigung gewonnenen Katheterurin gestellt werden.

Dr. **von Kruedener** fragt, ob die Blasen- und Nierentuberkulose bei uns sehr häufig sei.

Dr. **Schabert** meint, dass klinisch die Nierentuberkulose seltener beobachtet wird, als bei Sektionen, bei welchen sehr häufig bei bestehender Lungentuberkulose einzelne Herde in den Nieren gefunden werden.

Dr. **Bertels**: Die Herde sind meist sehr klein, selten in der Rinde zu finden, und sind als Nebenbefunde nicht am exitus der Patienten schuld.

Dr. **v. z. Mühlén** betont, dass klinisch die Nierentuberkulose sehr hinter der Lungentuberkulose zurücktritt.

Dr. **Poorten** (Schlusswort). Auf die Ausführungen Dr. Weidenbaums hin bemerkt Votr., dass seiner Ansicht nach oft Appendizitis diagnostiziert werde, wo es sich um von den rechten Adnexen ausgehende Prozesse handelt. Dr. Bornhaupt habe funktionelle Nierendiagnostik mit der Untersuchung des Nierenharnes verwechselt. Es sei eine bekannte Tatsache, dass erstere eine entscheidende Bedeutung nicht habe.

(Offizielles Protokoll).

1545. Sitzung am 18. April 1912.

Anwesend 54 Mitglieder. Als Gäste die Herren DDr. Paterson, Schwarz, Lockenberg, Michelson.

Vorsitzender Dr. O. Stender. Schriftführer Dr. E. Kroeger.

Vor der Tagesordnung gedenkt der Präses des am 14. April verstorbenen Mitgliedes Dr. med. Miram — die Versammlung ehrt das Andenken an den Entschlafenen durch Erheben von den Sitzen. Dr. Fahrbach berichtet über die Krankengeschichte des Entschlafenen.

I. Dr. Bertels demonstriert:

a) Eine Lunge mit einer zweifaustgrossen Höhle im Oberlappen infolge von Gangrän. Während des Lebens war im Röntgenbilde ein Schatten zu sehen gewesen, welcher sich nach oben hin durch eine scharfe horizontale Linie abgrenzte, entsprechend der Grenze zwischen dem unteren, mit Gewebsetzen und Flüssigkeit und dem oberen, vorwiegend mit Luft gefüllten Teil der Höhle.

b) Ein erbsengrosses Aneurysma der linken arteria fossae Sylvii, welches zu einer tödtlichen Blutung geführt hatte es handelte sich um einen Mann von 56 Jahren, bei welchem kein: Anzeichen von Syphilis vorhanden waren.

c) Ein über wallnussgrosses Aneurysma der arteria anonyma, welches zu einer Stenose der Trachea geführt hatte; an 2 Stellen drohende Perforation in die Trachea; das Präparat stammt von einer 41-jährigen Frau; keine Anzeichen von Syphilis.

d) Ein Präparat einer typischen syphilitischen Aortitis mit diffuser Erweiterung der gesammten Aorta thoracica; beim Uebergang in die aorta abdominalis hören die syphilitischen Wandveränderungen und die Erweiterung mit ziemlich scharfer Grenze auf. Von der aorta ascendens aus hat sich nach hinten hin ein apfelgrosses Aneurysma entwickelt, welches durch eine runde, scharfrandige Oeffnung von 2½ cm. Durchmesser mit der Aorta komuniziert. Das Aneurysma komprimiert die vena cava superior und verdrängt sie nach rechts. Es ist zu einer Perforation in die vena cava gekommen, die Perforationsöffnung ist unregelmässig gesetzt, hat einen Durchmesser von 7--8 mm. Es hatten sich die typischen Folgeerscheinungen des in die cava perforierten aortenaneurysmas (Oedem der oberen Körperhälfte) eingestellt. Während des Lebens war Wassermann im Blut ++++ gewesen.

e) Ein atheromatöses Geschwür in der aorta, 2½ zm. oberhalb der Klappen, welches zu einer tödtlichen Perforation in den Herzbeutel geführt hatte; im Herzbeutel fanden sich 600 zm. zum teil flüssigen, zum grösseren Teil geronnenen Blutes; das pericardium viscerale und parietale waren von einer dünnen Schicht Fibrin überzogen. Es hatte also anscheinend, schon bevor es zur letzten tödtlichen Blutung gekommen war, ein langsames Durchsickern von Blut in den Herzbeutel stattgefunden und der Reiz des ergossenen Blutes zu einer fibrinösen Perikarditis geführt. Eine primäre Perikarditis mit Durchbruch in die Aorta anzunehmen, liegt kein Grund vor, da sich bei Gram-Fuchsinfärbung im perikardialen Exsudat keine Mikroorganismen nachweisen liessen und da sich bei der Sektion nirgends Veränderungen fanden, welche den Ausgangspunkt für eine Perikarditis hätten abgeben können. In der Aorta fanden sich sonst nur, geringfügige atheromatöse Veränderungen. Es handelt sich um einen Mann von 59 Jahren ohne Anzeichen von Syphilis.

