

Mitteilungen

aus der

Gesellschaft practischer Aerzte

zu Riga.

1908/1909.

St. Petersburg.

Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer Pr., № 15.
1909.

Mitteilungen

aus der

Gesellschaft practischer Aerzte

zu Riga.

1908/1909.

St. Petersburg.

Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer Pr., № 15.
1909.

Типографія А. ВИНЕКА, Екатерингофскій просп., № 15.

Inhaltsverzeichnis.

	Seite
Dr. L. Bornhaupt. Operativ behandelter Fall von Rindenepilepsie	867
Dr. A. v. Bergmann. Maligne Degeneration einer Mesenterialcyste	870
Dr. v. Haffner (a. G.). Ein Fall von Gallenblasenperforation	871
Dr. P. Klemm. Empyem der Gallenblase	873
Dr. P. Klemm. Ueber Polyposis der Schleimhäute	874
Dr. P. Hampel. Lebercarcinom	874
Dr. G. Poorten. Ueber Bakteriurie	875
Dr. P. Klemm. Ueber die Nachbehandlung resezierter Hüftgelenke	876
Dr. v. Manteuffel. Ein Fall von Myxödem	878
Dr. P. Klemm. Ueber Sehnenplastik	879
Dr. G. Kieseritzky. Ueber Balantidium coli	880
Dr. Ed. Schwarz. Ueber Heine-Medinsche Krankheit.	883
Dr. G. Poorten. Ein Fall von Chorionepitheliom der Vagina	885
Dr. Th. Schwartz. Ein Fall von Poliomyelitis nuclein. facialis sin.	887
Dr. G. v. Engelmann. Ein Fall von Frythema exsudativ. multiforme	888
Dr. J. Eliasberg. Ein Fall von Psoriasis	888
Dr. M. Hirschberg. Ueber Hauterkrankungen bei chronischer Leukämie.	888
Dr. A. Berkholz. Ein Fall von Tetanie	889
Dr. A. Berkholz. Ein Fall von beiderseitiger Bronchiektasie bei einem Kinde	890
Dr. v. Bergmann. Zur Differentialdiagnose der Nierentumoren	892
Dr. H. Bosse. Ein Fall von kryptogenetischer Pleuro-Pericarditis	896
Dr. Th. Schwartz. Ein Fall von Sclerosis multiplex.	898
Dr. v. Bergmann. Zur Abdominalchirurgie	900
Dr. H. v. Krüdenner. Ein Fall von Cysticercus im Glaskörper	902 u. 909
Dr. P. Klemm. Plastische Operation an der Hand	903
Dr. H. Krahnhalz. Mediastinitis und Durchbruch in den l. Pleuraraum	903

	Seite
Dr. O. Stender. Drei Fälle von Dystrophia musculorum progressiva.	904
Dr. Ed. Schwarz. Trauma und Lues cerebri.	905
Dr. Ed. Schwarz. Criminelles Vergehen und Lues cerebri	905
Dr. G. Walter. Totalexstirpation des Larynx	907
Dr. G. Poorten. Uterus mit zahlreichen Fibromen.	908
Dr. W. Buettner. Ueber eine seltenere Form von tabischen gastrischen Krisen	909
Dr. A. v. z. Mühlen. Ein Fall von Osteomyelitis des Schädelknochens im Anschl. an Stirnhöhlen-eiterung, sowie einiges zur Diagnosenstellung der Stirnhöhleneiterungen.	915
Dr. v. Rimscha. Die Indicationen zur operativen Eröffnung der chronischen Stirnhöhlenentzündungen	915
Dr. P. Klemm. Operation eines doppelseitigen Plattfusses	917
Dr. H. v. Krüden. Sarcom der Chorioidea	919
Dr. H. v. Krüden. Ein Fall von Aneurysma arterio-venosum der linken Carotis	919, 931
Dr. L. Bornhaupt. Acuter Choledochusverschluss	920
Dr. L. Bornhaupt. Acute Pankreatitis.	920
Dr. P. Klemm. Lymphangiom der Bauchhöhle	921
Dr. P. Klemm. Dermoidcyste des Ovariums	921
Dr. H. v. Krüden. Trachomparasiten	921
Dr. H. Idelsohn. Zwei Fälle juveniler Gangrän nach Claudicatio intermittens	922
Dr. P. Klemm. Totalexstirpation der Zunge	922
Dr. P. Klemm. Transplantation an der Hand	923
Dr. R. Biehler. Zur Diagnose der Lepra	923
Dr. J. Eliasberg. Wassermannsche Reaction und Lepra	926
Dr. G. v. Knorre. Demonstrationen (intragamentär entwickeltes Myom, Ovarialschwangerschaft, Appendix mit Steinen.)	930
Dr. A. Huff. Trommelschlägerfinger bei einem Aneurysmatiker	931
Dr. P. Prätorius. Demonstrationen (Usur der Anonyma, Leberadenom, Dünndarmcarcinom.)	931

Sitzung am 1. October 1908.

Anwesend 81 Mitglieder und als Gäste die Herren Haffner, Walter, Schneider, Lundberg, Saarfels, Abramson.

Das Protocoll der letzten Sitzung wird verlesen und angenommen.

P. 1 der Tagesordnung: Dr. Bornhaupt demonstriert einen Fall von operativ behandelter Kinderepilepsie.

«M. H. gestatten Sie, dass ich Ihnen einen 9-jährigen Knaben demonstriere, den ich am 3. Sept. c. wegen Erscheinungen von Kinderepilepsie operiert habe. Der Vater des Pat., der mir am 27. August 1908 das Kind zum ersten Mal vorstellte, gab an, dass der Knabe seit seinem ersten Jahr gelähmt sei; seit dem zweiten Jahr stellten sich epileptische Krämpfe ein, die im rechten Facialisgebiet beginnen, auf die rechte obere, dann auf die rechte untere Extremität übergehen, um schliesslich die ganze rechte Körperseite, oft auch den ganzen Körper mit Verlust des Bewusstseins zu befallen. Leichtere Anfälle verlaufen auch in der Art, dass die Krämpfe nur das Facialisgebiet und die obere Extremität betreffen, aber auch diese Anfälle sind dazwischen mit Verlust des Bewusstseins verbunden. Es gibt Zeiten, wo die Anfälle — schwere und leichtere — wochenlang täglich mehrere Mal auftreten. Selten gehen 14 Tage ohne einen Anfall vorüber; ausnahmsweise hatte der Knabe einen ganzen Monat ohne diese Krämpfe verbracht. Der Knabe ist geistig etwas zurückgeblieben. Es besteht eine Lähmung des Nervus facialis und der peripheren Partien der rechten oberen und unteren Extremität, dabei deutliche Atrophien der beiden genannten Extremitäten. Der Patient ist von mehreren Nervenspecialisten begutachtet worden, die sich alle dahin aussprachen, dass ein operativer Eingriff wohl indiciert sei.

Am 3. September machte ich unter Chloroformnarcose eine osteoplastische Craniotomie auf der linken Seite, um die vordere Centralwindung freizulegen. Die Dura erwies sich hier als trübe, verfärbt und verdickt. Bei der Incision der Dura flossen ca. 2 Ccm klare Flüssigkeit ab. Die Dura war mit der Pia mater in ausgedehnter Entfernung recht fest verbacken. Auf der Pia sah man fibrinöse, leicht gelblich verfärbte Beläge. Die Verwachsungen zwischen der

Dura und der Pia löste ich nach allen Richtungen hin bis in die normale Umgebung hinein, wo die Dura spiegelte und nicht mehr verwachsen war. Nach unten vorne zum Facialis-centrum zu erschien die Dura bläulich verfärbt und eingesunken, der palpierende Finger drückte an diese Stelle die Dura hinein ohne auf einen Widerstand zu gelangen. Diese Stelle der Dura wird durch eine Hohlmeisselzange freigelegt und eröffnet. Es erweist sich dass unter der Dura sich im Gehirn ein Defect in Gestalt einer ca. wallnussgrossen Höhle befindet. Dieser Defect entspricht der unteren Partie der vorderen Centralwindung. Die Höhle ist vollständig verödet, trocken, enthält weder Blut noch Flüssigkeit. Es wird ein schmaler Tamponstreifen in diese Höhle eingeführt, da sich eine leichte Blutung aus der unteren Partie einstellt.

Das veränderte Stück der Dura wird entfernt und der Hautknochenlappen wieder zurückgeklappt und vernäht. Der Verlauf war ein glatter. Bis zum heutigen Tage hatten sich die epileptischen Krämpfe nicht eingestellt.

Ich stelle Ihnen diesen Fall nicht als einen geheilten vor, da die Beobachtungsdauer nach der Operation eine viel zu kurze ist. Von Interesse ist vielmehr der Befund im Gehirn, der bei der Operation erhoben worden ist. Ob es sich um einen alten encephalitischen Herd oder einen gewesenen Bluterguss handelt, lässt sich ohne Weiteres nicht entscheiden. Jedenfalls sind gravierende Veränderungen im Bereich der Centren gefunden worden, die den Ausgangspunct für die epileptischen Krämpfe bildeten.

Neuerdings, wo sich immer mehr Stimmen erheben, die die scharfe Trennung der symptomatischen und genuinen Epilepsie verwerfen, wo verschiedene Forscher darauf hinweisen, dass auch die genuine Epilepsie bei genauer Beobachtung meist von einem Centrum des Gehirns beginnt resp. zum Ende des Anfalls sich auf dieses Centrum konzentriert, wo der Zusammenhang der genuinen Epilepsie mit der cerebralen Kinderlähmung, die in vielen Fällen der Ausgang einer acuten Encephalitis ist, von vielen Autoren betont wird, erscheint der chirurgische Eingriff um so berechtigter auch bei der genuinen Epilepsie in den Fällen, wo sich das Ausgangscentrum bestimmen lässt, als man auch auf diesem Gebiet einen Schritt vorwärts getan hat und durch Beseitigung von organischen Fehlern im Gehirn auch dauernde Heilungen zu verzeichnen imstande ist.»

(Autoreferat.)

Dr. P. K l e m m meint, dass man bei Durchsicht der Literatur zu der Ansicht kommen müsse, dass die Dauerresultate doch recht traurige wären. Die besten Aussichten für die Operation geben die Fälle von Epilepsie, die nach dem Typus der Jackson'schen verlaufen und im Anschluss an ein Trauma aufgetreten sind. Freilich muss hier auch nach dem Auftreten der Krämpfe operiert werden, weil sich sonst eine Veränderung des Gehirns entwickelt, die nicht näher bekannt ist, die man aber als «epileptische Erregbarkeit» bezeichnen

darf. In Fällen, wie in vorliegendem, ist die Operation natürlich durchaus berechtigt, doch ist, wie ja schon vom Vortragenden betont worden ist, zunächst nichts darauf zu geben, dass die Anfälle sistiert haben, da ja bei den meisten Fällen von Epilepsie nach jeder Art von Eingriff ein temporäres Fortbleiben der Krämpfe beobachtet wird. Freilich treten über kurz oder lang dieselben wieder auf. Neuerdings sind ja von einer Reihe von Autoren Mitteilungen gemacht worden, die ermutigend klingen, doch bleibt natürlich abzuwarten, wie sich die Dauerresultate gestalten werden. Ich bitte mich nicht misszuverstehen: ich bin kein Gegner der Operation, man kann dieselbe in geeigneten Fällen ja immer wieder versuchen, ich meine nur, dass wie die Dinge zur Zeit liegen, man den Patienten nicht viel Hoffnung auf dauernde Genesung machen darf.»

(Autoreferat.)

Dr. M. Schönfeld: «Der demonstrierte Fall erscheint nicht geeignet, die Frage der chirurgischen Therapie bei Epilepsie zur Discussion zu stellen. Denn es handelt sich ja hier um eine organisch bedingte Gehirnkrankheit, bei der schon die Anfallserscheinungen allein ausreichen die typische Diagnose zu stellen, auch wenn der Jackson'sche Typus der Convulsionen nicht beobachtet wäre. Wahrscheinlich liegt dieser sogenannten secundären («symptomatischen») Epilepsie eine Encephalitis oder eine traumatische Läsion intrapartum zu Grunde (Porencephalie). In solchen Fällen, wo noch dazu die bereits bestehende Hemiplegie eine Schädigung der motorischen Functionen durch den chirurgischen Eingriff nicht befürchten lässt, erscheint der Versuch durchaus gerechtfertigt, durch Aufdeckung des Herdes dem epileptischen Symptomencomplexe beizukommen. — Die allgemeine Frage der chirurgischen Behandlung der sog. primären (genuinen) Epilepsie ist deshalb so schwierig, weil zunächst einmal die Beseitigung der Krampfanfälle an sich noch keine Genesung bedeutet, denn die Epileptiker können auch dann noch — durch die psychischen Symptome — direct antisocial und gemeingefährlich bleiben. Dann aber auch weil in viel Fällen der primären Epilepsie sogar bei der Section keinerlei anatomische Anhaltspuncte gefunden werden, somit intra vitam der Ort des Eingriffes erst recht nicht bestimmt werden kann.»

(Autoreferat.)

Dr. Bornhaupt: «Alles was von einer Seite angeführt worden ist, war mir wohlbekannt. In der neueren Literatur findet man dagegen auch andere Meinungen vertreten. Es sind Fälle von idiopathischer Epilepsie bekannt, die 10—11 Jahre nach der Operation beobachtet worden und als völlig geheilt zu bezeichnen sind. Ich führe hier nur folgende Namen an: Pierre Marie, Freud, Redlich, v. Strümpell, Zappert, Auerpach, Oppenheim, Krause, Kotzenberg. Wenn man sich mit diesen Anschauungen und mit den neueren Arbeiten auf pathologisch-anatomischem Gebiet (Alzheimer, Moriyasu, Chas-

lins, Friedmann) bekannt macht, so gewinnt man wohl den Eindruck, dass die Erkenntnis auch in Bezug auf das Wesen und die Behandlung der Epilepsie wenn auch langsam, so doch unzweifelhaft fortschreitet und dass das operative Vorgehen auch in einigen Fällen von genuiner Epilepsie wohl indiciert und mit Erfolg gekrönt sein kann. Dabel muss hervorgehoben werden, dass die Prognose sich bei degenerierten und erblich belasteten Patienten wohl weit ungünstiger gestalten wird.»

(Autoreferat.)

P. II. Dr. A. v. Bergmann: «Casuistisches Referat über einen Fall von maligner Degeneration einer Mesenterialcyste.

«Abr. S. 40 a. n. Händler, ist vor 2 Jahren im Frühling durch's Eis gebrochen (Trauma, starke Abkühlung). Seit 3 Monaten Schmerzen im l. Hypochondrium. Stuhl angeblich in Ordnung, kein Erbrechen, verträgt alle Speisen; nähere Angaben von ihm nicht zu erhalten. Mittelgrosser Mann Mässiger Ernährungszustand, fahle Gesichtsfarbe, blasse Schleimbäute. Normaler Lungen- und Herzbefund. Das Epigastrium ist aufgetrieben, prominert. Das Zwerchfell ist bis zur 5. Rippe hinaufgedrängt, allein weder ein dilatierter Magen, noch eine geblähte tetanisch sich steifende Schlinge sind zu palpieren, keine Leber- keine Milzvergrösserung. Der Rectalbefund ist negativ. Die motorische Function des Magens ist tadellos. Der Stuhl enthält weder Blut noch Schleim. Kein Stenosenkot. Die Röntgenuntersuchung ergibt normal sich bewegendes Diaphragma. Nach der Abführung sinkt das Epigastrium etwas ein und man kann im l. Hypochondrium eine undentliche Resistenz und Druckschmerz nachweisen. Rechts ist das Hypochondrium etwas stärker gespannt. Die Diagnose schwankte zwischen der Möglichkeit einer Abknickung der Flex. lienalis durch Adhäsionen resp. einen chronisch entzündlichen Process und einem retroperitonealen Tumor, der durch Druck auf die Mesenterialgefässe eine Darmblähung zustande gebracht haben könnte.

16. September (Chloroformnarkose): Kein freies Exsudat eine über faustgrosse Cyste, die jedoch nicht prall gefüllt ist, sondern einen schlaffen Sack vorstellt, der ausgedehnte Verwachsungen zeigt a) mit dem peritoneum parietale — es muss ein Stück des letzteren reseziert werden, b) mit dem Netz und Colon transversum, c) mit dem jejunum und duodenum. Diese sind so fest, dass sie nur mit schwerer Läsion der Darmwand getrennt werden können, sodass ca. 10 ctm. Darmwand reseziert werden müssen. Mobilisierung des duodenum und endostomische Vereinigung, nachdem das jejunum blind vernäht worden war. Die Cystenwand war während der Operation eingerissen, sodass ein Einnähen derselben ausgeschlossen war. Die Cyste enthielt hämorrhagischen Detritus und war innen von ca. erbsengrossen weisslichen Prominenz ausgekleidet.

17.—19. Sept. Wegen Ansammlung von grünlicher Flüssigkeit häufige Magenspülungen, 20. Sept. T. 38.0 subjektiv

fühlt Patient sich leichter, stirbt aber am 21. September unter ziemlich rasch eintretender Herzschwäche.

Die Section ergibt einen Defect in der Vereinigung des Duodenum mit dem Jejunum, wahrscheinlich auf die Einwirkung des Pankreassaftes zurückzuführen. Im Oberbauch finden sich an verschiedenen Stellen flache, runde und halbrunde Tumoren von Haselnuss- bis Taubeneigrösse, von markigem Gefüge, auf dem Durchschnitt weiss und rot gefleckt. Diese Tumoren finden sich zwischen der Leber und dem Colon, zwischen der Leder und dem Diaphragma, in der Gegend der Porta hepatis in der Umgebung des Pankreas. Keiner dieser Tumoren ist cystisch. Vergrösserte und markartige Lymphdrüsen finden sich im hinteren Mediastinum und in den Inguinalgegenden. Keine Metastasen der inneren Organe, keine Milzvergrösserung, die Tibia enthält reines Fettmark. Die Nieren ausserordentlich getrübt. (Pathologisch-anat. Diagnose: Lymphosarcom Dr. Schabert).

Das bei der Operation gewonnene Präparat ist leider abhanden gekommen, sodass es nicht genauer hat untersucht werden können. Die Section beseitigt jedoch alle Zweifel daran, dass es sich um eine maligne Degeneration einer Mesenterialcyste gehandelt. Das ist ein sehr seltenes Vorkommen.

Kostliwy (D. Z. für Chir. Bd. 31 H. 1) berichtet aus der Klinik Kukala über ein Angiosarkom einer Mesenterialcyste. Die Cysten des Mesenterium sind Lymph- oder Chyluscysten und Euterokystome, welche letzterem Calcars (Langenbeck. Arch. 79 p. 139) die Hauptrolle zuzuschreiben geneigt ist. Die frühzeitig aufgetretene massenhafte Verbreitung von Metastasen legt es in diesem Falle nahe, den Tumor mit dem Lymphgefässsystem in Zusammenhang zu bringen. <

(Autoreferat.)

Dr. P. Klemm hat vor ca. 7 Jahren eine Mesenterialcyste bei einem 1 $\frac{1}{2}$ -jährigen Kinde operiert, bei dem er zuerst an tuberculöse Peritonitis gedacht hatte. Bei der Operation sei ein zwischen zwei Mesenterialblättern gelegener Tumor gefunden worden und er habe ein ca. 15 Ctm. langes Darmstück reseccieren müssen. Es sei eine multicystische Geschwulst gewesen, die wie die mikroskopische Untersuchung ergab aus lymphatischem Gewebe bestanden habe. Bei Veröffentlichung des Falles in Virchow's Archiv hat Vortragender 52 Fälle zusammenstellen können, später seien dann noch etwa 4—5 Fälle publiciert worden.

P. III. Dr. v. Haffner (als Gast) berichtet über einen Fall von Gallenblasenperforation.

E. N. 62 a. n. hat früher nie an Verdauungsbeschwerden gelitten, nie Leibschmerzen gehabt. Erkrankte am 29. Juli 1907 plötzlich mit heftigen Schmerzen im ganzen Abdomen, Erbrechen, Stuhl- und Windverhaltung.

Kräftig gebauter Patient von gutem Ernährungszustande, Haut und Schleimhäute blass, Zunge feucht, wenig belegt,

Herz und Lungen ohne pathol. Befund; keine Oedeme, keine Cyanose, kein Icterus. Abdomen diffus wenig aufgetrieben, mässig gespannt, durchweg äusserst druckempfindlich, bei Palpation Bauchdecken dermassen gespannt, dass nähere Localisation nicht möglich. Am 31. Juli Auftreibung zugenommen, Schmerzen ebenfalls. Am 1. August erfolgt nach Glycerinspritze reichlich Stuhl; in den darauf folgenden Tagen wird der Leib weich, Schmerzen schwinden vollständig, bei weichen Bauchdecken lässt sich in der Bauchhöhle nichts Pathologisches constatieren. Pat. wird ohne Diagnose entlassen. Das darauf folgende Jahr verbrachte Pat. bei vollständigem Wohlbefinden, hat keinerlei Verdauungsbeschwerden gehabt.

Zweite Aufnahme am 10. Sept. 1908. Pat. erkrankte vor 3 Tagen mit plötzlich auftretenden Schmerzen in der Coecalgegend, Erbrechen, Obstipation. Clysmen täglich ohne Erfolg. Allgemeinzustand wie beim ersten Mal. Zunge stark belegt, feucht, kein Icterus. Abdomen stark aufgetrieben, überall druckempfindlich, Hauptschmerz in der Ileocoecalgegend, hier schlecht abgegrenzte Resistenz und Dämpfung. Das übrige Abdomen tympanitisch. Per rectum nichts Besonderes. Hohes Oelclysma ohne Erfolg. Operation verweigert. 11. September Leib mehr aufgetrieben, Schmerzen zugenommen, Temperatur fortdauernd normal, Puls kräftig, regelmässig. 12. Sept. Operation: Da als Ursache der Occlusion ein Coecaltumor als wahrscheinlich angenommen wird — Schnitt nach Kocher mit stumpfer Durchtrennung der Musculatur zwecks Anlegung eines Anus praeternaturalis. Bei Eröffnung der Bauchhöhle ergiesst sich reichlich gallig gefärbte, wenig getrübte Flüssigkeit; ein Tumor liegt nicht vor. Grosser Medianschnitt. Die kleine, geschrumpfte, durch zahlreiche Adhäsionen an Leber und Darm fixierte Gallenblase zeigt an der Kuppe eine ca 2 mm grosse Perforationsöffnung, der ventilartig ein ca dattelkerngrosser Cholestearin-Bilirubin-Stein anliegt. Cystotomie gelingt nicht wegen Brüchigkeit der Wand. Es erfolgt Cystectomy, Tamponade der Bauchhöhle von beiden Seiten her, Schluss der Wunde bis auf die Tampons. Weiterer Verlauf bei normaler Temperatur und kräftigem, regelmässigem Pulse ohne jegliche Störung, bis am 21. Sept. plötzlich der Exitus eintritt. Bei der Section fand man in der Bauchhöhle kein Exsudat, keine Peritonitis. Herzmusculatur schlaff, bronchopneumonischer Herd in der rechten Lunge, Thrombus in einem Aste der *r. art. renalis*.

Der beschriebene Krankheitsverlauf und die falsch und ganz unsicher gestellte Diagnose werfen unwillkürlich die Frage auf, ob zur Diagnosestellung vielleicht nicht alle Symptome genügend ausgenutzt und richtig bewertet wurden und ob die Anamnese nicht mehr Anhaltspunkte für eine richtige Diagnose bot. Aus der Anamnese geht nur hervor, dass in einem Zwischenraume von 1 Jahr zweimal acute Obstipation mit Erbrechen auftrat — Erscheinungen, aus denen bloss die Diagnose Ileus gestellt werden kann, was ja keineswegs das

Krankheitsbild aufhellt. Als sicher war anzunehmen, dass die beidesmaligen Erkrankungen in engem Zusammenhange standen, und die Reizerscheinungen des Peritoneums von ein und derselben Ursache ausgingen. Im referierten Falle wurde an Tumor des Coecum gedacht, wozu man durch die Localisation der Schmerzen verleitet wurde. Als zweites konnte man eine Schrumpfung des Mesosigmoideum beschuldigen. An eine Perforation der Gallenblase wurde nicht gedacht. Doch fasst man die Symptome des Falles zusammen, so lag auch kein Grund vor, eine solche als wahrscheinlich oder vielleicht vorhanden anzunehmen. Icterus ist nie gewesen und war auch bei der Untersuchung nicht vorhanden. Gallensteinkoliken sind nicht gewesen, die Schmerzen wurden in der Coecalgegend localisiert,—also nichts, was die Diagnose Gallenblasenperforation berechtigt hätte. Der Fall lehrt wieder einmal, dass bei der Allgemeindiagnose «Ileus» eine specielle Diagnose nur dann mit Sicherheit gestellt werden kann, wenn entweder Anamnese oder Status eindeutig sind — beides Bedingungen, die dem vorliegenden Falle fehlten, weshalb Ref. behauptet, dass in diesem Falle eine Differentialdiagnose nicht gestellt werden konnte.

(Autoreferat.)

Dr. v. Engelhardt gibt Dr. Ha ff n e r durchaus Recht, wenn letzterer meint, dass die localisierte Diagnose im acuten Anfälle eine sehr schwere wäre, meint aber, dass wenn man nach dem Abklingen des Anfalles sich genau orientiert hätte, wo die druckempfindliche Stelle gewesen wäre, man doch vielleicht Cholecystitis und Appendicitis hätte trennen können.

Dr. v. Bergmann erwidert hierauf, dass eine genaue Untersuchung auch damals stattgefunden hätte, dass aber keine Anzeichen einer Leber- bzw. Gallenblasenerkrankung gefunden worden wären. Pat. sei ohne bestimmte Diagnose entlassen worden.

P. IV. Dr. P. K l e m m referiert über folgenden Fall: Vor ca. 14 Tagen habe sich an ihn eine 41 jährige Dame gewandt, die bis dahin seit vielen Jahren wegen Magenulcus, Magenkatarrh etc. behandelt worden wäre. Jetzt erkrankte sie acut unter den Erscheinungen eines E m p y e m ' s d e r G a l l e n b l a s e, und die von ihm vorgenommene Operation bestätigte diese Diagnose. Die ausgedehnte Gallenblase war mit Eiter gefüllt, und die Schleimhaut derselben zeigte necrotische Geschwüre; an einer Stelle war dieselbe so verdünnt, dass hier ein Durchbruch entstanden wäre. Im sehr beträchtlich erweiterten Cysticus steckte — denselben völlig versperrend — ein ungewöhnlich grossses Concrement. Cystectomy. Tamponade. Patientin ist geheilt. Demonstration der Gallenblase und des Steines.

Dr. v. Engelhardt fragt, ob die Gallenblase palpabel gewesen wäre, und spricht, als diese Frage verneint wird, seine Verwunderung darüber aus, da der Vortragende angeführt hätte, dass die gefüllte Gallenblase die Grösse einer Gurke gehabt hätte.

Dr. Klemm erwidert, dass die Pat. sehr gespannt hätte dass eine «defense musculaire», wie die Franzosen es nennen den Nachweis der gefüllten Gallenblase verhindert hätte.

Punct V. Dr. P. Klemm demonstriert ferner das durch resectio recti gewonnene Präparat eines Falles von Polyposis intestini.

Die 14 j. Patientin litt seit Jahren an heftigen Blutungen aus dem Rectum; die Untersuchung der ausgebluteten Kranken ergab, dass die Mastdarmschleimhaut von etwa 100 polypösen Excrescenzen — teils lang gestielt, teils breitbasig der Schleimhaut aufsitzend — bedeckt war. Bei der weit hinauf ausgeführten Resection des Rectum wurden oberhalb desselben noch Polypen gefunden, doch war die Menge derselben nicht im Entferntesten mit der des Rectum zu vergleichen.

Vortragender weist kurz auf die sehr interessanten Fälle von Polyposis der Schleimhäute hin und berichtet über folgende Fälle aus seiner Hospitalpraxis. In einem Falle handelte es sich um Polyposis des cavum nasopharyngeale nebst der Stirn-Keilbeinhöhle und des antrum Highmori; alle diese Höhlen seien zu wiederholten Malen eröffnet und Hunderte von Polypen exstirpiert worden. Nachdem die Bruns'sche Operation 4 Mal ausgeführt worden war, wurde schliesslich an der Nasenwurzel eine Oeffnung angelegt, durch welche von Zeit zu Zeit die Höhlen abgesucht werden konnten, da es nicht gut möglich schien, einige Male jährlich die Nase operativ zu eröffnen.

Die beiden anderen Fälle betrafen Polypenbildungen im Larynx.

Dr. G. Kieseritzky,
d. z. Secretair.

Sitzung am 15. October 1908.

Anwesend 63 Mitglieder und als Gäste die Herren Abramson, Saarfels, v. Haffner. Das Protocoll der Sitzung vom 1. October wird verlesen und angenommen.

Der Präses gedenkt des am 5. October c. verstorbenen Mitgliedes Dr. Hugo v. Brehm. Die Versammlung ehrt das Andenken an den Hingeschiedenen durch Erheben von den Sitzen.

Dr. Hampeln demonstriert vor der Tagesordnung einen Fall von Lebercarcinom und knüpft daran Bemerkungen über die meist schwierige differentielle Diagnose der mannigfachen teils neoplastischen Erkrankungen der Leber, die mit Vergrößerung dieses Organes einhergehen. Besonders hebt er hervor, wie auch aus dem demonstrierten Falle hervorgeht, dass tiefe Incisuren des Leberrandes nicht für Syphilis charakteristisch sind, sondern auch bei Carcinom vorkommen und macht endlich unter Vorzeigen von Zeichnungen nach dem Leben darauf aufmerksam, dass bei transversal stark aus-

wachsenden Lebertumoren täuschend das Bild eines neben dem Lebertumor bestehenden Milztumors entstehen kann. Ist dann wie im ersten vor mehreren Jahren beobachteten Falle dieser Art die Leber glatt, so kann an leukämische resp. pseudoleukämische Leber und Milz oder an Lebersyphilis mit Milztumor gedacht werden. Nur durch Berücksichtigung jenes ersten Falles wurde er jüngst in einem zweiten ähnlichen Falle — es handelte sich um eine junge gravide Frau — vor der naheliegenden Annahme einer Leukämie resp. Pseudoleukämie bewahrt und veranlasst einen Lebertumor mit solcher Aneinanderlagerung der vergrößerten Milztumoren vortäuschenden Leberlappen bei negativem Blutbefund als wahrscheinlich anzunehmen.

Die Section ergab multiples primäres Carcinom der transversal stark vergrößerten mit tiefer Incisur zwischen rechtem und linkem Lappen versehenen Leber, normale Milz, Lungen- und Pleurametastasen.

Punct J. Dr. Poorten hält seinen angekündigten Vortrag «über Bacteriurie». (Die Arbeit wird im Druck erscheinen).

Dr. P. gibt einen Bericht über Tierexperimente, welche er im Laufe des Sommers a. c. angestellt hat zur Erforschung der Durchlässigkeit der Blasenwand für Bacterien nach operativer Ablösung des Blasenperitoneums. Er weist auf die Häufigkeit der Blasenkrankung bei der Frau hin, namentlich auf das häufige Vorkommen der Bacteriurie.

Die topographische Anatomie der Harnblase und weiblichen Beckenorgane macht es leicht verständlich, dass der Gynäcologe bei seinen Operationen oft genötigt ist die Blase in grösserer oder geringer Ausdehnung von ihrer Umgebung abzulösen.

Dr. P. hatte es sich zur Aufgabe gemacht am Tierexperiment zu erforschen, ob nach operativer Ablösung des Peritoneums von einer bacterienhaltigen Blase eine Infection des Operationsgebietes infolge von Durchwanderung von Bacterien durch die Blasenwand stattfindet. Während über die Frage der Einwanderung von Bacterien in die Blase von aussen her, vom Peritoneum resp. Darm Untersuchungen vorliegen, sind keinerlei Versuche über die Auswanderungen von Bacterien aus der Blase in die Umgebung bisher in der Literatur erwähnt.

Nach einer Uebersicht über die in der Literatur vorliegenden Arbeiten auf diesem Gebiete und nach einem in grossen Zügen gegebenen Ueberblick über das, was bisher von der Blase und ihrem Inhalt bekannt ist, geht Dr. Poorten zur Besprechung seiner Experimente über. Er hat an männlichen Kaninchen experimentiert.

Die künstliche Bacteriurie wurde durch Injectionen von *Staphylococcus pyogenes aureus*, *Coli commune* und *Streptococcus pyogenes* in Bouillon — Reinculturen hervorgebracht. An der Hand vorliegender Tabellen bespricht Dr. Poorten die Resultate seiner experimentellen Untersuchungen und kommt zum Schluss, dass die bacterienhaltige Kaninchenblase

nach operativer Ablösung ihres vorderen Peritonealüberzuges nicht für Bakterien durchlässig sei. Dagegen fand er selbst nach 120-stündiger Dauer nach der Injection der betreffenden Bacteriencultur die Mikroben noch in Reincultur in der Blase. Dieser Befund steht im Gegensatz zu der bisherigen Annahme, dass die injicirten Bakterien in kurzer Zeit aus dem Urin verschwinden.

Es scheint also, dass das die äussere Blasenwand treffende Operationstrauma von günstigem Einfluss auf die Lebensdauer und Entwicklungsfähigkeit der in die Blase injicirten Bakterien ist.

In einer zweiten Serie von Versuchen experimentierte der Vortragende in derselben Weise, aber nachdem vorher durch künstliche Harnretention (48-stündige Urethralunterbindung) Cystitis erzeugt worden war. Das Resultat war — die Bacteriendurchwanderung betreffend — im wesentlichen dasselbe. Die in die Blase injicirten Mikroben waren aber in fast allen Fällen in der Blase nicht mehr bei der Section nachweisbar, während Massen anderer Mikroben vorhanden waren. Diese liessen sich fast immer schon nach Lösung der Urethralunterbindung nachweisen. Es scheint, dass diese die injicirten Bakterien erdrückten und verdrängten.

In einem einzigen Falle, in welchem der Urin auch nach der Lösung der Urethralumstechung steril war, liess sich die injicirte Bacterienart — *Staphylococcus pyogenes aureus* — bei Tötung des Tieres aus dem Urin in Reincultur züchten.

(Autoreferat).

Punct II. Dr. P. Klemm, der auf dem letzten livländischen Aerztetage zur Indication der tuberculösen Coxitis Stellung genommen hatte, entwickelt die Gesichtspunkte, von denen er sich bei der Nachbehandlung resezierter Hüftgelenke leiten lässt. Die Schwierigkeit bei der Nachbildung läge darin dem Gelenke die richtige Stellung zu geben. Wie sei diese Stellung zu erreichen? Es seien eine Menge Apparate construirt worden, die alle auf Tolausche Schiene hinausliefen, nach dem Princip derselben angefertigt seien. Die Gefahr des nachträglichen Eintretens von Adduction und Rotation nach innen sei damit aber nicht beseitigt. Alle Versuche ein bewegliches brauchbares Gelenk zu schaffen sind gescheitert. Um dem Gelenk eine richtige Stellung zu geben, müsse nach Entfernung alles Krankhaften von vornherein eine feste Ankylose in Adduction und leichter Flexionsstellung geschaffen werden. Das von ihm jetzt angewandte Verfahren sei folgendes: Es werde ein fester Gypsverband in Abduction und leichter Flexion angelegt. Zwecks Behandlung der Wunde werde ein Fenster ausgeschnitten. Die Wunde heile auf diese Weise gut und schnell, entzündliche Vorgänge fallen weg, ebenso passen sich alle Fascien und Weichteile gut an, es treten keine Atrophien ein. Zur Illustration dieses Verfahrens wird vom Vortragenden eine ganze Reihe kleiner Patienten aus dem Armitsteadschen Kinderhospitale vorgeführt, die alle die guten Ergebnisse und die Zweckmässigkeit dieser Gypsverbände, die monatlang resp. länger tragen ge-

lassen werden, beweisen und weder Rotation nach innen noch Adduction zeigen.

Dr. P. Klemm demonstriert ferner:

I. einen Pat. im Gypsverband bei dem er wegen acuter Osteomyelitis des linken Oberschenkels den grössten Teil ($\frac{3}{4}$) des Knochens entfernt hatte. Der Knochen hat sich vollkommen ersetzt, die Verkürzung beträgt 5 Ctm. Der functionelle Effect ist als gut zu bezeichnen.

II, ebenfalls im Gypsverband eine unblutig eingerenkte angeborene Hüftgelenksluxation.

III. einen Fall mit Beckenosteomyelitis, bei dem er das ganze Hüftgelenk reseziert hatte.

IV. den Patienten mit Polyposis der Nase resp. des Nasenrachenraumes, über den er auf der vorigen Sitzung referiert hatte.

(Autoreferat).

Discussion:

Dr. Voss fragt den Vortragenden, ob es sich nicht empfehlen würde bei den Coxitisfällen nach Abnahme der Verbände das gesunde Bein zu erhöhen, um die Neigung zur Adduction dadurch zu verringern, worauf

Dr. P. Klemm erwidert, dass dieser Vorschlag gewiss etwas für sich habe, doch seien seine Resultate so gut, dass sie kaum etwas zu wünschen übrig lassen.

Dr. Brutzer erinnert daran, dass der von Dr. Voss gemachte Vorschlag das gesunde Bein zu erhöhen bei den Fällen von congenitaler Luxation des Hüftgelenkes empfohlen worden sei, damit der Scheukelkopf sich besser in die neugebildete Pfanne einbohre.

Dr. Voss ist der Patient mit Polyposis nasi bekannt. Zuerst habe wohl ein Retropharyngealtumor bei ihm bestanden. Auch er glaubt, dass der von Dr. Klemm eingeschlagene Weg zwecks Entfernung der recidivierenden Polypen der geeignetste sei, da man doch unmöglich jedes Jahr die Nase abklappen könne.

Dr. Klemm führt an, dass damals bei dem Patienten die Diagnose auf Sarcom gestellt worden wäre, doch müsse man annehmen, dass es eine irrige gewesen sei, da sich dann doch wohl ein Recidiv im Verlaufe der Jahre eingestellt hätte.