f) Präparate von Aktinomykose der Lunge und Pleura.

g) Einen kleinapfelgrossen Leberechinokokkus.

h) Ein Stück eines Hodenteratoms, welches unregelmässig gestaltete, mit Haaren erfüllte Hohlräume enthält.

i) Ein Zungenbein mit langen cornua minora (Persistenz eines Kiemenbogens) bei einem 63 Jahre alten Mann. Ob das gesamte Ligamentum stylohyoideum knöchern resp. knorrelig war, liess sich nicht feststellen, da die Anomalie erst nach Herausnahme der Halsorgane auffiel.

k) Ein Stück Dünndarm aus einer inkarziert gewesenen Hernia mit 2 konzentrischen Strangmarkenpaaren, je 2 Marken im zuführenden und abführenden Schenkel. (Autoreferat).

II. a) Dr. **Praetorius**: Mitteilung über einen Befund von Influenzabazillen in Reinkultur aus einem metastatischen Abszess nach Influenza. Der Eiter war zäh schleimig und enthielt im Ausstrichpräparat Gramnegative Kurzstäbchen, die sich auf den gewöhnlichen Nährböden nicht züchten liessen aber auf mit Blut bestrichener Agarplatte in Reinkultur wuchsen und unbeweglich waren. Ausser den Lungenerkrankungen sind Mittelohrerkrankungen und Enzephalitiden resp. Meningitiden auf der Basis von Influenzabazillen beschrieben. Ein Fall von Sławyk in der Z. f. Hyg. Bd. 32, 1899 mit Zerebrospinalmeningitis und multipeln Abszessen an den Extremitäten liess sich auf T.-B. zurückführen und scheint es sich nach F. Ranke (Deutsche Z. f. Chir. Bd. 35 p. 335) bei Gelenkleiden nach Influenza um Knocheninfektion mit I.-B. zu handeln. Ferner ist ein Fall von Leberabszess von K a r e w s k y (D. med. W. 1907 p. 757) mit positivem Bazillenzufund bekannt. Im Allgemeinen lebe der I. B. in Symbiose mit anderen Mikroorganismen, was die Seltenheit des Falles illustriert. (Autoreferat).

b) Dr. **Berkholz** berichtet über denselben vom Vorredner bakteriologisch bearbeiteten Fall. Es handelte sich um ein Kind, das fieberhaft erkrankt war und bei dem sich nach einigen Tagen unter Schüttelfrost eine langsam zunehmende Schwellung des Fesselgelenks bildete. Bei der Operation (ausgeführt von Dr. Walter) fand sich eine Bursitis. Der bei der Operation steril entnommene Eiter wurde von Dr. Praetorius untersucht und enthielt Influenzabazillen. Interessant ist der Fall in sofern, als es sich um einen rein metastatischen Abszess handelt.

Sodann berichtet Redner über mehrfach von ihm beobachtete im Verlaufe von fieberhaften Krankheiten bei Kindern auftretende Azeton- und Zuckerausscheidungen.

Diskussion:

Dr. Bertels bestätigt, dass er bei fiebernden Kindern auch mehrfach und einmal beim Erwachsenen vorübergehend Azeton in der Atmungsluft beobachtet habe. Die Eisenchloridreaktion war dabei auch positiv.

Dr. Sarfels hat auch infolge von Influenza eitrige Erkrankungen der serösen Körperhöhlen mit Influenzabazillen beobachtet, desgleichen Pleuraempyem und Meningitis.

Dr. v. Krüden er hat Influenzabazillen in Reinkultur in Tränensäcken gefunden, dabei bestand nur eine leichte Konjunktivitis.

Dr. v. z. Mühlen hat die Beobachtung gemacht, dass Erkrankungen der Nebenhöhlen mit ulzerösen Prozessen an den Knochen sich zur Zeit von Influenzaepidemien auffallend häuften.

Dr. Praetorius macht darauf aufmerksam, dass es viele influenzaähnliche Erkrankungen und Bazillen gebe, diese sollten nach L a c k s c h „Pseudoinfluenzabazillen“ genannt werden.