Der Präses Dr. Sokolowski hat in Davos beobachten können, dass dort die Coxitispatienten vorzüglich gedeihen. Er fragt den Vortragenden im Hinblick auf das vorgestellte grosse Material an Coxitisfällen, ob wir hier besonders reich an tuberculöser Coxitis wären.

Dr. Klemm bejaht diese Frage.

In der Nachbehandlung tuberculöser Gelenkleiden sei das Seeklima von grosser Bedeutung. Schon Prof. Wahl ist warm dafür eingetreten. Wir seien durch unseren Strand in dieser Beziehung sehr günstig situiert, auch Arensburg sei nicht minder gut. Was im Hospital geschähe, sei ja nur das

Notwendigste. Die Schaffung von Sanatorien sei eine Aufgabe der Zukunft, die auch dem Hospital zu gute käme, das seine Kranken dann viel früher, als jetzt, abschicken könnte.

Dr. G. Kieseritzky,
d. Z. Secretär.

Sitzung am 29. October 1908.

Anwesend 64 Mitglieder und als Gäste die Herren Abramson, Saarfels, Werner.

Punct I. Dr. v. Mantuffel demonstriert eine 42-jährige Patientin, die an Myxoedem leidet. Die Patientin ist seit 6 Jahren verheiratet, kinderlos, hat nie abortiert; sie fühlt sich krank seit 5—6 Jahren. An den Hautdecken sieht man die gewöhnlichen Erscheinungen des Myxoedems: die starken Verdickungen des Unterhautzellgewebes; der Gesichtsausdruck ist stumpf, schläfrig, die Gesichtszüge schlaff. Ebenso sind Zunge und Wangenschleimhaut verdickt, plump. Bei Prüfung der Sensibilität — stark ausgeprägte Hyperaesthesia der gesamten Haut. Die Tagesmengen des Urin sind stark vermehrt, der Harn sehr hell, von spec. Gewicht 1003 $\frac{1}{2}$, mit Eiweiss Spuren. Starke Gedächtnisabnahme in den letzten Jahren. Pat. spricht langsam; ist ohne jede Initiative. Die Schilddrüse ist stark vergrössert, fühlt sich hart, fibrös an. Puls 90. Kein Exophthalmus.

Im Anschluss an diesen Fall bespricht der Vortragende die bisher bekannten Symptome des Myxoedems und hebt hervor, dass in der Aetiologie desselben recht oft Syphilis und Tuberculose erwähnt werden. Die neuen Untersuchungen von Calderonio scheinen auch dieses zu bestätigen. Im gegebenen Fall wären besonders hervorzuheben die sehr harte, fibröse Struma, die wohl an eine spezifische Degeneration dieses Organs denken lasse, obgleich sonstige Symptome der Syphilis fehlen. — Ausserdem seien hervorzuheben die grossen täglichen Urinmengen und das Zusammenfallen der Krankheitserscheinungen mit der Heirat der Patientin. — In der Stellung der Diagnose könnten oft Schwierigkeiten entstehen, wenn es sich um Anfangsstadien dieser Erkrankung handelt. Zum Schluss erwähnt der Vortragende die Geschichte der Ueberpflanzung von Strumagewebe zum Zweck der Heilung des Myxoedems — bis auf die neuesten Versuche von Payr und Kocher der Transplantation der Drüse in die Milz und das Knochenmark. Im gegebenen Falle hat die interne Behandlung mit Strumapräparaten zu kurze Zeit gedauert, um über einen Effect dieser Behandlung etwas aussagen zu können.

(Autoreferat).

Dr. Büttner. Auf die im vorliegenden Falle vom gewöhnlichen Krankheitsbilde abweichenden Symptome habe der Vortragende bereits hingewiesen. Erwähnenswert sei noch

besonders der Harnbefund. Der sehr helle und stark sauer reagierende Harn vom specifischen Gewichte $1003\frac{1}{2}$ habe minimale Eiweiss Spuren, aber keine Cylinder enthalten.

Alles dieses und die anscheinend ausgesprochene Polyurie — zu einer regelrechten Sammlung und Messung des Harnes konnte Pat. nicht veranlasst werden — liessen an das event. Vorhandensein einer interstitiellen Nephritis denken. Wegen Abwesenheit jeglicher Erscheinungen am Herzen und wegen des Mangels an Cylindern halte er es für wahrscheinlicher, dass die Polyurie nicht auf eine interstitielle Nephritis zu beziehen sei, sondern auf nervöser Basis beruhe und als solche neben den anderen vom gewöhnlichen Krankheitsbilde abweichenden Symptomen auch als eine Besonderheit an dem Falle hervorzuheben sei.

Dr. v. Bergmann: Unter den Methoden der Implantation müsse auch die von Kocher angeführt werden, der in das Knochenmark hineinplantiere; man müsse annehmen, dass er Erfolge gehabt habe, da er sie sonst wohl nicht empfohlen hätte.

Dr. Sokolowski: Es sei bedauerlich, dass wegen Stumpfheit der Patientin nichts über einen eventl. vorhergegangenen Basedow zu erfahren sei. Er erinnere sich eines Falles von Myxoedem in dem ein Struma vorhergegangen sei.

Dr. L. Schönfeld hat soeben die Patientin ophthalmoscopiert und eine bds. Sehnervenatrophie feststellen können. Eine Gesichtsfeldaufnahme müsse noch vorgenommen werden und würde beim Nachweis einer bitemporalen Hemianopsie an das Vorhandensein einer Hypophysishypertrophie zu denken sein.

Dr. Sokolowski macht nach dieser Mitteilung noch auf den auffallend grossen Kopf und die grossen Extremitäten der Patientin aufmerksam.

Dr. v. Manteuffel. (Schlusswort). Eine ophthalmoscopische Untersuchung habe bisher allerdings nicht stattgefunden. Was die Transplantation von Kocher betrifft, so sei über Dauerresultate nichts bekannt, auch sei die Operation schwierig, weil zwecks Erreichung des richtigen Endeffectes Blutungen hierbei vermieden werden müssen.

Punct II. Dr. P. Klemm stellt 2 Fälle vor, an denen er wegen Lähmungserscheinungen eine Sehnenplastik ausgeführt hatte. In den letzten Jahren seien Versuche gemacht worden auf operativem Wege durch Sehnenüberpflanzung gelähmte Glieder wieder beweglich zu machen. Nikoladoni, später Hoffa u. a., ist der erste gewesen, der den gelähmten Muskel mit der Sehne eines lebenden Muskels in Verbindung setzte. Zur Erreichung des gewünschten Effectes sei es nötig, dass die Axen des gelähmten und des in Verbindung zu setzenden Muskels einander parallel verlaufen, dass sie dieselbe Bewegungsrichtung hätten, sonst sei, wie z. B. bei Lähmung der Peronei und Verbindung mit der Tendo Achillis, die active Beweglichkeit eine unausgiebige die Bewegungsaction eine geringe. In dem zuerst vorgestellten Falle war nach vorangegangener Redression des be-

stehenden Klumpfusses eine Verbindung der Peronei mit den Dorsalflectoren der Zehen hergestellt worden.

Im zweiten Falle handelte es sich um eine Tibialislähmung.

Dr. Thilo hat in Deutschland häufig Gelegenheit gehabt, ausgeführte Sehnenüberpflanzungen zu sehen. In den meisten derartigen Fällen war wohl die Stellung des Fusses verbessert, die erreichte Beweglichkeit war aber nur eine sehr geringe. Hier in diesen beiden Fällen dagegen müsse er sagen, dass sowohl die Stellung wie die Beweglichkeit bedeutend verbessert seien.

Dr. Stender führt an, dass seines Wissens auch Seidenfäden zur Verbindung des gelähmten und des lebenden Muskels verwandt worden sind.

Dr. Klemm glaubt auch, dass nur wenig Fälle so gute Resultate wie die eben vorgestellten zeigen. Dr. Stender erwidert er, dass ausser Seidenfäden, Katgut, verschiedenes noch versucht worden sei: so habe Gluck vollständige Charniere an Stelle der Gelenke gesetzt. Diese Versuche müssen aber als misslungen bezeichnet werden, nach der Operation komme es doch zur Ausstossung. Dr. v. Mantuffel erwidert der Vortragende auf dessen Frage, warum die Verbindung der Wadenmuskulatur mit den Peronei eine unrichtige sei, dass erfahrungsgemäss diese Ueberpflanzungen nun einmal keine guten Resultate geben.

Dr. Thilo stimmt dem bei und führt an, dass die Bewegung der Muskeln eine viel complicirtere sei, als wir annehmen und dass wegen der Innervation der Antagonisten und wegen der verschiedenen Reflexpunkte der Muskeln bei einer Verbindung der Wadenmuskulatur mit den Peronei eine gute Beweglichkeit ausgeschlossen sei.

Nachtrag ad Punct I. (Dr. v. Mantuffel). Untersuchung der Augen durch Dr. E. Johansson: Gesichtsfeld bds. normal. Hemianopsie sicher ausgeschlossen. Farben werden gut erkannt. Bds. Sehnervenatrophie (Sehschärfe rechts $\frac{1}{4}$, links $\frac{1}{10}$ — mit Gläsern nicht gebessert).

Dr. G. Kieseritzky,
d. z. Secretär.

Sitzung am 19. November 1908.

Anwesend 51 Mitglieder und als Gäste die Herren Werner, Wendel, Pabo, v. Haffner, Maikapar.

Dr. G. Kieseritzky demonstriert vor der Tagesordnung mikroskopische Präparate von *Balantidium coli*.

Das *Balantidium* wurde in den darauf hin untersuchten Dejectionen einer 28-jährigen Patientin gefunden, die wegen seit 4 Monaten bestehenden Durchfällen in seine Abteilung im städtischen Kraukenhause aufgenommen worden war. Von Interesse ist in diesem Falle, — bekanntlich gilt das Schwein als der Wirt dieses Infusoriums — dass Patientin zu Hause

eine kleine Schweinezucht unterhält. Beschwerden in diesem Fall sehr gering: Uebelkeit und Aufstossen vorübergehend vorhanden gewesen. Keine Schmerzen, kein Erbrechen. Appetit gut; Stuhl enthält kein Blut, nur wenig Schleim. Anfänglich bis 7 Stühle täglich, jetzt nur 3—4 am Tage. — Referent weist kurz auf die vorhandene Literatur hin und erinnert an die vor ca. 10—11 Jahren auf den livländischen Aerztetagen gehaltenen Vorträge von Gurwitz und Prof. Dehio.

Dr. Hampeln hat während seiner Tätigkeit am Rigaschen Stadtkrankenhaus trotz häufiger Untersuchungen nur zwei Fälle beobachten können, bei denen das Balantidium im Darminhalte gefunden wurde. In einem Falle handelte es sich um schwere Enteritisercheinungen mit ulcerösen Geschwüren, im zweiten um einen leichten Typhus. Bei der letzten Untersuchung dieses Falles konnten die Infusorien nicht mehr gefunden werden. Die Beziehung der Infusorien zu den Darmgeschwüren sei seiner Ansicht nach noch eine fragliche, der Causalzusammenhang sei noch nicht erwiesen. Es sei wohl möglich, dass die Balantidien erst dann sich niederlassen, wenn Ulcerationen, wie sie bei der Schrumpfniere auftreten, entstanden sind. Chronische Darmgeschwüre würden in diesem Falle einen geeigneten Nährboden abgeben. Diesen Standpunkt in der Pathogenitätsfrage habe er bereits auf dem betreffenden livländischen Aerztetage vertreten.

Dr. Büttner hat gleichfalls vor 5 $\frac{1}{2}$ Jahren hier in Riga einen Fall beobachtet, bei dem sich im Stuhle Balantidium coli fand. Es handelte sich um eine 52-jährige Gesindewirtsfrau aus Livland, welche seit einem halben Jahre an Durchfällen litt, wobei Patientin ausserordentlich abmagerte. Patientin hat noch vor einem halben Jahre selbst Wurst gemacht. Stuhl erfolgt ungefähr 4 Mal am Tage. Sonst klagt Patientin noch über grosse Schwäche und über Trockenheit im Munde. Der Stuhl hat aashaften Gestank, ist flüssig, hat graue Farbe und zeigt makroskopisch sichtbaren Schleim und einige Blutstreifen. Bei der mikroskopischen Betrachtung fällt eine ganz beträchtliche Anzahl Balantidien auf, die, trotzdem der Stuhl schon ganz erkaltet ist, sich noch immer sowohl um sich selbst, als auch nach einer bestimmten Richtung hin äusserst lebhaft bewegen. Nicht besonders viel Eiterkörperchen im Stuhle. Das Blut enthält 55% Hämoglobin, zeigt im Uebrigen keine Besonderheiten. Ferner fällt eine hochgradige Kachexie auf, und es besteht eine ziemlich ausgesprochene Eintrocknung der Gewebe. Sonst ist nur noch der Harnbefund hervorzuheben: Es zeigte sich Eiweis in minimalen Spuren und es fand sich Indican in colossal vermehrter Menge; es wurden nämlich aus 10 ccm Harn 375 ccm. einer Indigo-Lösung in Chloroform gewonnen, welche in der Intensität der Färbung der Strauss'schen Testlösung entsprach. Es findet sich aber auch eine kleine Menge Zucker im Harn, trotzdem das spezifische Gewicht nur 1005 beträgt; die Nylandersche Reaction fiel positiv aus und bei der Hefeprobe bildete sich im Einhorn-

schen Saccharimeter eine Gasblase, die allerdings noch lange nicht $\frac{1}{4}\%$ erreichte. Die Gerhardt'sche Eisenchlorid-Reaction fiel negativ aus. Das war am 16. Mai 1903. Redner verordnete Chinin-Klystiere ($2^{0/100}$), ferner Taunalbin per os und schärfte den Angehörigen der Patientin, die seit längerer Zeit zwar auf Diät achteten, dabei aber Patientin, da sie appetitlos war, fast nichts zu essen gaben, ein, die Kranke zum Essen — natürlich leichtverdaulicher Kost — zu nötigen, da Patientin am Verhungern war und jetzt eine intensivere Ernährung ausserordentlich wesentlich erschien. Vielleicht würden sich mehr als wässrige Chinin-Klystiere derartige Klysmen empfehlen, bei denen das Vehikel ein Oel wäre und das Desinficiens ein Mittel, welches sich in Oel löst. Dann könnte man darauf rechnen, dass mit dem Oele das Desinficiens höher in den Darm hinaufgelangen könnte und zudem würde das Desinficiens so wohl! langsamer zur Resorption gelangen, als in wässriger Lösung und auf diese Weise längere Zeit auf die Balantidien zu wirken Gelegenheit haben. Patientin blieb zunächst nur 10 Tage in Behandlung. Mehrere Male wurden in dieser Zeit dem Rectum Stuhlproben mit dem Cohn-Heimschen Stuhlentnehmer entnommen und frisch auf Balantidien untersucht. Einmal fanden sich bloss einige unbewegliche kugelige Gebilde, die vielleicht encystierte Formen der Balantidien darstellten, ein späteres Mal fand sich nach längerem Suchen ein Exemplar eines Balantidium, welches keine Bewegung in toto mehr zeigte sondern nur noch eine träge Bewegung der Cilien. Eine am 10. August desselben Jahres vorgenommene Untersuchung des frischen Stuhles der wieder eingetroffenen Patientin zeigte keine sich bewegend Balantidien; es fanden sich jetzt aber Gebilde, von denen es zweifelhaft ist, ob es sich um encystierte Formen der Balantidien handelt, oder nicht. Am 26. Mai wurde Patientin nach Hause aufs Land gebracht, weil die Angehörigen sie zu Hause sterben lassen wollten. In den 10 Tagen der Behandlung nahmen also die Balantidien an Zahl sehr stark ab. Stuhl erfolgte 2—3 Mal täglich, er verlor seinen aashaften Geruch und hatte nicht mehr ganz dünnflüssige Consistenz. Im Harne vom 23. Mai fand sich weniger, aber immer noch sehr viel Indican; es wurde nämlich aus 10 ccm. Harn 100 ccm. einer der Strauss'schen Testlösung entsprechenden Indigo-Lösung gewonnen. Im Uebrigen aber findet sich auch in diesem Harne wieder eine sehr geringe Menge Traubenzuckers (Hefeprobe) (Gerhardt'sche Eisenchloridreaction negativ; Eiweiss in minimalsten Spureu vorhanden) und was die Hauptsache war, die Kachexie und die Gewebs-Anstrocknung blieb dieselbe, der Allgemeinzustand besserte sich — bei freiem Sensorium — nicht. Als die Kranke nach Hause gebracht wurde, betonte Redner den Angehörigen gegenüber, die Wichtigkeit einer ausreichenden Ernährung und ordnete an, die Chinin-Klystiere wegzulassen (wegen des hochgradigen Schwächezustandes), dagegen ab und zu Darm-spülungen mit Wasser vorzunehmen. Am 8. Juli desselben Jahres konnte ihm der Sohn von einer deutlichen Besserung

berichten, und am 10. August präsentiert sich Patientin selbst, unvergleichlich gebessert. Patientin hat zugenommen, hat im Blute 70% Hämoglobin und hat 2—3 Mal täglich dickbreiigen Stuhl. Der mikroskopische Befund des Stuhles ist oben schon erwähnt. Der Harn zeigt diesmal ein spec. Gewicht 1026, ist völlig eiweissfrei, enthält keinen Zucker (Nylander angedeutet positiv, Hefeprobe negativ), zeigt aber starke Vermehrung des Indicans: Aus 10 ccm. Harn werden gewonnen 165 ccm. einer der Straussscheu Testlösung entsprechenden Indigolösung. Am 3. November desselben Jahres teilt der Sohn der Patientin mit, dass Patientin nun gesund sei. Stuhl erfolge 1—2—3 Mal täglich. Es handelte sich in diesem Falle um eine Affection des Darmes, sowohl des Dünndarmes, als auch des Dickdarmes, wobei eine zeitlang faulige Zersetzungsvorgänge sich im Darne abspielten. (Anfangs der aashaft Geruch des Stuhles und zugleich die grössten Indican-Mengen!) Zugleich finden sich Balantidien. Ob sie späterhin völlig schwinden, (encystierte Formen?) Ausserdem ist am Falle interessant, dass sich zur Zeit des schlimmen Befundes kleine Mengen Zucker fanden und minimale Spuren von Eiweiss. Beide, Zucker und Eiweiss waren bei dem gebesserten Befinden der Patientin am 10. August nicht mehr im Harn vorhanden. Man ist geneigt, hierin keine Zufälligkeit, sondern einen Zusammenhang zu erblicken. Man darf an die Möglichkeit denken, dass die primären Vorgänge im Darne die Veränderungen des Harnes zur Folge haben könnten (was in Bezug auf den Indican-Gehalt ja selbstverständlich ist). Die Frage, ob in diesem Falle die Balantidien als die Erreger der Darmaffection anzusehen sind, oder ob sie bloss zur Zeit des Höhepunctes der Fäulnisvorgänge im Darne einen günstigen Nährboden fanden und auf diese Weise mehr einen nebensächlichen Befund darstellten, kann nicht entschieden werden. Redner betont noch, dass in diesem Falle der Hinweis, dass Patientin in ausreichender Weise ernährt werden müsse, wichtig war, weil die Angehörigen, in der löblichen Absicht, Diät einzuhalten, die Patientin vielleicht hätten verhungern lassen.