III. Dr. **Bornhaupt:** Demonstration.

a) M. H.! Gestatten Sie, dass ich Ihnen zuerst eine 24-jährige Patientin zeige, die an einer Kinderlähmung des linken Armes und des linken Beines leidet. Dr. Theodor Schwartz wird so lebenswürdig sein, Ihnen über den neurologischen Befund genaueres zu sagen; ich möchte hier nur zur Indikation des chirurgischen Eingriffs einige Worte Ihnen mitteilen. Die Patientin ist sonst gesund und arbeitsfähig. Das linke Bein hindert sie nur wenig beim Gehen. Sie möchte sehr gerne arbeiten, wird aber durch den spastisch-ataetotischen Zustand ihres linken Armes daran schwer gehindert. Und zwar sind es die gesteigerte reflektorische Erregbarkeit der Muskeln, die ihr das Dasein und namentlich das Arbeiten verleiden. Bei der geringsten Bewegung des gesunden rechten Armes schnellt der linke gegen den Willen der Patientin empor und ist ihr daher so lästig, dass sie sogar mit der Exartikulation der Extremität einverstanden ist. Die Patientin gibt an, dass sie vor 3 oder 4 Jahren in der Nacht 2 Mal Anfälle gehabt hätte, von denen sie selbst nichts weiss, die aber nach der Beobachtung und Erzählung der Mutter, vielleicht als leicht epileptiforme Anfälle zu denken sind.

Sollte, was wir nicht hoffen, sich mit der Zeit eine Epilepsie entwickeln, so sich derartige Anfälle deutlich mehren würden, dann wäre für uns die Indikation gegeben, den zentralen Herd im Gehirn operativ anzugreifen. Augenblicklich wollen wir die Patientin nur arbeitsfähig machen, indem wir die störenden unwillkürlichen Mitbewegungen des linken Armes beseitigen. Dieses leistet uns die Förstersche Operation und sind nach Försters Meinung gerade die Fälle mit einem hemiplegischen Arm, wo ausgesprochene Spasmen und reflektorische Mitbewegungen bestehen, in Bezug auf das Resultat der Operation sehr dankbar. Ich will an der Patientin in den nächsten Tagen eine Resektion der sensiblen 4., 5., 6., 8. Zervikal und der 1. Dorsalwurzel auf der linken Seite ausführen, und zeige Ihnen hier die Patientin vor der Operation, in der Hoffnung, wenn alles gut geht, Ihnen dann das Resultat der Försterschen Operation später demonstrieren zu können.

(Autoreferat).

D i s k u s s i o n.

Nach Dr. Tl. S c h w a r t z - Meinung ist der vorgestellte Fall eine zerebrale Kinderlähmung, deren Einsetzen in die früheste Kindheit gefallen. Die Lähmungserscheinungen sind zum grössten Teil zurückgegangen, es persistiert aber ein halbseitiger spastischer Zustand, welcher besonders den Arm ergriffen hat. Der Arm befindet sich beständig in spastischer Kontrakturstellung, jede Bewegung, auch der rechten Hand, verstärkt die Spasmen, wobei Mitbewegungen und atetotische Bewegungen im kranken Arm auftreten. Im Bein sind die Erscheinungen viel geringer und hindern die Patientin nur unbedeutend beim Gehen, spastische Erscheinungen, Babinsky etc. finden sich jedoch auch hier. Die Intelligenz ist fast intakt; in den letzten 2 Jahren sind 2 mal in der Woche epileptische Krämpfe eingetreten. Da die Epilepsie sich bis jetzt nur wenig bemerkbar gemacht hat, sieht Schw. keinen Grund zu einer eventuellen Trepanation, sondern hat die Patientin dem Kollegen Bornhaupt zugeführt mit dem Ersuchen, an ihr die Förstersche Operation machen zu wollen, um die Spasmen des Armes zu beseitigen; ein Eingriff an den sensiblen Wurzeln des Beines ist wegen der geringen Beschwerden unnütz. (Autoreferat).

Dr. W. v. H o l s t: In einem von Professor Krause vor 4 Jahren operierten Fall von zerebraler Kinderlähmung, der trotz positivem Babinsky und primärkrampfenden Fazialisgebiet sowie linksseitiger Parese leichtesten Grades viele Jahre (13) für hysterisch gehalten worden ist, haben sich kürzlich im Anschluss an eine Serie von Krampfanfällen starke Spasmen im linken Arm und schwächere im linken Bein eingestellt. Von Prof. Krause wurde seiner Zeit eine Zyste mit 40 kzm. serösem Inhalt entfernt ohne günstigen Erfolg, was die Krämpfe betrifft, überdies das Armzentrum, doch kehrte zwar Beweglichkeit, aber nur sehr beschränkte Gebrauchsfähigkeit des linken Armes wieder.

Dr. Bornhaupt wird in den nächsten Tagen die Trepanation zum 2. Mal vornehmen um den Grund der Spasmen womöglich zu erkennen und zu entfernen. (Autoreferat).

b) Dr. Bornhaupt: D e m o n s t r a t i o n.

Ferner möchte ich hier zwei Fälle besprechen, die in Bezug auf das klinische Bild sehr viel Ähnlichkeit mit einander haben und wo daher die Diagnose und die Indikationsstellung oft recht schwer sein kann. Hier zeige ich Ihnen einen zirka pflaumengrossen Tumor, den ich am 20. März 1912 aus dem Schädel einer 33-jährigen Frau entfernt habe. Der Tumor hat sich nach der pathologisch-anatomischen Untersuchung, die vom Kollegen Bertels ausgeführt worden ist, als ein Fibrosarkom erwiesen und war zwischen dem Kleinhirn und dem Brückenwinkel gelegen.

Die Patientin ist seit $1\frac{1}{2}$ Jahren krank, und zwar hat die Erkrankung mit einem Geräusch im rechten Ohr und Vertaubung begonnen. Seit 2—3 Monaten hört die Patientin mit dem rechten Ohr nichts. Die Patientin ist eine Stieftochter eines Arztes und ist von vielen Spezialisten untersucht worden. Von einem Ohrenspezialisten ist eine Labyrinthkrankung diagnostiziert worden, von einigen Neurologen ist sie auf Gehirnsklerose und auch schliesslich auf Hysterie behandelt worden. Zum Schluss strandete sie in Riga in der Anstalt von Dr. Sokolowsky, wo von Dr. Wichert, Stender und Idelsohn zuerst die Diagnose Brückenwinkeltumor gestellt worden ist. Sie ist mir zur Operation überwiesen worden und wies ein typisches klinisches Bild für Brückenwinkeltumor auf.

Es bestand Areflexia corneae rechts. Nystagmus beim Blick nach links stärker als nach rechts. Ophthalmoskopisch liess sich eine Stauungspapille nachweisen. Pupillenreaktion war prompt. Fazialisparese der beiden unteren Aeste rechts. Hypaesthesia im Bereich des rechten Trigemini. Zuckungen im rechten Fazialisgebiet. Rechtsseitige Hemiataxie. Bauchdeckenreflex fehlte. Patellarreflexe beiderseits lebhaft. Fussklonus links angedeutet. Der von Dr. Voss erhobene genaue Ohrenbefund lautete: „das linke Trommelfell spiegelnd hellgrau, nicht eingezogen — vollkommen normal; das rechte Trommelfell spiegelnd im unteren Teil grau, zeigt von oben her eine keilförmige Injektion, wie bei Prozessen, die mit Hirnhyperämie einhergehen. Gehör — links Taschenuhr zehn Fuss, rechts überhaupt nichts. Die Stimmgabeln werden auf dem rechten Ohr per Luftleitung überhaupt nicht gehört, vom Scheitel aus (Weber) nach links projiziert. Die (A-Gabel, die am stärksten schwingt, auch schwach nach rechts, aber ausdrücklich betont, viel schwächer als links). Beim Spülen des rechten Ohres mit kaltem Wasser tritt kein Schwindel und keine Beeinflussung des Nystagmus auf, während letzterer beim Spülen des linken Ohres deutlich gesteigert wird, allerdings auch ohne Schwindel.

Ich habe die Patientin zweizeitig operiert. Am 8. März machte ich die Trepanation zur Freilegung des Kleinhirns und am 20. März exstirpierte ich den Tumor, den Sie hier sehn. Sofort nach der Operation standen die Erscheinungen von Seiten des Atmungszentrums und des Herzzentrums im Vordergrund. Die Patientin war beständig zyanotisch, es traten schwere Atmungsstörungen ein, der Puls war sehr frequent und klein, die Temp. ging stark in die Höhe. Dabei war das Sensorium vollständig frei, es bestand keine Nackenstarre und Kopfschmerzen fehlten vollständig. Am 23. März verschlechterte sich der Zustand; unter der Annahme, dass es sich eventuell um Liquorstauung handeln könnte, machte ich die Wunde los um ein Drain in die Schädelhöhle einzuführen. Dabei konnte ich konstatieren, dass es im Inneren des Schädels überall reaktionslos und trocken aussah, es bestand keine Liquorstauung, dagegen aber eine hochgradige Erweichung des Kleinhirns und der benachbarten Partien des Grosshirns. Nirgends — Eiter, nirgends — Serum. Am 24. März ist die Patientin unter denselben Erscheinungen gestorben, wie sie Krause in seinem Buch beschreibt und wie er sie nach den Exstirpationen von Brückenwinkeltumoren vielfach beobachtet hat. Ausgedehnte Gehirnerweichung und Kompressionserscheinungen von Seiten der Medulla oblongata, die durch die Anwesenheit des Tumors zu sehr in Mitleidenschaft gezogen wird, sind diejenigen Momente, die in solchen Fällen den Exitus bedingen. Die Meningitis war hier nicht die Todesursache, an die man ja immer in erster Linie denkt, weil das Sensorium frei war, weil bis zuletzt keine Nackenstarre und gar keine Kopfschmerzen bestanden, und weil auch bei der Revision der Wunde am Tage vor dem Tode keinerlei Anhaltspunkte für das Bestehen eines Meningitis gegeben waren. Die Sektion ist von den Angehörigen leider auf das energischste verweigert worden. Hervorzuheben wäre noch, dass die Patientin schon nach der ersten Trepanation, wo die Dura noch nicht eröffnet war, beständig über Atembeschwerden und Herzbeschwerden klagte, was als Beweis dafür dient, dass der Druck auf die Medulla oblongata tatsächlich vorhanden war. Von den 24 Fällen von Brückenwinkeltumoren, die Krause operiert hat sind nur 4 am Leben geblieben. Je kleiner der Tumor, je geringer der Druck auf die Umgebung vor der Operation gewesen ist, desto besser ist die Prognose für die