(Autoreferat.)

Punct I der Tagesordnung:

Dr. Eduard Schwarz hält seinen angezeigten Vortrag: Ueber Heine-Medinsche Krankheit mit Krankendemonstration (Erscheint in der St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift).

Dr. O. Stender fragt den Vortragenden, «wie er sich die Wiederkehr der Patellarreflexe erkläre?»

Dr. Ed. Schwarz: Die Wiederkehr des Kniephänomens ist ebenso zu erklären wie die Reparation der in ihrer Function acut gestörten Muskelgruppen, z. B. der Bauchmuskeln und der Strecker der Unterschenkel selbst; sie liegt begründet in der Eigentümlichkeit des pathologischen Processes; die kleinzellige Infiltration tritt herdweise auf, ist bald dichter, bald weniger dicht, bedrängt die Ganglienzellen bald mehr und intensiver, bald mehr aus der Ferne; sind die Entzün-

dungsherde in den Zellengruppen sehr dicht, so gehen die Ganglienzellen zugrunde und eine Reparatur der von diesen versorgten Muskeln ist nicht mehr möglich. Ist die Bedrängung der Ganglienzellen eine geringe, so ist ihre Funktionsbeeinträchtigung nur eine zeitweilige: sie kehren zur Norm zurück, und mit ihnen kehrt die Function der Muskeln resp. das Kniephänomen wieder.

(Autoreferat.)

Dr. Th. Tiling stellt an den Vortragenden die Frage, «inwiefern in seinem Falle die Contagiosität nachgewiesen sei?» —

Dr. Ed. Schwarz: Die Contagiosität sei in dem vorgestellten Falle nicht direct zu beweisen; doch die Erfahrungen der Epidemie in Schweden lassen vermuten, dass die Angabe des Patienten, ihn habe 3 Tage vor seiner Erkrankung ein ähnlicher Kranker besucht, keine bedeutungslose ist. Auch die Beobachtungen in der Abteilung im Krankenhaus von den drei Fällen «seröser Meningitis» und des einen Falles von Landryscher Paralyse beanspruchen im Lichte der schwedischen Erfahrungen die grösste Beachtung. Ob diese Fälle ähnliche oder dieselben intensiven contagiösen Eigenschaften haben, wie diejenigen der Epidemie in Schweden 1905, das wird nur durch weiteres Studium zu eruieren sein und dieses beansprucht die intensive Beihilfe der Collegen. Mir will scheinen, dass es sich bei der Heine-Medinschen Krankheit ähnlich verhalten dürfte wie bei der Weichselbaum'schen Cerebrospinalmeningitis, bei der die Virulenz des Giftes meist nur so stark ist, um sporadische Fälle zu erzeugen und dass nur zu Zeiten unter unbekanntem Bedingungen die Virulenz steigt, dass es zu ausgedehnten Epidemien kommt, wie kürzlich in Schweden.

(Autoreferat.)

Dr. Krannhals betont, dass er in Bezug auf die Aetiologie der in Rede stehenden Krankheit nur Vermutungen aussprechen könne.

Dr. Ed. Schwarz unterbricht ihn mit der Bitte in Bezug auf die Aetiologie das mitteilen zu dürfen, was er im Vortrag vergessen habe zu erwähnen. Während der schwedischen Epidemie 1905 sei es nicht gelungen ein Bacterium zu züchten; auch sind in den anatomischen Präparaten nie Bacterien gefunden worden. Während einer gleichzeitigen Epidemie in Norwegen aber sei es Geiersvold gelungen einen bohnenförmigen Diplo- resp. Tetracoccus zu züchten, der in grossen Kolonien wächst, die bald weisslich werden; er ist grampositiv, wächst auf verschiedenen Nährböden und färbt sich gut. In zwei in den ersten Tagen der Erkrankung zu Grunde gegangenen Fällen, konnte Geiersvold an den Leichen die Lumbalpunktion ausführen; in beiden Fällen machte der Liquor den Eindruck einer frischen Cultur, sah hellrosa aus, war in dem einen Falle klar, im anderen trübe. Falls sich diese Befunde bestätigen, so ist der Feind entdeckt; hat man ihn erst, so wird die Bacteriologie hoffentlich auch Waffen gegen ihn zu schmieden wissen. Der Coccus

scheint kurzlebig zu sein, erzeugt keine eitrige Entzündung, stiftet aber durch Wahl des Ortes seiner Tätigkeit irreparable Schäden.

(Autoreferat.)

Dr. Krannhals meint, dass die Heine-Medinsche Krankheit vom epidemiologischen Standpunct aus der epidemischen Cerebrospinalmeningitis parallel zu stellen wäre. Die von Dr. Ed. Schwarz angeführte Lymphocytose, spreche dafür, dass die Mikroorganismen in diesem Falle dem menschlichen Organismus gegenüber eine geringe Virulenz zeigen. Lymphocytosen sehe man mehr bei den chronischen Processen. Das Vorhandensein einer solchen bei einem acuten Prozesse spreche für die Gutartigkeit des letzteren. Wahrscheinlich handele es sich im vorliegenden Falle um eine Abart der zur Gruppe der Meningococcen gehörigen Mikroorganismen, die im Allgemeinen eine mildere Infection erzeuge.

Dr. Voss fragt den Vortragenden, ob er ihn richtig verstanden habe, dass diese Untersuchungen den Nachweis bieten sollen, dass diese ganze Gruppe von Krankheiten, zu denen die essentielle Kinder-Lähmung und die anderen genannten gehören, als zusammengehörige infectiöse Gruppe zu gelten habe? und ob sich beim Vorhandensein einer diffusen Infiltration auch Erscheinungen an den Sinnesorganen, besonders an Augen und Ohren, einstellen?

Dr. Ed. Schwarz erinnert sich nicht in den von Wickmann referierten Fällen über Ohrenstörungen, speciell Taubheit, etwas gelesen zu haben. Im Gegensatz zur Cerebrospinalmeningitis, bei denen Augenstörungen häufig sind, erinnere er sich nur in einem Falle eine vorübergehende Sehstörung referiert gefunden zu haben.

P. II. Dr. Poorten demonstriert mikroskopische Präparate von

Chorionepitheliom der Vagina.

Der Fall war kurz folgender: Im Juli a. c. wandte sich die 29-jährige M. P. aus Polnisch-Russland an ihn. Aus der Anamnese zu ersehen, dass sie aus einer tuberculös belasteten Familie stammt. Der Vater lungenkrank, eine Schwester an der Schwindsucht gestorben. Ihr sind früher die Drüsen der einen Achselhöhle ausgeräumt worden. Hat früher an Husten ohne Auswurf gelitten. Niemals in früherer Zeit Bluthusten. In 4 Jahren 2 Aborte gewesen. Vor einem Jahr Abrasio. (Dr. Hach.) Bald nach derselben concipierte Patientin. Die Schwangerschaft verlief mit Ausnahme geringer Blutung im 3. Monat, die auf Bettruhe und Opium stand, gut. Am 30. Mai spontane Geburt eines lebenden gesunden Kindes. Nachgeburt «vollständig» gewesen. Zwei Monate vor der Geburt starker Bluthusten. Abmagerung, Stiche und Schmerzen in der linken Seite. 14 Tage vor dem Partus traten starke Genitalblutungen auf, die mit Unterbrechungen bis zur Geburt andauerten. Ein Arzt fand nichts. Nach der Geburt kein Blutspeien. Seit der Geburt 8 Wochen Blutungen von verschiedener Stärke. 10 Wochen nach der Geburt hat der Arzt gesagt, dass Geschwülste in der Scheide seien.

Pat. hat aber schon 5 Wochen vorher bemerkt, dass etwas aus der Scheide heraustrete, ist aber darüber beruhigt worden. 2 Wochen nach der Geburt «Schleier vor beiden Augen», so dass Patientin schwach sehen kann. Das rechte Auge nach 8 Wochen besser. Das linke noch jetzt verschleiert, doch bessere es sich auch. Die Frau ist gut genährt, von blassem etwas pastösem Aussehen. An der vorderen Scheidenwand eine kleine wallnussgrosse Verdickung, der Vaginalschleimhaut breitbasig aufsitzend, dicht hinter der Urethralmündung anfangend; vorne und auf der Kuppe schwarzblaue dickere Partie, die schwammig gequollen erscheint, dort auch ein Defect in der bedeckenden Schleimhaut, der mit schwarzem Gerinnsel ausgefüllt erscheint. An der hinteren Vaginalwand gegenüber dieser Geschwulst eine glasig ödematöse von gleichem Aussehen, von der Grösse einer kleinen Birne, sich nach oben verjüngend. Die kombinierte Untersuchung ergab keine Besonderheiten, mehrfache Untersuchung mit dem Speculum zeigte, dass aus dem Uterus kein Blut trat. Dr. P. stellte die Diagnose Chorionepitheliom. Eine mikroskopische Untersuchung von (vorne und hinten) excidierten Stücken bestätigte die Diagnose. Die Excisionswunde an dem hinteren Vaginaltumor blutet sehr stark, und die Blutung kann wegen Brüchigkeit des Gewebes mit Umstechungen nicht beherrscht werden. Blutung steht auf Tamponade. Katheterurin — chemisch und mikroskopisch normal. Die Patientin sollte operiert werden, und zwar hatte Vortragender die Exstirpation des ganzen Genitale vorgeschlagen. Sie entzog sich aber der Behandlung. Während der Beobachtung trat Blutspeien auf ohne höhere Temperaturen. Es liess sich kein Lungenherd nachweisen. An der Hand dieses Falles bespricht Vortragender kurz das seltene Vorkommen dieser Fälle. Er erwähnt die verschiedenen Theorien über die Aetiologie dieser Tumoren, welche, nach Blasenmole — in 50% — nach Abort und normaler Geburt vorkämen. Es gebe bösartige und gutartige Chorionepitheliome, doch lasse sich dieses nicht mikroskopisch unterscheiden. Vortragender habe wegen der möglichst bald vorzunehmenden Exstirpation eine Abrasio nicht ausgeführt, so dass sich nicht entscheiden lasse, ob hier ein primäres Vaginalepitheliom vorliege oder ein metastatisches. Immerhin gehöre der Tumor, der nach normaler Gravidität aufgetreten, zu den selteneren und interessanteren. Dr. P. ist der Ansicht, dass in diesen Fällen radical und schnell operiert werden müsse, dass man es nicht darauf ankommen lassen dürfe, dass der in Frage kommende Tumor vielleicht gutartig sei. Die Blutungen vor der Geburt lassen es nicht ausgeschlossen erscheinen, dass der Tumor schon vor Beendigung der Schwangerschaft aufgetreten war.

(Autoreferat.)

Dr. Hach: Was die Indication zur Operation anbelangt, so seien Fälle veröffentlicht worden, in denen nach 1 resp. 2 maliger Abrasio vollkommene Genesung eingetreten sei. Ferner seien auch Fälle bekannt geworden, in denen keine Gravidität vorhergegangen sei.

Dr. Poorten stimmt dem bei und weist gleichzeitig darauf hin, dass Geschwülste von demselben Bau auch bei männlichen Individuen beobachtet worden sind. Es seien das wohl Fälle, bei denen es sich um Tumoren handle, deren Anlage aus dem Fötalleben stamme und die dann später durch irgendwelche Einflüsse mit einem Mal zur Entwicklung kommen.

(Autoreferat).

Nachtrag: Da Dr. P. einige Tage nach einer Demonstration erfahren hatte, dass dieselbe Patientin nachträglich unter der auch von einem Syphilidologen für wahrscheinlich gehaltenen Diagnose Lues in specialärztlicher Behandlung gestanden hatte und nach Gebrauch von Jodkalium unter Rückgang aller krankhaften Erscheinungen am Genitalorgan als vollständig genesen entlassen worden war, schickte er, indem er an seiner Diagnose Chorionepithelion festhielt und annahm, dass es sich in diesem Falle dann um eine gutartige Form von Chorionepithelion gehandelt hatte, das auf der Sitzung vom 19. Nov. c. gezeigte mikroskopische Präparat dem Berliner Prof. der gynäkologischen pathologisch-anatomischen Mikroskopie, C. Ruge zu, der nach Besichtigung desselben Präparates der Diagnose «Chorionepithelion» bestimmte.

Dr. G. Kieseritzky,
d. Z. Secretär.

Sitzung am 3. December 1908.

Anwesend 58 Mitglieder und als Gäste die Herren Abramson, Schneider, Wendel. Die Protocolle der Sitzungen vom 29. Oct. und 19. Nov. c. werden vorlesen und angenommen.

Demonstrationen vor der Tagesordnung:

1) Dr. Theodor Schwartz: Ein Fall von Poliomyelitis nucleii n. facialis sinistri.

Dr. Th. S. demonstriert ein Kind von 2 Jahren mit einer Poliomyelitis nucleii u. facialis sin. Das Interesse dieses Falles beruht darauf, dass eben nur der nucleus facialis sin. von dem Krankheitsprocess ergriffen ist. Klinisch liegen die Zeichen einer peripheren Facialislähmung aller Zweige mit Entartungsreaction vor; sonst ist nirgends eine Lähmung oder Parese zu constatieren, auch soll zu Beginn der Erkrankung nirgends derartiges bemerkt worden sein. Die Erkrankung setzte vor einem Monat ein: plötzlich hohes Fieber, leichte Benommenheit und, wie es scheint, auch leichte Convulsionen oder Spasmen: nach zwei Tagen Wohlbefinden, doch bemerkte man sofort die Facialislähmung. Eine Organerkrankung liegt nicht vor, sodass unter Berücksichtigung des plötzlichen Beginnes der schweren Allgemeinerscheinungen auch an eine rheumatische Facialislähmung nicht zu denken ist und nur die Poliomyelitis nachbleibt. Fälle dieser Art sind in der Literatur als äusserst selten erwähnt.

(Autoreferat.)

2) Dr. G. v. Engelmann: Ein Fall von Erythema exsudativum multiforme, bemerkenswert durch hochgradige und ausgedehnte Blasenruption, hervorgehend aus dem in Figuren und in Irisform angeordneter Erythem. Der Verlauf ein typischer, beginnend an Händen und Füßen und sich dann über das Gesicht und den Rumpf ausdehnend.

3) Dr. I. Eliasberg. Ein Fall von Psoriasis. Das Bemerkenswerte am vorliegenden Falle bildet 1) das Beschränktgebliebensein des Processes auf einen kleinen Teil im oberen Drittel der Streckseite des linken Unterschenkels und 2) das Ausbleiben jeglicher Besserung trotz lange dauernder Behandlung. (Arsen etc.) Die Verwandten des Kranken sind alle gesund.

Dr. M. Hirschberg: Ueber Hauterkrankungen bei chronischer Leukämie. (Autoreferat nicht geliefert worden).

Nach Erledigung der Tagesordnung richtet Dr. Fr. Voss folgende Anfrage an die Herren Fabrikärzte der Gummifabrik Prowodnik.

Von einem Collegen habe er erfahren, dass die Zahl der Bleikranken im Stadtkrankenhaus—es handele sich dabei um Arbeiter der Fabrik Prowodnik—ganz bedeutend zugenommen habe. Nun sei es ihm wohl bekannt, dass Bleivergiftungen bei Malern, Schriftsetzern und Arbeitern an Farbfabriken vorkommen, nicht aber, dass auch auf Gummifabriken Blei in Frage kommen könne.

Eine andere Mitteilung eines zweiten Collegen betrifft einen Arbeiter, der auffallenderweise auch von einer Gummifabrik (aber nicht der oben erwähnten) stammt. In diesem Falle kann vielleicht als schuldige Ursache eingeleiteter und ganz schadhaft gewordener Emaillebleikessel angesehen werden, aus dem die Eltern des Arbeiters und dieser selbst zu essen pflegten. Der Vater des bleikranken Arbeiters—dieser arbeitete gar nicht in der Fabrik selbst, sondern war daselbst Platzarbeiter,—war angeblich gesund, hatte aber einen Bleisaum, ebenso wie die Mutter, die an Bleikolik litt. Wenn auch vielleicht—wie gesagt—in diesem Falle der Kessel die schuldige Ursache sein könnte, so erscheint doch eine Klarstellung dieser Angelegenheit, wenigstens soweit sie die Gummifabrik Prowodnik betrifft, durchaus erwünscht, da sonst an den Gummifabriken der Vorwurf haften bleiben könnte, dass ihr Betrieb gerade die Arbeiter mit Blei vergifte. «Ich möchte daher», schliesst Dr. Voss «an die Herren Fabrikärzte des Prowodnik die Frage richten, ob jetzt vielleicht eine Aenderung der Fabrikationsmethode eingeführt worden ist?»

Discussion:

Dr. G. Kieseritzky, der keinen der Aerzte der Fabrik Prowodnik in der Versammlung mehr anwesend sieht, bestätigt von sich aus als Abteilungsarzt im Stadtkrankenhaus das gehäufte Auftreten von Bleivergiftungen an Arbeitern der Fabrik Prowodnik. Er glaubt die Ursache der Erkrankung bei diesem in der Beschäftigung wohl mit Blei enthaltenden

Farben sehen zu können. Von Interesse, noch mehr aber von grosser Bedeutung sei der Umstand, dass auch Leute, die nicht auf der Fabrik arbeiten, resp. vor langer Zeit dort gearbeitet haben, erkranken und das auch bei den die Kranken besuchenden Personen oft ein Bleisaum bei darauf hin speciell gerichteter Untersuchung, festgestellt werden konnte; diese hatten nach ihren Angaben z. T. gar keine z. T. geringe Vergiftungserscheinungen gehabt.

Nachtrag: eine sicher begründete Erklärung für das Vorkommen von Bleivergiftungen bei den zuletzt erwähnten Leuten vermag er nicht anzugeben.

Dr. Treu teilt mit, dass die erkrankten Arbeiter aus Abteilungen stammen, wo Blei in Frage käme, besonders komme dieses in Betracht bei den in der Walz- und Mischabteilung beschäftigten. Er zeigt eine hierauf bezügliche genauere Mitteilung zur nächsten Sitzung an.

Dr. G. Kieseritzky.
d. Z. Secretär.

Sitzung am 17. December 1908.

Anwesend 55 Mitglieder und als Gäste die Herren Abramson, Lundberg, Jacobsohn, Pinker, Mackaweiski, Saarfels, Lempert.

Das Protocoll der Sitzung vom 3. December wird verlesen und angenommen.

Eingelaufen ein Schreiben des Schulvorstehers Gregor Vielrose. Verlesung desselben.

Dr. W. Treu beantwortet die von Dr. Voss auf der letzten Sitzung gestellte Anfrage (das vermehrte Auftreten von Bleivergiftungen unter den Arbeitern am Prowodnik betreffend):

«Obgleich ich seit 4 Monaten nicht mehr Fabrikarzt am Prowodnik bin, halte ich mich doch in Anbetracht einer von mir behandelten stattlichen Anzahl von an Blei-Intoxication leidenden Arbeitern für berechtigt, dasjenige anzuführen, was mir durch den ersten Chemiker der Fabrik bestätigt wurde: dass nämlich nicht allein jetzt, sondern auch in früheren Jahren ca. 10 pCt. Blei bei der Fabrikation in der Misch- und Walzabteilung verwendet worden ist und eine Aenderung im Betriebe nicht vorgenommen worden ist.»