Operation. Wir müssen daher lernen, die Brückenwinkeltumoren womöglich gleich im Beginn, wo zuerst die Beschwerden von Seiten des Akustikus auftreten, zu erkennen, damit sie rechtzeitig operiert werden.

3) Endlich zeige ich Ihnen hier eine 32-jährige Frau, die ich zweizeitig zuletzt am 18. Januar 1912 operiert habe und die beim Eintritt ins Diakonissenhaus am 12. Dezember 1911 angab, seit zirka 3 Monaten krank zu sein. Sie sei plötzlich mit Fieber und starken Kopfschmerzen erkrankt, so dass sie sich zu Bett legen musste und erst allmählich habe sich ihr Zustand gebessert. Jetzt treten die Schmerzen im Kopf sehr häufig auf, namentlich in der Schläfen- und Nackengegend. Dabei wird es ihr dunkel vor den Augen, es befällt sie ein Schwindel und die Angst ohnmächtig zu werden; auf der Höhe der Anfälle ist oft Erbrechen gewesen. Seit 4 Wochen Sausen und Klingen im rechten Ohr. Seit 4 Wochen Doppelsehen und Schwerhörigkeit.

Dr. Theodor Schwartz hat die Patientin untersucht und hat bei ihr folgenden Befund festgestellt: typische zerebellare Ataxie, starkes Schwanken des Körpers bald nach rechts, bald nach links. Nystagmus bei seitlichen Bewegungen der Augen, besonders Nystagmus nach rechts, beim Blick nach links viel weniger. Pupillen normal, reagieren gut. Ophthalmoskopisch deutliche neuritis optika, zuweilen Hyporeflexie der rechten Kornea, jedoch nicht immer, manchmal auch Areflexie. Trigeminus beiderseits normal. Keine Fazialisparese, nur beim Augenschluss beider Augenlider bemerkt man eine kleine Differenz in der Kraft zu Ungunsten der rechten Seite. Patellarreflexe normal, kein Babinsky, Bauchreflexe beiderseits normal. Bei der Lumbalpunktion werden 5 kzm. klarer Flüssigkeit entleert. Druck 160 mm. Wasser; Nonne schwach positiv, keine Vermehrung von Leukozyten. Visus links $\frac{5}{15}$, rechts $\frac{5}{10}$.

Trotz Lumbalpunktion, die 2 Mal ausgeführt worden war, verschlimmerte sich allmählich der Zustand. Es trat Hypaesthesia des rechten Trigeminus auf, es traten Doppelbilder und Erbrechen auf. Die neuritis optica nahm zu. Die Diagnose schwankte zwischen meningitis serosa oder einem Kleinhirntumor zur Gegend des Brückenwinkels zu. Bei der Operation stellte es sich heraus, dass zwischen dem Kleinhirn und dem Brückenwinkel sich eine Ansammlung von klarer Flüssigkeit befand, die sich unter einem hohen Druck plötzlich entleert hat, in dem Moment, wo ich das Kleinhirn mit dem Spatel hob. Nachdem die Flüssigkeit abgeflossen war, konnte man die ganze Gegend des Brückenwinkels übersehen, da es dort vollständig trocken war. Ein Tumor war da nicht vorhanden und das im Anfang unter hohem Druck prolabierende Kleinhirn liess sich jetzt ohne Mühe in den Schädel reponieren, wohin es fast von selbst hineinsank. Es wurde die Dura sorgfältig vernäht und die Hautwunde geschlossen. Der Zustand der Patientin besserte sich sehr bald nach der Operation ganz wesentlich. Die neuritis optika und die Stauungspapille ging zurück, die Patientin kann jetzt gut sehen, geht umher und ist mit ihrem augenblicklichen Zustande sehr zufrieden. Dr. R a s e w s k y hat die Lebenswürdigkeit gehabt die Augen der Patientin zu kontrollieren und teilte mir heute mit, dass die Erscheinungen von Seiten des Optikus ganz bedeutend zurückgegangen seien.