Punct I. Dr. A. Bertholz demonstriert einen Fall von Tetanie bei einem 1½jähr. Kinde.

Patient, jüdischer Abstammung, ist 1 Jahr 6 Monate alt. Eltern und ein älterer Bruder gesund, keine familiäre Belastung; bis vor 1 Jahr wurde das Kind nur an der Mutterbrust ernährt und entwickelte sich angeblich normal; darauf wurde es auf Kuhmilch gesetzt und ist bis jetzt bei reiner Kuhmilchnahrung ohne Beikost geblieben; es trinkt ca. 1½ Stof Milch (fast 2 Liter) täglich. Das Kind hat keine acuten Krank-

heiten durchgemacht und hat nur — namentlich in den letzten 6 Monaten — an festem Stuhl gelitten. Seit 5—6 Monaten ist das Kind in der Entwicklung zurückgeblieben und seit der Zeit hat sich allmählich folgendes Krankheitsbild entwickelt:

Sehr blasse Farbe, Haut rein, mässiger Turgor, keine Agilität; Knochen normal, keine Drüenschwellung. Brustorgane bieten normalen Befund. Abdomen aufgetrieben, grosse Leber. Extremitäten in tetanischer Streckung, Pfötchenstellung der Arme und Geburtshelferstellung der Finger, Füsse in Equinusvarusstellung mit Hohlfusscontractur. Oedem der Dorsapedum, ausgesprochene mimische Starre der Gesamtgesichtsmuskulatur. Sehr ausgesprochenes Facialisphänomen, auch die mechanische Unbeweglichkeit der Muskeln ist ausgesprochen (Lippenphänomen—Thiemich), schon auf mittelstarke Geräusche treten heftige Zuckungen am Körper auf.

Die K. Oe. Z. ist < 3,0 M. A. Stimme hat einen auffallenden Klang beim Schreien, als ob die Zunge schwer beweglich oder starr wäre. Der Augenhintergrund ist normal. (Dr. Hedenström). Bei der eingeleiteten Therapie (24 Stunden Theediät, dann nur Haferschleim und Mehlabkochungen) besserte sich die Uebererregbarkeit der Nerven und Muskeln innerhalb von 6 Tagen in ganz eclatanter Weise; auch die galvanische Erregbarkeit, gemessen am n. ulnaris ging auf 5 M. A. bei der K. Oe. Z. zurück.

Zum Zweck der Demonstration des Patienten habe ich seit 2 Tagen wiederum $\frac{3}{4}$ L. Milch pro die geben lassen, wobei die Erregbarkeit wiederum merklich anstieg. Die K. Oe. Z. trat heute bereits bei 3 M. A. ein.

Nachtrag: Die Untersuchung des Augenhintergrundes des Patienten durch die DDr. L. Schönfeldt und Baron Krüdenner hat ergeben, dass derselbe nicht normal ist, sondern dass der für die Sachs'sche Krankheit charakteristische Befund vorliegt, d. h. kleiner in der Entwicklung zurückgebliebener n. opticus und ein kirschroter Fleck in der Macula lutea, sodass es sich neben der manifesten Tetanie bei dem Patienten um eine sogenannte amaurotische idiopatische Idiotie handeln dürfte.

(Autoreferat).

Discussion:

Dr. Bernsdorff fragt den Vortragenden, wann sich bei dem Kinde die Erscheinungen der Tetanie eingestellt hätten.

Dr. Berkholz: Bis vor einem halben Jahr ist der Gesundheitszustand ein vollkommen guter gewesen, vor ca. 6 Monaten sind dann die ersten Anzeichen der Krankheit bemerkt worden.

Dr. A. Berkholz demonstriert ferner ein 7-jähriges Mädchen mit Bronchiektasie beider Lungen.

Patientin, A. A., ist das vierte von sieben Kindern; die Familienanamnese ist normal; sie leidet seit ihrer Geburt an Husten, der zu Zeiten sich bessert, aber niemals vollkommen vergeht. Mehrmals im Jahre treten Fiebererscheinungen auf zugleich mit vermehrtem Hustenreiz und reichlichen Expectorationen. Der Zustand ist allmählich schlechter geworden,

namentlich tritt in letzter Zeit oft am Morgen, aber auch sonst am Tage, sobald Pat. längere Zeit nicht gehustet hat, sehr reichliche Expectoration auf, so dass bis zu $\frac{1}{2}$ Teeglase Schleim auf einmal expectoriert wird.

Das Kind ist in der Entwicklung zurückgeblieben, Trommelschlägerfinger und -Zehen, schwach entwickelte Muskulatur, geringes Fettpolster, Rachen, Ohren und Nase normal; Herz normal, schlaffe Bauchdecken, Abdominalorgane o. B. Ueber den Lungen vorn vereinzelte bronchitische Geräusche, hinten parallel zur Wirbelsäule in der Höhe der 2—4 Brustwirbels, links bis zum inneren Scapullarrande, rechts etwa bis zur Mitte der Scapula lautes bronchiales resp. amphorisch klingendes Atemgeräusch und viel oder weniger grossblasiges Rasseln, je nachdem das Kind eben ausgegustet hat oder längere Zeit nicht hustete; die Percussion ergibt über diesen Partien einen leereren Schall als über den übrigen Lungenteilen. Tuberkelbacillen sind im Sputum nicht gefunden worden. Ueber die Entstehung der Bronchiektasien lässt sich nur vermutungsweise annehmen, dass sie mindestens in der Anlage angeboren sind und sich allmählich in Folge des Katarrhs vergrössert haben. Für eine im Säuglingsalter überstandene Pneumonie, welche für die Entstehung derselben beschuldigt werden könnte, bietet die Anamnese keine genügenden Anhaltspunkte.

(Autoreferat.)

Discussion:

Dr. L. Bornhaupt wünscht vom Vortragenden zu erfahren, ob hier ein einziger circumscripter Herd resp. zerstreute Herde in einer Lunge oder eine beiderseitige Affection vorliegt.

Dr. A. Berkholz: Es handelt sich hier jedenfalls um mehrere, nicht um eine Caverne, wobei der Process links wohl mehr als auf der rechten Seite entwickelt ist.

Dr. Schabert referiert über einen Fall von angeborener Bronchiektasie bei einem 20—30-j. Manne, bei dem sich als zufälliger Sectionsbefund das typische Bild einer angeborenen ausschliesslich einseitigen Bronchiektasie darbot, und eine Verkleinerung der betr. Lunge bestand. Das Aussehen solch einer Lunge («Wabenlunge») verträgt am besten den Vergleich mit einer Cystenniere. Doppelseitige Processe dieser echten angeborenen Bronchiektasie dürften mit dem Leben unvereinbar sein. Box Einteilung hält sich nicht streng an den Begriff der Congenitalität.

Dr. L. Bornhaupt: Die Chirurgie stehe Fällen, in denen es sich um auf einen Lungenlappen beschränkte Bronchiektasien handelt, nicht ganz machtlos gegenüber. Lenhartz z. B. berichtet über gelungene Resectionen, die sich bis auf einen ganzen Lungenlappen erstrecken.

Dr. Berkholz (Schlusswort) hat nur Bronchiektasien bei 3—4 Monate alten Säuglingen gesehen. Die Frage Dr. Schaberts nach dem % Verhältnis der einseitigen und doppelseitigen Bronchiektasien vermag er nicht zu beantworten. Nach Ansicht von Box führen Pneumonien nur dann zur

Bildung von Brouchiektasien, wenn eine Veranlagung dazu vorhanden ist, diese müssen jedoch in jedem Falle vorliegen. Im vorgestellten Falle ist trotz genauer Nachforschung nach einer eventl. vorausgegangener Pneumonie nichts Positives darüber zu erfahren gewesen.

Punct II. Dr. v. Bergmann spricht zur Differentialdiagnose der Nierentumoren.

Vortragender demonstriert eine 2 faustgrosse Pyonephrose mit Steinen, von denen ein grosser Stein in den Ureter hineinragt und ihn völlig obturiert. Patientin hatte im August a. c. ein Trauma erlitten (sie war aus dem Wagen auf die rechte Seite geschleudert worden) und hatte vom September an einen rasch wachsenden Tumor unter dem rechten Rippenrande bemerkt. Anfang November war die Diagnose eines Ovarialtumors gestellt und Patientin der gynäkologischen Abteilung überwiesen worden. Der Tumor war glatt, gegen den Rippenrand nicht deutlich abgrenzbar, fixiert, in die Lumbalgegend nicht verschiebbar. Eine Nephrolithiasis in der Anamnese (vor 6 Jahren Abgang eines Steines), der trübe, viele polynucleäre Eiterzellen und 2⁰/₁₀₀ Albumen enthaltende Urin, sowie leichte Fieberbewegungen ermöglichten die Diagnose und die colossale (bis mehrere ctm. starke) Schwartenbildung erklärte die Fixierung der Niere, welche erst ausgelöst werden konnte, nachdem die Schwarten bis auf die Nierensubstanz scharf durchtrennt worden waren.

Ein zweiter etwa melonengrosser Tumor der Niere — Retentionsniere — bedingt durch eine Ureterstrictur etwa einen handbreit vom Nierenbecken war gleichfalls fixiert und aus der Lumbalgegend verschoben. Auch hier gab der Urinbefund (Eiterkörperchen, reichlich Cylinder, Albumen 1,25⁰/₁₀₀) die Möglichkeit der Diagnose, die durch Uretherenkatheterisation bestätigt wurde. Dieser Tumor war ungemein leicht auszulösen. Seine dislocierte und fixierte Lage war wahrscheinlich durch den colossal verdickten (fingerdicken) und durch die Dilatation über der Strictur in den Tumor hineinbezogenen Ureter bedingt.

Dass andererseits eine in die Lumbalgegend verschiebbare Niere doch einen diagnostischen Irrtum zulässt, beweist ein Fall, den Referent am 4. November a. c. operierte. Es handelte sich um eine ca. 60 j. Frau, die vor 2 Jahren und im Oct. 1908 wiederum starke Nierenblutungen gehabt hatte. Seit 3 Jahren bestehen starke Schmerzen in der r. Nierengegend, die ins Becken ausstrahlen. Bei der Aufnahme blutete Patientin nicht. Der leicht trübe Urin enthielt viel polynucleäre Eiterkörperchen, vereinzelte rote Blutkörperchen, kein Albumen. Cystoskopisch normale Blase, normal funktionierende Ureteren.

Unter dem r. Rippenrande bestand ein etwa 2 faustgrosser Tumor, der sich nicht gegen die Leber deutlich abgrenzen liess, aber exquisit in die Lumbalgegend verschiebbar war, sodass ein Zusammenhang mit der Leber daraufhin ausgeschlossen wurde. Die Operation ergab eine normale Niere, die tief stand und in ganzer Ausdehnung an die vena cava durch

Adhäsionen derart fixiert war, dass man sie sehr gut nach hinten in die Lumbalgegend, nicht aber nach aussen, verschieben konnte; der ptotische r. Leberlappen konnte dadurch nicht von ihr abgeschoben werden und so entstand der Eindruck einen Nierentumor vor sich zu haben. Die Stellung des r. Leberlappens maskierte die von hinten her deutlich abzutastende, einen grossen Stein enthaltende Gallenblase. Diese wurde von demselben Schnitt aus entfernt und ergab an ihrer Kuppe ein Carcinom. Diese Fälle beweisen, dass das Postulat, im Nierentumor müsse in die Lumbalgegend hin verschiebbar sein, nicht strict in jedem Falle aufrecht erhalten werden könne, so gute Dienste dasselbe Referenten auch mehrfach erwiesen in Fällen, die mit der Diagnose Nierentumor ins Krankenhaus geschickt, sich als ptotische Leber- oder Darmtumoren erwiesen. Namentlich scheinen entzündliche Prozesse im Nierenbecken, oder auch solche, die sich in der Nachbarschaft, an der Gallenblase, am Wurmfortsatz abspielen zu extraperitonealen Adhäsionen Veranlassung zu geben, die dann die Niere in eine dislocierte Lage bringen und in dieser fixieren können. Fehlt in solchen Fällen ein positiver Urinbefund, so kann die Diagnose besonders schwer sein.

(Autoreferat.)

Discussion:

Dr. P. Hampeln hebt die grossen Schwierigkeiten hervor, die sich bei der Differentialdiagnose zwischen Nierentumoren und Tumoren besonders des r. Leberlappens herausstellen können. Er habe diese Schwierigkeiten häufiger erfahren und glaube bei dieser Gelegenheit darauf hinweisen zu sollen. In einem Falle solcher Art lag ein Tumor der Gallenblasengegend vor, der alle Merkmale eines der Leber angehörenden Tumors hatte; dafür wurde der Tumor natürlich nur mit Wahrscheinlichkeit sowohl vom consultierten Chirurgen, als von ihm — auch auf Grund der Anamnese — gehalten. Der Fall nimmt insofern noch besonderes Interesse in Anspruch, als späterhin sich Zeichen einer Compression des Rückenmarkes einstellten. Pat. ging nach Berlin und wurde von Israel wegen eines extramedullären Tumors operiert. Es handelte sich um ein Chondrosarcom des VI. Brustwirbels. Der Tumor in der Gallenblasengegend aber erwies sich, wie ein zur Aufklärung vorgenommener Bauchschnitt ergab, als die dorthin gelagerte, ptotische, vergrösserte Niere. Das Operationsresultat war übrigens ein ausserordentlich günstiges, da Patientin von ihrem Rückenmarksleiden befreit wurde und sich noch jetzt, also nach 7 Jahren guten Befindens erfreut. Veröffentlicht ist der Fall von Israel in der Berl. Klin. Wochenschrift, 1903, Bd. 40. Die dort mitgeteilte Krankengeschichte ist nur dahin zu ergänzen, dass Patientin am 23. Febr. 1901 angab, schon vor 4 Jahren an Beschwerden gelitten zu haben, aber seltener und mit einer folgenden beschwerdefreien Zeit. Einige Monate vor dem Aufnahme termin waren wieder starke Schmerzen im rechten Hypochondrium aufgetreten (derentwegen sie sich an mich

wandte) ausstrahlend in den Rücken und die rechte Schulter. Kein Icterus, keine Magendarmbeschwerden, keine Harnbeschwerden. Schmerzen oft sehr heftig, besonders in linker Seitenlage, in rechter schwindend. Normaler Befund bis auf den inspiratorisch beweglichen, in die Lumbalgegend nicht zurückzubringenden, vielmehr noch weiter nach der linken Abdominalseite zu verschiebenden Tumor von der Form einer vergrösserten Gallenblase, anscheinend mit der Leber nach links direct zusammenhängend. Nach angeordneter Bindebehandlung stellt sich Patientin im Juli als bedeutend gebessert vor. Angenommen: Verlängerter r. Leberlappen (Riedel), Gallenblasenstein (?). Erst am 15. Mai 1902 stellte sich die Patientin nochmals vor mit seit 1 Monat aufgetretenen Beschwerden anderer Art. Schwäche der Beine, Kreuzschmerzen, die auf ein ganz andersartiges Leiden wiesen, das in keinem Zusammenhang mit den früheren Beschwerden stand. Nach anfänglicher Behandlung durch hiesige Spezialisten für Nervenkrankheiten, begab sich Patientin nach Berlin.

Häufiger war das Verhältnis ein umgekehrtes, d. h. es wurde eine ptotische, sog. Sackniere angenommen und es fand sich ein verlängerter rechter Leberlappen. Gerade auf diese Verwechslungsgefahr wolle er aber hinweisen und zugleich vor ihr warnen. Es handelt sich um recht viel Fälle, von denen nur ein paar mitgeteilt sein mögen. In einem Fall von Lungenpleuracarcinom eines Mannes imponierte der rechte, verlängerte, bis zur crista ilei reichende Leberlappen als Nierentumor. Den wahren Sachverhalt deckte die Section auf. Es war der verlängerte rechte Leberlappen.

Ein anderes Mal hatte der Tumor in der rechten Leibeshälfte alle Merkmale einer vergrösserten ptotischen Sackniere, von wechselnder Grösse. Albuminurie, Pyurie, endlich Hämaturie sprachen auch zu Gunsten dieser Annahme; doch gelang es durch Feststellung des scharfen Leberrandes die wahre Natur des Tumors zu erkennen, bei dem es sich um den herabgesunkenen, verlängerten, respiratorisch unbeweglichen, auch in der Lumbalgegend fühlbaren rechten Leberlappen handelte, wie auch die Section ergab. Es lag Schrumpfnieren bederseits vor. In einem 4. Fall endlich trat ihm das gleiche Bild an einer Kranken seiner Sprechstunde entgegen. Nach einem Trauma Schmerzen in der rechten Leibeshälfte und ein grösserer, respiratorisch unbeweglicher Tumor. Die Patientin wurde zur Controlle des Falles an einen Chirurgen verwiesen. Sie reiste nach Berlin, wo die Annahme einer Nierenschwellung noch ihrer Angabe zurückgewiesen wurde. Nach ihrer Rückkehr derselbe Befund, Allgemeinerscheinungen einer schweren perniciosen Anämie. Derselbe Localbefund; doch gelang es dieses Mal in Gemeinschaft mit Dr. v. Bergmann durch Feststellung des scharfen medialen und unteren Bandes des Tumors, seine Zugehörigkeit zur Leber festzustellen. Tod unter dem Bilde der perniciosen Anämie. Kein Sectionsbefund.

Auf diese Fälle, die s. r. wie ihn, so auch andere zu Täu-

schungen veranlassen können, wolle er hiermit die Aufmerksamkeit gelenkt haben.

(Autoreferat.)

Dr. v. Engelhardt: Im Gegensatz zu den Ausführungen Dr. v. Bergmanns, möchte ich gerade darauf hinweisen, dass der Satz von der Reponibilität der ptotischen Niere geradezu oft an einer irrtümlichen Diagnose Schuld war. Eigene Erfahrungen über das relativ häufige Vorkommen fixierter Senknieren sind mir durch Riedels Arbeit «über die verschobene am falschen Ort durch Verwachsungen festgelegte rechte Niere» (Deutsche Med. Wochenschrift, NNr. 41, 42, 1907) bestätigt worden. Die differentielle Diagnose kann hier bedeutende Schwierigkeiten machen, gelingt es aber bei dem fraglichen Tumor einen oberen rundlichen Pol zu palpieren und über ihm den scharfen Leberrand in seiner Continuität zu fühlen, so werden wir es nicht mit Senkleber, Riedel'schen Lappen, sondern mit einer fixierten Senkniere zu tun haben. Wodurch die Senkniere total oder relativ fixiert wird ist schwer zu sagen. Abgesehen von einer Entzündung der Nachbarorgane, die per contiguitatem die Fixation zu Wege bringen könnte, mag es sich wohl in vielen Fällen um leichte localisierte Entzündungen der Nierencapsel in Folge von Pyelitiden handeln. Dass eine solche, klinisch kaum nachweisbar — durch die Circulationsschwankungen im Abdominalgefäßgebiet nach Menstruation und Aehnlichem gereizt — zu recht ausgedehnten Verwachsungen führen kann, haben wir bei der Appendicitis und Cholecystitis kennen gelernt, wo der Befund durchaus nicht immer dem klinisch harmlosen Verlauf entspricht.