Die Meningitis serosa oder die Arachnitis adhaesiva circumscripta, wie sie Krause nennt, kann bekanntlich Erscheinungen hervorrufen, die das Krankheitsbild eines Hirntumors vortäuschen. Man muss lernen diese Krankheitsbilder zu unterscheiden, so gross auch

die Schwierigkeiten oft sein können, die sich der richtigen Diagnose entgegenstellen. Wichtig ist die Diagnose für die Therapie. Während wir beim Hirntumor so früh, wie möglich operieren und uns vor einer Lumbalpunktion hüten sollen, kann die Meningitis serosa oft schon durch eine Lumbalpunktion oder Gehirnpunktion zur Heilung gebracht werden. Wichtig ist in solchen Fällen die Anamnese, wo der akute Beginn mit Fieber aller Wahrscheinlichkeit nach für einen entzündlichen Prozess in den Meningeën spricht, der im späteren Verlauf oft Remissionen zeigt. Für den Tumor dagegen spricht in der Regel die Reihenfolge in dem Auftreten der einzelnen Symptome und ihre eng begrenzte Lokalisation. Trotz dem gibt es häufig Fälle, wo ein Hydrozephalus die Symptome eines Tumors vortäuschen kann, wenn auch dieselben bei genauer Betrachtung beim Hydrozephalus nicht so streng lokalisiert sind, wie beim Tumor, was auch dieser von mir geheilte Fall von Arachnitis adhaesiva circumscripta beweist.

(Autoreferat).

D i s k u s s i o n .

Dr. Ed. S c h w a r z findet bei diesem Falle die Hyporeflexie der cornea bemerkenswert. Diese wäre vielleicht bei der Differentialdiagnose zwischen Tumor und Meningitis cystica zu berücksichtigen.

Hirntumoren können auch dazwischen den Eindruck des plötzlichen Entstehens machen. In einem Falle bei dem die Erscheinungen kaum 4 Wochen bestanden, fand sich bei der Sektion ein gänseeigrosser Tumor.

Dr. Th. S c h w a r t z : In Betreff des 2. von Bornhaupt demonstrierten Falles, welcher von ihm Dr. Bornhaupt überwiesen wurde, waren die diagnostischen Schwierigkeiten hier sehr gross; wenn es auch sofort klar war, dass der krankhafte Prozess in der hinteren Schädelgrube rechts zu suchen war, wofür eben der zerebellare Gang, der Nystagmus, die Areflexie der cornea rechts, die Abduzenslähmung, die ganz geringe Ataxie rechts sprachen, so war dadurch jedoch noch nicht entschieden, welcher Natur der Prozess war; wegen Fehlens von Acusticus- und Vestibularsymptomen wurde ein sog. Acusticustumor ausgeschlossen, es handelt sich dann also nur noch um Entscheidung der Frage ob Kleinhirntumor rechts oder Meningitis serosa cystica resp. Hydrozephalus. Wegen des auffälligen Schwankens, der Schwere des Ergriffenseins der Hirnnerven, weil zeitweise auch andere Hirnnerven ergriffen wurden, z. B. der Abduzens, neigten wir schliesslich mehr dazu, eine Meningitis serosa cystica anzunehmen, zumal eine vorsichtig ausgeführte Lumbalpunktion nur einen Druck von 160 mm. zeigte. Ein Hydrozephalus mit offener Kommunikation war daher wohl unwahrscheinlich, doch rechneten wir immerhin mit der Möglichkeit, dass ein Kleinhirntumor vorliege, welcher seinerseits sekundär einen Hydrozephalus gemacht hätte.

(Autoreferat).

Dr. S t e n d e r betont die Wichtigkeit der Differentialdiagnose der Arachnitis cystica gegenüber dem Tumor des Kleinhirnbrückenwinkels. Dass die Meningitis serosa den nämlichen Symptomenkomplex hervorrufen könne, wie die Gehirntumoren sei eine Tatsache, mit der man rechnen müsse, und die in alle Lehrbücher der Neurologie übergegangen sei. Und doch sei es gerade von grösster praktischer Wichtigkeit die klinische Trennung der beiden Krankheitsbilder zu ermöglichen. Die Lumbalpunktion z. B. könne im Falle einer Meningitis einen endgiltigen Heilungseffekt zur Folge haben, während der Eingriff bei Tumor cerebri als direkt lebens-

gefährlich hingestellt werden muss. Schon aus diesem Grunde müsste die Differentialdiagnose der beiden Krankheitsbilder klinisch nach Möglichkeit gefördert werden. Und in der Tat sind Anhaltspunkte vorhanden, die eine klinische Scheidung ermöglichen. Bei der Meningitis serosa fällt häufig der plötzliche Beginn der Erkrankung auf, einhergehend mit starken Kopfschmerzen, das Remittieren des Krankheitsbildes, das Passagere der Lähmungserscheinungen, indem Paresen der Gehirnnerven und Extremitäten nach mehr oder weniger langem Bestande wieder vollständig zurücktreten können. Die einzelnen Symptome sind diffuser und verwaschener nicht so zirkumskript und umgrenzt wie beim Gehirntumor. Bei genauer Untersuchung fällt ferner eine gewisse Doppelseitigkeit der Erscheinungen auf, indem z. B. auf der einen Seite eine Areflexie der Cornea, auf der anderen eine Hyporeflexie besteht, oder Areflexie der einen Seite Schwerhörigkeit und Geräusche kontralateral. Alle diese Erscheinungen aber setzen uns in den Stand bereits klinisch häufig wenigstens, die Differentialdiagnose stellen zu können, ein Umstand, der unser therapeutisches Vorgehen unendlich viel sicherer gestaltet. Praktisch komme bei der Meningitis serosa nach erfolglosem Versuch der Lumbalpunktion, noch die Ventrikelpunktion, der Anton-Brahmannsche Balkenstich und schliesslich die Trepanation in Frage. Die Diagnose der Meningitis serosa und des Kleinhirnbrückenwinkel tumors habe heute soweit an Sicherheit gewonnen, dass sie leicht von der Lues cerebri abgegrenzt werden könne. Bei der Meningitis serosa schein die Cysterna cerebello-medullaris des Subarachnoidalraumes eine Praedilektionsstelle der Liquorstauung resp. Abkapselung abzugeben, indem von den 4 zuletzt beobachteten Fällen drei derselben klinisch die Symptomenkomplexe des Kleinhirnbrückenwinkel tumors vortäuschten. (Autoreferat).

Dr. Voss. Autoreferat nicht eingelaufen.

Dr. v. H o l s t: Die Frage ob man eine Lumbalpunktion vornehmen darf lässt sich gelegentlich nachträglich und dann zu spät entscheiden. Ich hatte kürzlich eine Dame zu begutachten, die ein halbes Jahr vorher an allgemeinen Zeichen eines Hirntumors erkrankt war, doch traten alle Symptome zurück bis auf völlige Blindheit in Folge totaler Optikusatrophie, die vermittelt einer rechtzeitigen Lumbalpunktion eventuell auch hätte beseitigt werden können.

Dr. E d. S c h w a r z: Ausschlaggebend für Tumor im Gegensatz zur mening. cystica ist immer, dass der Symptomenkomplex langsam progredient ist, daher sollte die Reihenfolge der Symptome stets schriftlich fixiert werden.

Dr. R a s e w s k y fand ausser einer Stauungspapille auch ein Oedem der Retina. Augenblicklich sind alle Erscheinungen stark zurückgegangen.

Dr. B o r n h a u p t: (Schlusswort).

Gerne will ich zugeben, dass auch die vorsichtigsten Manipulationen am Gehirn bei der Exstirpation eines Tumors roh und gewaltsam erscheinen, und dass daher jegliche Verbesserung der augenblicklichen Technik auf das lebhafteste zu begrüßen ist, aber dennoch kann ich Dr. Voss nicht beistimmen, wenn er die Gehirnquetschung und Erweichung allein für den letalen Ausgang verantwortlich macht. Die plötzlichen Todesfälle nach Lumbalpunktion bei Gehirntumoren, ebenso wie diejenigen im Moment der operativen Eröffnung des Schädels beweisen deutlich, dass die Druckschwankungen, die in Folge von Gehirntumoren und deren operativen Behandlung in der Schädelhöhle entstehen diejenigen Hauptursachen

sind, die bei solchen Todesfällen die wesentlichste Rolle spielen. Fasst man noch bei den Brückenwinkeltumoren speziell die Tatsache ins Auge, dass hier sich diese Druckschwankungen im Bereich der medulla oblongata, also in der Umgebung des Atmungs- und des Herzzentrums abspielen, dass ferner die medulla oblongata oft vom Tumor sogar beeinträchtigt sein kann, so muss man die Ueberzeugung gewinnen, dass diese, auch heut zu Tage noch vielleicht wenig erforschten, Zustände bei derartigen Todesfällen eine grössere Bedeutung erlangen, als die traumatischen Schädigungen des Gehirns, die ja bei vielen Schussverletzungen und komplizierten Frakturen des Schädels oft einen viel ausgedehnteren Charakter tragen ohne zu einem letalen Ausgang zu führen. (Autoreferat).

1546. Sitzung am 2. Mai 1912.

Anwesend 56 Mitglieder. Als Gäste die Herren DDr. Michelson und Bornhaupt.