Man wird gut tun, bei der Differentialdiagnose rechtsseitiger Abdominaltumoren immer mit der Möglichkeit einer total oder partiell fixierten Senkniere zu rechnen.

(Autoreferat.)

Dr. Schabert: Die Regel der Beweglichkeit der Nierentumoren erleide in der Praxis viele Ausnahmen. Entscheidend wirken auf die Beweglichkeit perinephritische, fixierende Prozesse oder die Grösse des Tumors; je grösser er werde desto eher werde er unbeweglich. Perinephritische Fixation kommt vor bei malignen Geschwülsten und zweitens bei entzündlichen Durchbrüchen in die Massa adiposa; eine dritte Gruppe bilden die seltenen, rein sclerosierenden Formen der Perinephritis. Dr. Bergmann habe einen solchen von ihm diagnostizierten Tumor vor Jahren operiert; ferner könne die intermittierende Hydronephrose auf der Höhe des acuten Radiums unbeweglich werden und schliesslich erinnere er sich einer doppelseitigen polycystischen Degeneration, die vollkommen unbewegliche Tumoren lieferte.

Dr. P. Klemm schliesst sich der Ansicht Dr. v. Bergmanns soweit an, als er die Neigung eines Nierentumors sich in die Nierennische zurückzuziehen resp. sich dahin zurückbringen zu lassen bei den Tumoren sensu strictiori den Neubildungen der Niere (Carcinom etc.) für erwiesen erachtet und dieses Moment bei der Diagnose für massgebend hält, im

Gegensatz zu den entzündlichen und fixierten Tumoren, bei denen diese Tendenz nicht vorhanden ist.

Dr. v. Bergmann: Er habe ganz allgemein von Nierentumoren gesprochen und nicht speciell die Neoplasmen gemeint. Finde man einen Nierentumor, so stehe man eben vor der Frage, ob es sich um einen entzündlichen Tumor oder um ein Neoplasma handelt. Das von ihm angeführte diagnostische Hilfsmittel sei ganz besonders Leber- und Darmtumoren gegenüber zu benutzen. Eine Infektion der adiposa brauche noch keine Fixierung zu bedingen. Wenn man die Diagnose einer fixierten Niere stellen wolle, müsse man auf die Anamnese, die vorliegenden Erscheinungen, den Urinbefund zurückgehen. Finde man keine directen Anhaltspunkte, dann solle man sich hüten eine fixierte Niere anzunehmen.

Dr. G. Kieseritzky,
d. z. Secretär.

Sitzung am 12. Januar 1909.

Anwesend 69 Mitglieder und als Gäste die Herren Werbatius aus Bad Elster, Lundberg, Walter, Saarfels, Böttcher.

Eingelaufene Schriften: Ein Sonderabdruck, «Zur Lepra tuberosa der oberen Luftwege» von Dr. P. Bergengrün. Abdruck aus dem klinischen Jahrbuch Bd. 19 G. Fischer. Jan. 1908!

Das Protocoll der Sitzung vom 17. XII. 1908 wird verlesen und angenommen.

Dr. H. Bosse referiert über einen Fall von «kryptogenetischer Pleuro-Pericarditis». (Das Referat wird im Centralblatt für innere Medicin veröffentlicht werden).

Dr. P. Hampeln bemerkt zum vorgestellten Falle, dass man bei der grossen Zahl auffallender Erscheinungen gut tue, von vorneherein die Grenze zwischen tatsächlich Vorhandenem und Hypothetischem zu ziehen. Sicher lag seiner Ansicht nach, bevor der Kranke in die Behandlung von Dr. B. eintrat, eine durch die gewöhnliche Untersuchung und die Probepunction festgestellte seröse Pleuritis links vor, deren Ursache unbekannt war. Die anfänglichen heftigen Abdominalerscheinungen, konnten sehr wohl, worauf von ihm an der Hand einschlägiger Fälle schon vor Jahren hingewiesen worden ist, Fernsymptome allein der Pleuritis sein. Hierzu deklarierte sich in späterer Zeit eine gleichfalls seröse Pericarditis, mit Zeichen der Herzinsufficienz. Das sei eine Feststehende; die eigentliche Ursache aber dieser Scrostitis war und ist auch jetzt noch eine hypothetische. Auffallend blieb das lange, Monate währende, durch die seröse Scrostitis nicht erklärte, recht hohe Fieber. Dieses berechtigt auch seiner Annahme nach an einen subphrenischen Abscess oder eine subphrenische Eite-

rung im allgemeinen zu denken. Die Annahme eines eigentlichen Abscesses aber fand seines Erachtens in den klinischen Erscheinungen keine Unterstützung und musste aufgegeben werden. Eher käme noch eine Cholecystitis in Betracht. Endlich wäre an Tuberculose als ein die Scrostitis erklärendes Moment zu denken. Er erinnere sich eines ähnlichen Falles aus seiner Praxis, in dem sich späterhin die Tuberculose deklarierte. Doch sei das, wie gesagt, alles hypothetisch. Es fehlen auch Blutkörperchenzählungen und Tuberculinreaction. Beachtenswert erscheine ihm der auffallende therapeutische Erfolg mit der Jodipininjection. Von der brillanten diuretischen und zugleich den Körper rasch entwässernden Wirkung des Jodipins habe er sich selber überzeugt. Diese Wirkung des Jodipins sei ihm bisher unbekannt gewesen und sei wohl zu beachten.

(Autoreferat).

Dr. Schabert hält die von Dr. Bosse im vorliegenden Falle aufgestellten Hypothesen für sehr unwahrscheinlich. Das Abgekapseltwerden eines subphrenischen Abscesses und nachfolgende Verschwinden desselben sei ebensowenig gut möglich, wie der Durchbruch eines pericarditischen, nicht eitrigen Exsudates in die Pleurahöhle.

Dr. Bosse glaubt doch trotz des von Dr. Hampeln Angeführten bei der Annahme eines subphrenischen Abscesses verbleiben zu müssen. Dass ein grosses Exsudat im Herzbeutel vorgelegen habe, sei seiner Ansicht nach zweifellos erwiesen. Den Uebertritt des Exsudates — den von ihm gebrauchten Ausdruck «Durchbruch» wünscht er so verstanden zu sehen—halte er durch das Auftreten einer normalen Herzdämpfungsfigur und den Nachweis eines gleichzeitig aufgetretener Pleuraexsudates ebenfalls für erwiesen.

Dr. P. Hampeln. Die Annahme eines hier bestanden habenden subphrenischen Abscesses sei klinisch nicht begründet und daher auch gar nicht zu discutieren. In Betreff des pericardischen Exsudates, bemerkt Dr. H., dass Durchbrüche nicht eitriger Exsudate kaum vorkommen dürfen, während ein Durchsickern des pericardialen Inhaltes durch die Punctionsöffnung gewiss vorkommen kann und von ihm selber direct beobachtet worden ist. Er habe daher stets, zwecks Verbindung des Herzbeutels mit der Pleurahöhle gerade die extramamilläre Punction des Herzbeutels durch die Pleura hindurch vorgeschlagen.

Dr. Krannhals hat den vorgestellten Fall einige Zeit hindurch im Krankenhause beobachten können, wohin derselbe mit der Diagnose Pericarditis geschickt worden war. Ein pericardiales Exsudat brauche nicht stets die typische Dreiecksform aufzuweisen, der Process könne sich mehr links hinten abspielen und hier zu einer Dämpfung führen. Er habe sich daher auch vorgenommen, derartige pericardiale Exsudate jedesmal vom Rücken aus durch Pleurasack und Lunge hindurch zu punctieren. Die hier nachweisbar gewesene Lebervergrößerung sei wohl durch Stauung zu erklären, ein die Leber nach unten hin dislocierendes ursächliches Moment an-

zunehmen, sei nicht nötig. Es dürfte sich im vorliegenden Falle um eine acut einsetzende und monatelang sich hinziehende Myo-Pericarditis mit sich anschließender Exsudation in den Pleura- und Pericardialsack gehandelt haben («infectiöse Serositis»). Interessant und nachzuprüfen wäre die hier bemerkte diuretische Wirkung des Jodipins.

Dr. P. Hampeln. Ihm sei es wohl bekannt, dass ein pericarditisches Exsudat Erscheinungen hervorrufen könnte, die den Untersuchenden an eine Pneumonie oder Pleuritis denken lassen können. Anatomisch aber nicht gut möglich erscheine es, dass ein solches Exsudat bis an die hintere Wand gedrängt werden könne. Im vorliegenden Falle hat es sich jedenfalls in erster Linie um ein Pleuraexsudat gehandelt.

Dr. G. Kieseritzky.
d. z. Secretär.

Sitzung am 4. Februar 1909.

Anwesend 43 Mitglieder und als Gäste die Herren Saarfels, Lempert, v. Haffner, Werner. Das Protocoll der Sitzung vom 21. Januar c. wird verlesen und angenommen.

Dr. Th. Schwartz. Demonstration eines Falles von Sclerosis multiplex. Nach einigen einleitenden Worten über die Krankheit im allgemeinen und nach einem Hinweis darauf, dass heute zur Diagnose dieses Leidens der klassische Symptomencomplex Charcots, bestehend in Nyctagmus, scandierender Sprache, Intentionstremor und spastischen Erscheinungen der Unterextremitäten nicht mehr notwendig sei, geht Vortragender auf seinen Fall ein — es handelt sich um ein vor 2½ Jahren erkranktes 24-jähriges Mädchen — der die soeben angeführte Tatsache beweisen soll, indem von dem genannten Symptomencomplex nur ein Symptom, nämlich die spastische Paraparese der Beine hier vorhanden; dagegen kann constatiert werden eine temporale Atrophie der n. optici bei normaler Sehschärfe und nur geringer Einschränkung des Gesichtsfeldes, ferner auch eine Areflexie der Bauchhaut; auf diese beiden Symptome ist in letzter Zeit von verschiedenen Autoren als auf mit die wichtigsten zur Frühdiagnose des Leidens hingewiesen worden. Sodann zeigt der Fall einen typischen Fussklonus beiderseits, Patellarklonus und exquisit das Babinskische Phänomen. Das Ensemble der eben genannten Symptome genügt heute zur Sicherung der Diagnose, trotzdem andere Störungen an der Kranken nicht bemerkbar sind. Differentialdiagnostisch kämen besonders die spastische Spinalparalyse, die Lues cerebrospinalis und die kombinierte Systemerkrankung in Frage; bei der charakteristischen Augenhintergrundveränderung, eben der temporalen Atrophie der n. optici mit nicht entsprechender Funktionsstörung des Auges scheiden

die genannten Krankheiten jedoch aus. Endlich betont Vortragender noch die oft schwierige Unterscheidung der Krankheit von der Hysterie und der Pseudosclerose (Westphal) und einigen anderen acuten Bulbärerkrankungen.

(Autoreferat).

Dr. O. Stender betont im Anschluss an die Demonstration das häufige Vorkommen der multiplen Sclerose; sei sie doch eine der verbreitetsten Erkrankungen des Nervensystems organischer Natur. Daraus resultiere die Wichtigkeit, den Symptomencomplex in seinen gemäss dem pathologisch-anatomischen Substrat zahlreichen Manifestationen kennen zu lernen, um Fehldiagnosen zu vermeiden. Letztere könnten verhängnisvoll werden, sobald beispielsweise eine Verwechslung mit der Hysterie stattgefunden hat. Etwaige Parforcecuren könnten unwiederbringlichen Schaden stiften. In ätiologischer Hinsicht sehen wir häufig nicht klar. Sicher ist, dass die gewöhnlich angegebenen ätiologisch wirksamen Factoren, wie Infectiouskrankheiten, Intoxicationen etc. sich häufig anamnestisch nicht nachweisen lassen. Ob die Erkrankung exogener Natur (v. Leyden, Goldscheider) oder endogener (Strümpell), sei zur Zeit noch eine strittige Frage. Redner erwähnt eines Falles aus seiner Praxis, wo er die Diagnose multiple Sclerose eventl. hervorgegangen aus einer Myelitis disseminata bei einem 2-jährigen Kinde stellen zu müssen glaubte. Was die Pseudosclerose Westphals anbelangt, so sei v. Strümpell in der Lage gewesen einen Fall in vivo zu diagnosticieren und durch die Autopsie zu verificieren. Der Patient bot klinisch — abgesehen von einer maskenartigen Starre der Gesichtsmuskulatur — noch ein Symptom dar, das nicht zum Bilde der multiplen Sclerose gehört. Der Tremor trat nämlich nicht nur bei intendierten Bewegungen auf, sondern hielt auch in der Ruhe an. Die Differentialdiagnose mit der Hysterie könne grossen Schwierigkeiten begegnen, zumal Spasmen an den unteren Extremitäten, ja auch Fussklonus bei der Hysterie vorkommen können. Patellarklonus käme jedoch bei der Hysterie kaum vor, sodass letzteres Symptom häufig geeignet sei, den Untersucher auf den richtigen Weg zu führen.

(Autoreferat).

Dr. L. Schönfeldt: Ich möchte noch hervorheben, dass die Fälle von multipler Sclerose mit vorwiegend cerebralem Symptomencomplex weit grössere differentialdiagnostische Schwierigkeiten verursachen, als die «spinalen» Formen. Der apoplektische Beginn, die passageren halbseitigen Lähmungserscheinungen, der zweifelhafte Augenbefund bieten nicht selten — besonders im Beginn der Erkrankung — Anlass zu Fehldiagnosen.

Nach meinen Erfahrungen beobachtet man bei den «cerebralen» Formen häufig langjährige tiefe Remissionen, die als scheinbare Heilung imponieren, während die «spinalen» wohl einen Stillstand, dagegen sehr selten einen Rückgang der Symptome, bis zum zeitweiligen Verschwinden beobachten lassen.

(Autoreferat).

Dr. M. Schönfeldt: Natürlich bietet die Differentialdiagnose nur im Anfangsstadium bisweilen die grössten Schwierigkeiten; aber gerade dann erfordert die multiple Sclerose — ganz im Gegensatze zur Hysterie — die grösste Schonung; ja oftmals ist durch langdauernde consequente Bettbehandlung eine bleibende Besserung des Zustandes zu erzielen. Endlich erschwert im Anfangsstadium die sog. Pseudo-Sclerose (Westphal) ebenfalls die Diagnose, wofür als Belag ein Fall angeführt wird, der hier in Riga jahrelang bald als Hysterie, bald als multiple Sclerose neurologisch beurteilt worden, bei dem schliesslich Oppenheim die Diagnose Pseudo-Sclerose gestellt.

(Autoreferat).

Dr. von Krüden er: Bei der multiplen Sclerose gibt den Ausschlag der Diagnose in vielen Fällen die Form des Gesichtsfeldes im besonderen für Farben. Oft findet man dasselbe sectorenförmig und es bleibt dann viele Jahre in dieser Form. Bei der Sehnervenatrophie, die durch multiple Sclerose hervorgerufen wird, findet man oft eine auffallend gute Sehschärfe und Veränderungen des Sehvermögens. Die temporale Abblässung allein ist gelegentlich sehr schwer festzustellen. In dem heute demonstrierten Falle ist sie jedoch vorhanden.

(Autoreferat)

Dr. Th. Schwartz (Schlusswort): Dr. S. stimmt darin Dr. Stender zu, dass als unterscheidendes Moment für die Pseudosclerose gerade das Zittern auch in der Ruhe angegeben werde; nach den Autoren kämen auch Fälle mit Amblyopie als einziges Symptom bei scheinbar normalen Fundus vor, und liege hier eine grosse Gefahr vor, alle derartigen Fälle als Hysterie anzusehen, während sie nach Jahren zuweilen doch das ausgesprochene Bild der multiplen Sclerose zeigen.

(Autoreferat).

Dr. v. Bergmann: Zur Abdominalchirurgie.

Adhäsionsbildungen in der Bauchhöhle dürfen wohl allgemeines Interesse beanspruchen. Jedes entzündete Organ kann zur Bildung solcher führen, wobei Folgeerscheinungen ausbleiben, wie auftreten können. Das Vorkommen von Passagestörungen ist längst bekannt, weniger aber das ganz circumscripte Auftreten solcher. Nur Notnagel führt in seinem Handbuch das Auftreten solcher nach reponierten Hernien an. Ein Beispiel für solch' eine Passagestörung ist folgender vom Redner beobachtete Fall:

a) Ein 30-jähriger Arbeiter wird am 20. Dec. v. J. unter den Erscheinungen einer schweren Darmocclusion ins Stadtkrankenhaus aufgenommen. Die bis zur Ileocoecalgegend reichende typische Darmsteifung — es sind drei Etagen lebhaft geblähter Darmschlingen zu palpieren — geht aber unter Schmerzen und gurrenden Geräuschen vorüber. Links bestand eine Hernie rechts nicht und hatte dort auch nie eine bestanden. Pat. hatte von jeher an Stuhlträgheit gelitten und vor zwei Jahren ähnliche Beschwerden, wie jetzt von 4-tägiger Dauer gehabt. Weder Carcinom noch Tuberculose in der Fa-

milie. Ein Tumor war nicht zu palpieren, das jugendliche Alter des Erkrankten sprach auch nicht für das Bestehen eines solchen. Mechanische Momente waren nach der Anamnese nicht anzunehmen. Die Frage nach der Art der Occlusion blieb daher zunächst offen; es wurde beschlossen abzuwarten. Nach erfolgter Darmentleerung — Abgang von Flatus und Stuhl — nahm die Auftreibung des Abdomens ab. Kein Tumor fühlbar. Am 10. Jan. Verschlimmerung des Zustandes.

Operation: Querschnitt in der Ileo-Coecalgegend. Es findet sich ein ca. 2 faustgrosser Tumor, dessen Oberfläche die glatte Serosa bildet, mit einem anhaftenden, kurzen Meckelschen Divertikel im untersten Teil des Ileum. Der Tumor wurde reseziert und der Darm hinausgeleitet.

Um dem Pat. eine zweite Operation zu ersparen, anastomosierte Vortragender darnach den Dünndarm mit dem Coecum, entgegen der Empfehlung v. Mikulicz, den Dünndarm hinauszuleiten und einen künstlichen Anus zu schaffen. Hier war eine Naht durchlässig geworden und hatte sich eine Peritonitis entwickelt.

Der Tumor stellte ein Convolut von Darmschlingen von ca. 1 Meter Länge dar, die derart miteinander verbacken waren, dass es sich als unmöglich erwies, ihr Lumen in continuo frei zu legen. Nicht verständlich ist in diesem Falle, wie hier überhaupt noch Kot hatte passieren können, und was die Ursache dieser intensiven Adhäsionsbildung gewesen war. Das Meckelsche Divertikel war frei, der Wurmfortsatz gesund, kurz es liess sich keine Ursache nachweisen, die zum Zusammenbacken dieser Darmabschnitte durch Adhäsionen Veranlassung gegeben hätte.

b) Der zweite Fall, in dem ebenfalls Adhäsionen eine Rolle spielten war folgender:

Eine 29-jährige, verheiratete Frau hatte vor 7 Jahren an Schmerzen in der linken Unterbauchgegend gelitten, besonders beim Liegen auf dieser Seite. Vor 3 Jahren sollen ihr Magenpülungen gemacht worden sein, vor 2 Jahren hat sie eine Operation durchgemacht. Im Anschluss, an ihr zweites Wochenbett — 1908 — traten die Schmerzen l. u. wieder auf.

Aufnahme ins Krankenhaus am 10. Sept. v. J. Guter Ernährungszustand. Temp. 37,9°. Im Abdomen eine Resistenz, die zweifingerbreit unterhalb des Nabels beginnt und sich zweifingerbreit oberhalb des Nabels erstreckt, seitlich bis zur L. axillaris ant. reicht. Keine Fluctuation. Der Genitalbefund war ganz normal. Ca. 14 Tage nach der Aufnahme hatte der Tumor eine wurstförmige Gestalt angenommen, die 15 ctm. Länge und 4 ctm. im Durchmesser hatte. Am 18. October war die Resistenz fast verschwunden und Pat. verliess das Krankenhaus. Am 31. Oct. Wiederaufnahme. Es waren wieder starke Schmerzen aufgetreten, aber kein Erbrechen, keinerlei sonstige Störungen durch den Tumor, der wieder deutlicher zu fühlen ist. 4. November — Operation. Zwischen ausgedehnten Adhäsionen fand sich ein dilatierter Magen und eine Gastroenteroanastomose, die der vorderen Bauchwand angelötet einen von callösen Rändern umgebenen Defect zeigte; kein

ulcus pepticum, Schleimhaut der Anastomose ectropioniert, Magen dilatiert. Die Anastomose (eine anterior antecolica nach Wölffler) wurde durch Anfrischung der Ränder und quere Naht wieder hergestellt und war für den Finger durchgängig.

An den folgenden Tagen fanden sich noch Rückstände mehrere 100 Ctm., dann nicht mehr, um später sich wieder einzustellen. Im Januar derartige Verschlimmerung, dass am 11. Jan. ein nochmaliger Eingriff nötig wurde. — Ausschaltung des distal gelegenen, einen schlaffen Sack von zwei Hand Breite vorstellenden Teils des Magens, nach von Eisselsberg, das rationellste Verfahren in solchen Fällen. (Der Pylorus war eng strangförmig, ein Lumen jedoch noch vorhanden). Die in den ersten Tagen noch vorhandene Rückstauung ist späterhin nicht mehr aufgetreten und erholt sich Pat. sichtlich. Während der 1. Fall die deletäre Wirkung der Adhäsionen durch Passagebehinderung zeigt, ersieht man aus dem zweiten Falle, welche diagnostische Schwierigkeiten durch Adhäsionsbildungen und den von ihnen vorgetäuschten Tumor hervorgerufen werden können.

Dr. G. Kieseritzky,
d. z. Secretär.

Sitzung am 4. März 1909.

Anwesend 68 Mitglieder und als Gäste die Herren Behr-Stackeln, v. Mirbach, Pabow.

Das Protocoll der Sitzung vom 4. Febr. c. wird verlesen und angenommen.

Demonstrationen vor der Tagesordnung:

Dr. H. v. Krüden er: Die 30-jährige Patientin, welche ich Ihnen heute vorstelle, hat einen Cysticercus im Glaskörper des linken Auges. Vor 2 Monaten bemerkte sie plötzlich eine Abnahme des Sehvermögens, liess sich jedoch erst heute zum ersten Mal untersuchen. Ich fand die Pupille des linken Auges erweitert, durch Atropin wurde diese Erweiterung wenig verstärkt. Untersuchen Sie nun die gerade auf Sie blickende Patientin mit dem Augenspiegel, so erscheint zunächst nur das aufleuchtende Rot des Augenhintergrundes. Erheben Sie sich, das Licht immer in das Auge der Patientin fallen lassend und blicken Sie so unter einem Winkel von ungefähr 65 Grad in das Auge, so erscheint plötzlich hinter der Linse ein blauer Rand, der sich scharf von dem Augenrot abgrenzt. Blickt jetzt die Patientin gerade nach unten, so sehen Sie eine für Sie ungefähr nussgross erscheinende blaue Blase, welche vollkommen scharf conturiert ist. Beobachten Sie nun das Gebilde, so bemerken Sie, dass die runde Form sich plötzlich ändert und nach hinten und oben eine ovoide Gestalt annimmt. Ist einmal diese Veränderung im Gange, so treten rasch hintereinander erfolgende Bewegungen der Blase auf.

Der Cysticercus liegt also im Aequator des Auges und gerade nach unten. Der Kopf und der deutlich sichtbare Hals sind nach hinten und oben gerichtet. Die Pupille ist nicht sichtbar und der Glaskörper leicht getrübt. Ueber den Gang der Operation werde ich mir erlauben später zu berichten. Es freut mich schon, bis jetzt constatirt zu haben, dass eine Reihe von Collegen das Entozoon und seine Bewegungen deutlich zu erkennen vermochte.

(Autoreferat).

Dr. P. K l e m m demonstriert eine Patientin, bei der er an der durch Verbrennung verstümmelten und in einen Narbenklumpen zusammengebackenen rechten Hand eine plastische Operation ausgeführt hatte. Nach Durchschneidung der Verwachsungen wurde ein von der Natesegend genommener Hautlappen zur Ueberflanzung auf den Handrücken verwandt und, als sich dieser als zu klein erwies, noch ein zweiter Hautlappen transplantiert. Zur Wiederherstellung der verloren gegangenen Function wurde dann im Zanderinstitute von Dr. v. S e n g b u s c h die Nachbehandlung vorgenommen, sodass Patientin jetzt imstande ist, sowohl zu schreiben wie zu nähen. Der demonstrierte Fall beweist, welch grosse Lappen mit Erfolg überpflanzt werden können.

Hierbei ist es von Wichtigkeit, den Lappen möglichst gross zu wählen, um die Folgen einer eintretenden Schrumpfung zu vermeiden.

Dr. v. S e n g b u s c h: Der vorgestellte Fall zeigt, dass man auch bei anscheinend aussichtslosen Fällen doch mit der Zeit bei vieler Geduld viel erreichen könne. Pat. wird jetzt nach 4 monatlicher Behandlung entlassen werden. Eine weitere Besserung ist auch nach der Entlassung noch zu erwarten.

Dr. H. K r a n n h a l s berichtet, bezugnehmend auf den in der Sitzung vom 21. Januar c. von Dr. B o s s e vorgestellten Fall, in welchem es sich unter Anderem um das plötzliche Verschwinden eines anscheinend pericardialen Ergusses und Auftreten eines linksseitigen Pleuraexsudates handelte, über eine kürzlich von ihm gemachte analoge Beobachtung.

Ein junger Mann, der, halbbenommen, anamnestisch nur angeben konnte, dass er 2—3 Wochen vorher eine schwere Angina durchgemacht hätte und seitdem krank sei, bot alle physikalischen Erscheinungen eines grossen pericardialen Ergusses dar, während die Pleurahöhlen vollkommen frei erschienen und namentlich auch rechts hinten am Thorax der physikalische Befund bis auf einige Rasselgeräusche ein negativer war. Am folgenden Tage war die umfangreiche Dämpfung an der vorderen Thoraxfläche vollkommen geschwunden, der Percussionsschall als sonor zu bezeichnen, wenn auch vielleicht als etwas kurz, und es fand sich nun rechts ein umfangreicher pleuraler Erguss, hinten von der halben Scapula abwärts, seitlich von der Achselhöhle, vorn von der 4 Rippe, nach links hin zum rechten Sternalrand reichend. Herzdämpfung, klein, rundlich, mit einem Durchmesser von ca. 8 ctm. fast gleichmässig um die linke Mammilla; Herzstoss deutlich fühlbar (am

Tage vorher kaum angedeutet). Die Probepunction ergab ein eiteriges Exsudat der rechten Pleurahöhle. Pat. wurde der Rippenresection unterworfen und starb ca. 2 Wochen nach derselben, nachdem sich in den letzten Lebenstagen die Erscheinungen einer frischen Pericarditis eingestellt hatten. Bei der Section fand sich: Reste des Empyem der rechten Pleurahöhle, eiterige Mediastinitis, frische hämorrhagisch-seröse Pericarditis.

Dr. Kr. meint, dass es sich hier überhaupt nicht um einen pericardialen Erguss, sondern nur um eine Mediastinitis gehandelt habe, die in den rechten Pleuraraum durchgebrochen sei.

Dr. H a m p e l n schliesst sich hinsichtlich der Deutung des referierten Falles Dr. K r a n n h a l s an und bemerkt, dass die Form der hier festgestellten Dämpfung seiner Ansicht nach nicht das Vorhandensein eines pericardialen Exsudates beweise. In dem von Dr. Bosse seiner Zeit mitgetheilten Falle mag es sich um Aenliches, wie hier, gehandelt haben.

Dr. S t e n d e r demonstriert drei Fälle von *Dystrophia musculorum progressiva*. Nach kurzem Rückblick auf die Literatur (Erb, Strümpell) erörtert Redner die moderne Lehre J e n d r a s s i k s von den «vererbten Degenerationen» (heredo—degenerative Nervenkrankheiten) und betont, dass die Auffassung J e n d r a s s i k s fast durchweg in die neuere Literatur Eingang gefunden habe.

Die vorgestellten Fälle zeigten das typische Bild der Dystrophie. Die Krankheit habe sich bei dieser Familie durch 4 Generationen vererbt.

Dr. E d. S c h w a r z erinnert an die Familie Taukel, die er im Verein vor Jahren demonstriert habe; dieselbe zeigte gleichfalls in vollkommener Weise das familiäre Auftreten durch mehrere Generationen hindurch; der Grossvater der zahlreich erkrankten Familienglieder zeigte nur ein hauptsächlich halbseitiges Befallensein der einen Körperseite, ein seltenes Vorkommnis: seine Tochter hatte Atrophien hauptsächlich der Muskeln des Schultergürtels. Die Degeneration hatte sowohl bei Vater als auch Tochter in einem verhältnismässig frühen Stadium und im jugendlichen Alter Halt gemacht und sich bis in ein hohes Alter nicht weiter entwickelt; dafür waren aber die Kinder, 4 von fünf, fast alle erkrankt; die älteste Tochter am hochgradigsten.

Ob das Nervensystem direct an der Degeneration beteiligt, sei nicht mit Sicherheit zu behaupten. Es wäre auch möglich und auch wahrscheinlich, dass die Veranlagung des Muskels selbst eine so schwache sei, dass die physiologische Function schon ihn zum allmählichen Schwinden bringe; es wären dafür ins Feld zu führen die Muskelhypertrophien, die zu gleicher Zeit im Anfangsstadium zu beobachten seien; die Waden und der m. deltoideus hypertrophierten am regelmässigsten.

Beide Familien, die jetzt vom Collegen Stender und die damals vom Vortragenden vorgestellten, waren jüdische; daraus sei nicht der Schluss zu ziehen, dass das jüdische Volk besonders häufig befallen sei. Referent habe damals auch über

eine adlige Familie aus Kurland berichten können, in welcher von 5 Söhnen 4 erkrankt waren. Beim ältesten, bei dem fast alle Muskeln schon geschwunden waren, zeigte sich eine merkwürdige Erscheinung; die Lordose, die auch bei dem heute vorgestellten Kranken zu sehen sei, war bei demselben besonders hochgradig ausgebildet gewesen und beim Fortschreiten des Processes war auch diese so hochgradig geworden, dass das Kreuzbein sich nach oben klappte, so dass das Becken ganz nach oben geklappt war.

Referent erinnert an die in letzter Zeit viel discutierte Theorie der «Aufbrauchs-Krankheiten» von Edinger; diese Dystrophia musc. progr. sei vielleicht ein gutes Beispiel für dieselbe.

Was die Diagnose anlange, so sei in einigermaßen ausgesprochenen Fällen dieselbe sehr leicht. Nur in atypischen Fällen wären Schwierigkeiten vorhanden. So habe Referent im vorigen Sommer ein lettisches Mädchen in seiner Abteilung beobachten können, das nur Atrophie der Oberschenkelmuskulatur zeigte.

(Autoreferat.)

Dr. Ed. Schwarz hält seine angekündigten Vorträge über: a) Trauma und Lues cerebri und b) Kriminelles Vergehen und Lues cerebri.

Dr. M. Schönfeldt. Wie ich bereits in der betr. Discussion auf dem livl. Aertzetage betont, erscheint der Fall für die Frage «Lues cerebri» und «Criminalität» nicht verwendbar.

Dr. Schwarz berichtet auch heute über 3 Phasen verschiedenartiger psychischer Alienation; die erste Periode ist eine typische hypomanische Exaltation: Pat. kaufte sich pornographische Producte, wurde obscön, reiste unstat umher, um ganz unnötiger Weise in den verschiedensten Orten einen Angestellten zu engagieren etc.; dann aber schildert uns Dr. Schwarz einen typischen (depressiven) Hemmungszustand, den er selbst im Stadtkrankenhaus zu beobachten Gelegenheit gehabt: Pat. sitzt stumpf und teilnamlos da, kümmert sich um nichts, spricht wenig etc. Die nächste Phase (Exaltation) von der wir wiederum hören, führt wegen der Geldverschleuderung etc. zu dem criminellen Delikt, welches Dr. Schwarz in einen specifischen Zusammenhang zur Lues cerebri bringt. M. E. nach muss der Fall als eine circuläre Psychose (Cyclothymie) aufgefasst werden, wobei die luetische (Gehirnaffection) nur als ein im Allgemeinen schädigendes, schwächendes Moment in Frage käme. Das eine antiluetische Therapie, namentlich verbunden mit dem geregelten Leben im Krankenhaus, dem vor allen Excessen bewahrten Pat. während seiner Exaltationsphase grossen Nutzen gebracht, bedarf keiner weiteren Begründung.

(Autoreferat.)

Dr. Ed. Schwarz: Die Annahme des Collegen Schönfeldt, auf welche er seine Deductionen aufbaue, dass es sich um einen «Erregungs-Zustand» gehandelt habe, wenigstens das erste Mal—beim «ersten Anfall»—könne er durch eigene

Beobachtung nicht erhärten. College Schönfeld habe ja den Kranken nie gesehen. Vortragender habe ja den Kranken während seiner «Anfälle» in den Anfangsstadien auch nicht gesehen, dafür aber beidemale genau im Krankenhaus während der späteren Stadien beide «Anfälle» gesehen und beobachtet. Auch College Redlich habe während des zweiten «Anfalls» durchaus den Eindruck gehabt, als ob es sich um einen Mann mit organischem Hirnleiden handele, der in seiner Intelligenz und seinem moralischen Vermögen gelitten habe, bei dem aber Zeichen von progr. Paralyse nicht zu constatieren waren. Und der Zustand war während der ersten Erkrankung ein ganz ähnlicher; das zweite Mal ist nur ein Defect zurückgeblieben, was das erste Mal nicht beobachtet worden war; ein Defect der ihn aber nicht hindere, seinen jetzigen Posten mit Erfolg auszufüllen. Vortragender erinnert an Kranke Nonne's, bei denen das Bild ein ganz und gar Gleiches war; bei dem einen war in einer Universitätsklinik die Wahrscheinlichkeits-Diagnose einer atypischen Form einer progr. Paralyse ausgesprochen worden; Pat. heilte mit Defect aus; auch 8 Jahre später war noch keine Paralyse zum Vorschein gekommen, aber die bekannt gewordene Diagnose hinderte ihn, einen Posten zu bekommen, obgleich seine Intelligenz ihn durchaus befähigt hätte «in nicht leitender Stellung (er war Bank-Director gewesen) einen Posten auszufüllen (Nonne Beob. 261). Diese Erkrankung dieses Mannes würde dem Zustande entsprechen, den der besprochene Kranke das zweite Mal durchmachte.* Nonne referiert in seiner Beob. 107 einen anderen Fall «einfacher Demens». in dem die Diagnose auch lange schwankte, der aber auch aushelte und nach 8 Jahren «noch völlig gesund» war! «Das intellectuelle und ethische Verhalten des Herrn war auch für eine tiefer gehende Beobachtung ein durchaus normales und dem früheren Niveau entsprechendes!» Das Krankheitsbild und der Verlauf desselben bei diesem Kranken sähe dem Zustande, den der besprochene Kranke während seines ersten «Anfalls» darbot, durchaus ähnlich; nur das bei den Nonne'schen Fällen keine Recidive beobachtet worden seien. Dass aber Recidive mit ganz gleichen Symptombildern, also wohl denselben Processen an dem gleichen Ort, beobachtet werden, sei, wie schon betont, nichts ungewöhnliches! Sowohl der erste Kranke, als auch dieser und die an diesen Kranken sich angeschlossene Discussion zeigten nur zu klar, wie notwendig wir unzweifelhaft Ausschlag gebende Reactionen nötig hätten, die die Grundlage eines krankhaften Processes als luetisch oder nicht luetisch beweisen könnten. Der erste Kranke zeigte, wie wenig uns die bisher bekannten Reactionen Hilfe brächten, wenn sie negativ ausfielen.

Allen Forschern, die in mühevoller Arbeit nach solchen Reactionen suchen, sei der beste Erfolg zu wünschen. Absolut sichere Beweise seien gegen die Ausführungen des College Schönfeld aus Mangel an solchen Reactionen somit nicht anzuführen. Bei ausbleibender spezifischer Therapie dürfte aber der Ausgang in ähnlichen Fällen ein anderer sein: der

jetzt zurückgebliebene sehr geringe Defect wäre ein grosser gewesen, der Mann dement und invalid und die Ursache zu diesem bejammernswerten folgenschweren Zustande wäre in der irrtümlichen Anschauung, die aus einer Stellungnahme zu diesen Fällen, wie sie Colleague Schönfeld ausführte, hervorgehe, zu suchen sein. Vortragender betont nochmals, dass: 1) keine psychopathe Belastung vorliege (Vortragender habe Pat. viele Jahre vor seiner Erkrankung schon als jungen Menschen gekannt); 2) dass während des 2-ten Anfalls unzweifelhaft syphilitische Affectionen an Nase und Haut etc. sichtbar waren; 3) dass die Therapie einen eclatanten—glänzenden Erfolg hatte.

Diese 3 Momente betone Nonne als solche, die berechtigten, an eine specifisch körperliche Erkrankung im Gegensatz zu einer functionellen psychischen zu denken. Das exjuvantibus oft ein Schluss nicht gemacht werden dürfe, sei bekannt, dass aber 14 Touren à 8,0 Hg anstandslos von einem Manisch-Depressiven vertragen werden dürfte, dass also eine Heilung trotz des Hg anzunehmen sei, ohne dass irgend welche Hg—erscheinung unangenehmer Natur zu Tage getreten wären, erscheint doch zum mindesten sehr auffallend. (Autoreferat).

Dr. Voss macht der Gesellschaft Mitteilung von der Verurteilung eines Collegen zu 100 Rbl. Strafe wegen nichtgesetzmässiger Entwertung von Steuermarken auf Rechnungen, da er glaubt, dass es die Mitglieder interessieren wird.

Dr. G. Kieseritzky, d. z. Secretär.

Sitzung am 18. März 1909.

Anwesend 65 Mitglieder und als Gast Dr. Saarfels.

Eingelaufen ist ein Schreibendes Vorstandes der Section zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom Verein zur Förderung der Volkswohlfahrt.