Vorsitzender Dr. O. Stender. Schriftführer Dr. E. Kröger.

I. Dr. M. Hirschberg: Bericht über den internationalen Dermatologenkongress in Rom. (Erscheint im Druck).

II. a) Dr. v. Bergmann demonstriert eine 16 Jahr alte Zigeuerin, die von ihm wegen gonorrhöischer Peritonitis operiert worden war. Patientin war 2 Jahre verheiratet, hatte keinen Ausfluss und war plötzlich erkrankt. Abdomen bretthart gespannt. Fieber. Da keine Anamnese vorlag und der Befund von Seiten der Genitalorgane negativ war, konnte eine Perforation der Appendix oder eines ulcus angenommen werden. Bei der Operation fanden sich $1\frac{1}{2}$ Liter freier, blutig-eitriger Flüssigkeit, die bei der Untersuchung (Dr. Praetorius) massenhafte Gonokokken enthielt. Die Tuben erwiesen sich weich und grazil, äusserlich gerötet, ebenso die Appendix, die entfernt wurde und normal war. Das Exsudat wurde ausgewaschen und ein Drain eingeführt. Der weitere Verlauf war normal. Jetzt ist von Dr. Keilmann eine Verdickung der linken Tube nachgewiesen worden.

Dr. Knorre: Die Gonokokkenperitonitis soll nur dann operiert werden, wenn die Diagnose nicht sicher ist. Wenn aber die Gonokokkenperitonitis sicher ist, so soll expektativ behandelt werden. Die Benignität der Gonokokkenperitonitis ist allerdings in einzelnen Fällen nicht vorhanden. Redner hat einmal eine Patientin verloren, bei der sich nach einer Myotomie ein Exsudat bildete das Gonokokken in Reinkultur enthielt. Es war durch das zu schnelle Aufsteigen der Gonokokken zu keiner Pyosalpinx gekommen.

Dr. L. Bornhaupt will eine Gonokokkenperitonitis im allgemeinen nicht operieren. Trotz der stürmischsten Erscheinungen bleibt die Gesichtsfarbe der Patientin eine gute und die Peritonitis geht zurück. Die Diagnose ist allerdings sehr schwierig, da Mischinfektionen vorkommen, welche operiert werden müssen.

Dr. Hach will durch die Blutuntersuchung, welche bei Gonokokkenperitonitis eine Verminderung der Leukozytose gibt, die Diagnose sichern. Ausserdem sind die Schmerzen bei der gewöhnlichen Peritonitis viel geringer als bei der Gonokokkenperitonitis, die doch selten zum Tode führt. Der Puls geht nie über 110 hinaus.

Dr. Bergmann: Ein so grosses Exsudat kann nicht bei expektativer Behandlung schwinden. Die Patientin sah verfallen

aus wie bei der Perforationsperitonitis und wäre ohne Operation sicher zu Grunde gegangen.

Dr. Bertels: Ein Fortschreiten des Giftes vom Endometrium auf das Peritoneum kann auch mit Umgehung der Tuben durch die Lymphspalten zu Stande kommen.

Dr. Bergmann: Die Untersuchung des Blutes ist nicht massgebend, auch die Peritonitis von der Appendix ausgehend ergibt nicht immer Hyperleukozytose.

III. b) Dr. Bergmann demonstriert einen Patienten, der mehrfach wegen eines *ulcus pepticum* operiert werden musste. Er erkrankte im IX. 1909 mit 1—2 mal täglich wiederkehrenden Schmerzen im Epigastrium. Azidität 24. fr. Salzsäure 5. Unter Erscheinungen einer Pylorusstenose kam Patient in die chirurgische Abteilung. Bei der Operation wurde keine auf ein ulkus verdächtige Stelle gefunden, doch fanden sich starke Adhäsionen. Es wurde eine gastro-enteroanastomose anterior nebst enteroanastomose gemacht. Es ging dem Patienten gut bis zum April 1911. Da traten die alten Erscheinungen wieder auf. Bei der Operation fand sich ein mit der Bauchwand verlötetes ulkus, das exstirpiert wurde. Im Juni 1911 trat Erbrechen auf und es fand sich bei der Operation wieder ein ulkus, das weiter an der Brustwand adhärent war. Da zu einer Resektion die Einwilligung des Patienten fehlte, konnte die Operation nicht zum Schluss geführt werden. Am 5. August 1911 wurde die Laparatomie wiederholt mit Resektion der X und XI Rippe, worauf das ulkus entfernt und die Enteroanastomose mit dem Magen vereinigt wurde. Hieran schloss sich durch eine Rippennekrose ein langes Krankenlager. Jetzt befindet sich Patient wohl, doch darf er nur weiche Speisen zu sich nehmen.