Um ein zuverlässiges Urteil über die factische Ausbreitung der venerischen Krankheiten in Riga zu erlangen, hat die genannte Section beschlossen, eine Statistik auszuarbeiten. Durch an sämtliche Aerzte Rigas zu versendende Fragebogen sollen innerhalb jeden Monates die zur Beobachtung kommenden Fälle venerischer Krankheiten festgestellt werden.

Vor der Tagesordnung stellt Dr. G. Walter einen Mann vor, bei dem er die Totalexstirpation des Larynx ausgeführt hatte, wobei die Trachea in den unteren Wundwinkel eingenäht worden war.

Dr. W. macht darauf aufmerksam, dass der Patient trotz fehlender Verbindung der Trachea mit dem Pharynx, wenn auch mit leiser Stimme, so doch deutlich sprechen könne.

Dr. v. Bergmann kann den von Dr. G. Walter eingeschlagenen Weg doch nur als einen Notbehelf bezeichnen. Auch bei totaler Exstirpation des Larynx sei stimmlich ein gutes Resultat zu erzielen. Anzustreben sei immer die Communication der Trachea mit dem Pharynx. Durch spätere Einfügung eines künstlichen Kehlkopfes, erlange dann die Stimme genügende Deutlichkeit. Anführung eines einschlägigen Falles.

Dr. Poorten demonstriert einen von ihm vor 14 Tagen supravaginal amputierten Uterus mit zahlreichen subserösen und interstitiellen Fibromen. Die Trägerin dieses Uterus hat vor 8 Wochen ein reifes lebendes Kind geboren.

Die Anamnese ist kurz folgende: 15. Juli 1908. Frau Christine G. 37 J. a. ist 6 Jahr verheiratet. Kein Abort. Im Allgemeinen gesund. Menses regelmässig, zuletzt 13. April 1908; glaubte gravid zu sein und hatte sich deswegen an einen Frauenarzt gewandt, welcher sofortige Operation geraten hatte. Ein gleicher Bescheid wurde ihr im städt. Krankenhaus zu Teil. Da die Frau sich sehnlich ein Kind wünschte, ging sie nicht darauf ein.

Da an ein Ausschälen der multiplen Fibrome nicht zu denken war, der Uterus also bei einer Operation sicher hätte entfernt werden müssen und somit die Gravidität verloren gewesen wäre, da ferner keines der Fibrome voraussichtlich ein unüberwindliches Geburtshindernis abgeben konnte, die Frau ausserdem durch die Tumoren keine Beschwerden hatte, lag nach Ansicht Dr. Poortens gar keine Indication zu einer sofortigen Operation vor.

Dr. P. riet der Patientin ruhig abzuwarten. Falls am Ende der Schwangerschaft infolge von Raumbeengung bedrohliche Beschwerden eintreten sollten, habe Patientin immer noch die Aussicht, durch Kaiserschnitt von einem lebenden resp. lebensfähigem Kinde entbunden zu werden.

Im Uebrigen halte er es für durchaus möglich, dass Patientin das Kind austrage.

Die Patientin hat die Schwangerschaft unter Controlle ausserordentlich gut durchgemacht, ohne ihre häuslichen Arbeiten unterbrechen zu müssen.

Am 4. Januar 1909 trat Pat. in die Klinik nach Auftreten von Wehen und Fruchtwasserabfluss. Am 18. Beginn stärkerer Wehen. Am 22. Januar muss die Geburt wegen Störungen von seiten des kindlichen Herzens in Chloroformnarcose operativ bei 5 Markstück grossem Muttermund beendet werden. Circa 7 cm. lange sagittale Incision in die hintere vorgewölbte Cervixwand. Vorne seitlich 2 kleinere Incisionen. Kopf in Beckenmitte. Zange.

Leicht asphyct. Knabe von 3100 gr. Gewicht.

Dammriss III Grades. Nachgeburt leicht mit Credé geboren.

Fortlaufende Catgutnaht der Uterusincisionen. Naht des Dammrisses.

Wochenbett normal. Der Dammriss heilt nicht. Nach 6 Wochen machte Vortragender die supravaginale Amputation des fibromatösen Uterus und die Correctur des Dammes in einer Sitzung. Die Patientin ist nach tadelloser Heilung heute aufgestanden. (Autoreferat).

Dr. v. Krüden er. M. H., vor 14 Tagen stellte ich ihnen eine Frau mit im Glaskörper befindlicher Finne vor. Ich kann heute die glücklich operierte Patientin zeigen und zu gleicher Zeit das intact extrahierte Entozoon sowie den Kopf der abgetriebenen Taenia solium. Patientin hat sich also selbst inficiert, dadurch dass die Onkosphären der in ihrem Dünndarm wohnenden Taenie auf irgend einem Wege in ihren Magen gelangten, von hier mit dem Blutstrom vielleicht in die Aderhaut, dann unter die Netzhaut und nachdem der Cysticercus eine gewisse Grösse erlangt, in den Glaskörper. Es ist dieses der gewöhnliche Vorgang, welcher erfahrungsgemäss am Menschen erhärtet ist. Wir hatten ihn nach dem Winkel, unter welchem wir ihn sahen, unten an den Aequator localisiert und die Operation hat die Richtigkeit der Annahme erwiesen. Der Rectus inferior wurde temporär reseziert und, $1\frac{1}{2}$ cm. vom Hornhautrand entfernt, wurde dann der Meridionalschnitt ausgeführt. So wie das Messer aus der Lederhaut zum Vorschein kam, rollte der Blasenwurm über die Klinge. Das Auge ist reizlos, der Verband entfernt. Ueber den weiteren Verlauf, die Hebung der Sehschärfe wird an geeigneter Stelle von mir berichtet werden.

(Autoreferat)

Dr. W. B u e t t n e r: Meine Herren! Tabische gastrische Krisen stellen ja einen keineswegs seltenen Sympomen-Complex dar, werden aber merkwürdigerweise trotzdem und trotz ihres so charakteristischen Auftretens in Attacken auch noch heutzutage häufig verkannt und als selbständige Magenleiden diagnostiziert. Insbesondere werden diejenigen Fälle häufig nicht erkannt, welche im Anfall zwar heftiges Erbrechen zeigen, sich aber nicht, wie die gewöhnliche Art der Krisen, durch intensiven gastralgischen Schmerz auszeichnen, vielmehr an Stelle der Gastralgie ein quälendes, unbestimmbares Gefühl—nicht Schmerz—im Epigastrium und einen Druck dasselbst aufweisen. Der Fall, den ich Ihnen hier demonstriere, zeigt ein solches Verhalten. Er zeichnet sich ferner dadurch aus, dass eine Attacke einen derart protrahierten Verlauf angenommen hatte, dass darüber augenscheinlich der bisherige anfallsweise Verlauf von mehreren Aerzten übersehen wurde und Magenkatarrh oder Magengeschwür diagnostiziert wurde. Patientin, eine 36-jährige verheiratete Frau, gibt an, 14-jährig nach einem Typhus ca $\frac{3}{4}$ Jahre hindurch an einer Lähmung des linken Beines und auch des linken Armes gelitten zu haben; dann sei die Lähmung allmählich geschwunden. An Gliederschmerzen hat Patientin wohl hin und wieder gelitten, nicht aber an Gelenkrheumatismus. Immer ist sie etwas nervös und schwächlich gewesen. Vor 10 Jahren, 3 Monate nach ihrer Verheiratung, hatte Patientin einen Abort; sonst sollen keine Aborte vorgekommen sein. Kinder hat sie keine. Patientin weiss nichts von einer luetischen Infection. Nie hat sie einen Ausschlag bemerkt; nie wurde eine Schmiercur oder Spritzcur angewandt. An anamnesticchen Daten ist bei Attacken von Magensymptomen, wie sie Patientin durchmacht, noch von Wichtigkeit die Anamnese bezüglich der Migräne:

Soviel Patientin weiss, haben ihre Eltern keine Migräne gehabt. Sie selbst leidet nicht an Kopfschmerzen, nur ein Kopfdruck besteht öfters, wie z. B. jetzt, wo Patientin sich nicht im Anfalle befindet. Patientin klagt darüber, dass sie seit 2 Jahren an häufigem Erbrechen leide und dadurch immer mehr geschwächt werde. Erst auf Befragen stellt es sich heraus, dass dieses Erbrechen periodisch auftritt, so zwar, dass alle paar Monate einmal ein Anfall von heftigem Erbrechen sich einstellte, welches dann alle paar Minuten oder auch nur paar mal am Tage oder gar alle paar Tage einmal auftrat. Begleitet wurde diese Periode des Erbrechens—wie es scheint—einige Male von Cardialgien, andere Male aber oder vielmehr gewöhnlich—and das ist nun das ungewöhnliche Verhalten bei diesem Symptomen-Complex—fehlten Cardialgien ganz und bestand ausser dem heftigen Erbrechen nur ein Druckgefühl, respective Gefühl des Pressens — nicht Schmerz — im Epigastrium. In einem solchen Zustande fand ich die Patientin bei ihrer letzten Attacke. Diese Anfälle hatten bis zu 3 Wochen Dauer. Die letzte Attacke von gastrischen Krisen — denn um solche handelt es sich hier meiner Ansicht nach — dagegen, welche ich zu sehen bekam, die—wie bereits gesagt—ein atypisches Verhalten also darin zeigte, dass Cardialgie fehlte, dagegen nur Druckgefühl im Epigastrium neben heftigem Erbrechen bestand, zeigte auch darin ein ungewöhnliches Verhalten, als sie eine ungewöhnlich lange Dauer, nämlich eine Dauer von ungefähr 3 Monaten erreichte. Es war darin eine Verzögerung des Ablaufes der Attacken gegeben, wie sie sich in analoger Weise äussert bei der Migräne als Status hemicranialis, bei der Epilepsie als Status epilepticus. Kopfschmerz fehlt während der Attacke. Gürtelgefühl tritt oft während der Attacke auf, wird aber von der Patientin keineswegs mit dem Druck im Epigastrium oder mit den Cardialgien indentificiert. Im Intervall fühlt sich Patientin entweder gesund oder—da sie an allgemeiner neuropathischer Diathese leidet—sie hat Beschwerden allgemeiner Nervosität, als Kopfdruck — nicht Kopfschmerz —, auch wohl gelegentlich leichtes Druckgefühl im Epigastrium, Rückenschmerzen, Uebelkeiten u. s. w.—Solche Beschwerden erreichen aber nie eine solche Höhe, dass man z. B. bei dem Druckgefühl im Epigastrium etwa einen—wenn auch leichten—Anfall annehmen könnte. Patientin selbst weiss diesen ihren nervösen Zustand von einem Anfall zu unterscheiden. Im Augenblick fühlt sie sich zwar nicht sehr wohl, sie hat Kopfdruck, gelegentlich auch etwas Uebelkeit, aber sie befindet sich im Intervalle und sie empfindet das selbst, dass sie sich nicht im Anfalle befindet. Der letzte langdauernde Anfall endete vor ungefähr 2 Wochen.

Der objective Befund vor ungefähr $1\frac{1}{2}$ Monaten—am 5/II. a. c. sah ich Patientin zum ersten Male—ist ebenso wie jetzt, abgesehen von dem wechselnden Verhalten, ob Krisen oder Intervall, folgender: Mangelhaft ernährte Frau. Sie hat eine ganz leichte Vergrösserung der inguinalen, cubitalen und cervicalen Drüsen. Lungen O. B. Die Zahl der Pulse während

des Anfalles und ausserhalb derselben differiert nicht wesentlich. Herz: Spitzenstoss in der construierten Mammillarlinie im V. Intercostalraume; nach rechts absolute Dämpfung fast bis zur Medianlinie reichend. An der Spitze prä systolisches Geräusch, I Ton verstärkt. Ueber dem ganzen Herzen diastolischer Ton gespalten. Puls klein, ca. 65 in der Minute. Also wohl Mitralstenose. Dieser Befund interessiert uns hier nicht weiter, abgesehen davon, dass wir hier eine Coincidenz von Tabes und Herzklappenfehler (und zwar Mitralfehler), wobei in der Anamnese Gelenkrheumatismus nicht vorzuliegen scheint, constatieren. Das Herz befindet sich im Stadium der Compensation. An den Brachialarterien keine deutlichen Veränderungen im Sinne der Arteriosclerose gefunden. An den Abdominalorganen constatieren wir eine rechtsseitige, sehr bewegliche Niere, eine Wanderniere: sonst noch eine ausgesprochene Gastropiose. Nach Brausepulver steht die obere Magengrenze ca. 2. Querfinger über Nabelhöhe, die untere Magengrenze ungefähr 4 Querfinger unter dem Nabel. An diesen selben Partien konnte ein anderes Mal Plätschern nachgewiesen werden. Untersuchungen des Mageninhaltes führte ich während und ausserhalb des Anfalles aus und zwar am 7/II während des Anfalles, wobei sich am Morgen früh auf nüchternen Magen derselbe als leer erwies; das Spülwasser zeigte keine freie HCL, nur ganz schwach saure Reaction, keine Speiserester. Am selben Tage wurde darauf ein Ewald-Boassches Probefrühstück verabfolgt, dessen Untersuchung keinerlei Besonderheiten ergab, nämlich normalen Schichtungsquotienten, nicht vermehrten Schleim, kein Blut, keinen schlechten Geruch, A = 55, Reaction auf freie HCL in normaler Stärke positiv. Ausserhalb des Anfalles im Intervalle untersuchte ich heute den Mageninhalt, wobei der nüchterne Magen genau ebensowenig Abweichungen von der Norm zeigte, wie bei der Untersuchung am 7/II. Eine darauf heute vorgenommene Expression nach dem Probefrühstück zeigte auch einen ähnlichen Befund, wie am 7/II. nur dass A=40 war. Die HCL—Reaction war auch heute ausgesprochen positiv. Eine Harn Untersuchung von heute zeigte normales Verhalten. Der Harn ist klar, Spec. Gew.—1011, ausgesprochen sauer, kein Eiweiss, kein Zucker.— Die Untersuchung des Nervensystems an verschiedenen Tagen seit dem 5/II zeigt ausser dem Verhalten der Magensymptome annähernd das gleiche Resultat: Keine Atrophie der Muskulatur; rohe Kraft der Muskulatur nicht sehr wesentlich geschwächt, jedoch leichte Ermüdbarkeit der Beine; anscheinend schon eine Andeutung von atactischem Gange; auch vermag das linke Bein nur einen schlechten Kreis zu beschreiben. Die Arme zeigen keine Ataxie. Romberg ist ausgesprochen positiv. Von sensiblen subjectiven Erscheinungen finden sich ausser denen durch die Krisen bedingten noch lancinierende Schmerzen in den Beinen (schon seit Jahren), schiessende Schmerzen in den Armen, Gürtelgefühl. Eine objective Prüfung der Sensibilität zeigt verhältnismässig nicht starke Veränderungen. Der Tastsinn zeigt Abweichungen nur an wenigen umschriebenen Partien am Thorax

über dem Epigastrium, indem leichte Berührung hier nicht empfunden wird. Der Ortssinn ist jedenfalls nicht erheblich alteriert; ebenso fanden sich bei Prüfung des Temperatursinnes keine auffallenden Veränderungen. Bei Prüfung des Schmerzsinnes der Haut fanden sich hypalgische resp. analgetische Partien an den lateralen Flächen der Oberschenkel und an einigen wenigen engumschriebenen Partien der medialen Fläche des linken Unterschenkels. Der Patellar-Reflex ist beiderseits erloschen. Der Achillessehnen-Reflex fehlt gleichfalls beiderseits. Der Augenbefund (Dr. Johannson) war am 28/II folgender: Pupillen beiderseits gleich weit, mittelweit (ca. 2 Wochen später war die linke Pupille aber weiter, als die rechte). Rechte Pupille reagiert auf Licht träge, auf Accomodation normal; linke Pupille auf beides nicht. Links Parese des Musculus rectus internus; rechts Parese des internus und superior. Beim Blick in die Ferne und in der Nebelage der Augen divergieren die Augenaxen und sieht dabei das rechte Auge nach temporalwärts unten. Rechts ist die Parese stärker, als links. Exophthalmus nicht sicher. Ophthalmoskopische Untersuchung: Pupillen beiderseits etwas blass. Die Psyche ist nicht in auffällender Weise alteriert. Vor 2 Jahren bestanden Blasenstörungen, die sich später nicht mehr in deutlicher Weise wiederholt haben. Keine Mastdarmlstörungen. Keine trophischen Störungen. Eine kahnförmige Einziehung des Leibes während des Anfalles fand sich nicht. Seit 4 Monaten hat Patientin keine Regel, die sich bis dahin regelmässig einstellte. Aber der Uterus hat normale Grösse und normale Lage. Pat. ist also nicht gravid.

Meine Herren! Wir haben also einen zweifellosen Fall von Tabes vor uns und sehen dabei periodisch auftretende Magensymptome. Und daraus ergibt sich auch die Auffassung dieser periodisch auftretenden Magensymptome als gastrische Krisen meiner Ansicht nach von selbst. Denn meiner Ansicht nach ist nicht das Magensymptom oder die Magensymptome an sich charakteristisch für Krisen, sondern die Art des Auftretens, die periodische Art des Auftretens. So stört denn auch das von dem gewöhnlichen Bilde der gastrischen Krisen, die sich ja gewöhnlich als heftige Cardialgie mit Erbrechen äussern, Abweichende in diesem Falle, indem in manchen Anfällen zwar heftiges Erbrechen besteht, aber die heftige Cardialgie fehlt und sich an deren Stelle ein Drückgefühl im Epigastrium setzt, nicht an der Auffassung dieser Attacken als gastrische Krisen. Der Fall erinnert an das *Leyden'sche* periodische Erbrechen. Einige der von Leyden unter diesem Namen publicierten Fälle waren ja auch nur symptomatische Fälle, nämlich gastrische Krisen bei Tabes. Die Attacken im vorgeführten Falle etwa als Symptom einer Hysterie oder Neurasthenie aufzufassen, ist natürlich ganz und gar nicht zugänglich, denn wollte man die gezwungene Annahme machen, dass hier die Attacken nicht von der Tabes abhängen und nur zufällig mit derselben coincidieren, so könnte man Attacken mit so ausgesprochener Periodicität doch nicht als neurasthenisches oder hysterisches Symptom auffassen, sondern müsste eben neben

der Tabes ein genuines periodisches Erbrechen als selbständige, von der Neurasthenie resp. Hysterie unabhängige Neurose annehmen. Denn das nervöse Erbrechen bei der Neurasthenie oder der Hysterie wird auf die Dauer nicht eine charakteristische, sondern nur eine atypische Periodicität zeigen. Aber es könnte eingewandt werden, dass die Attacken auf reflectorischem Wege, von einem der ptotischen Organe (Magen selbst oder Wanderniere) hervorgerufen würden. Nun, ich meine, dann könnten die Attacken nicht in so charakteristischen Perioden auftreten, nicht so scheinbar unmotiviert beginnen und aufhören. Diese auf reflectorischem Wege hervorgerufenen Attacken würden vielmehr öfters einen Grund zum Auftreten des Anfalles erkennen lassen, die Anfälle könnten zwar auch periodisch auftreten, aber in völlig atypischer Periodicität. Eine Möglichkeit freilich, dass nervöse Attacken ähnlicher Art, die an sich ganz atypisch periodisch auftreten würden, echt typisch periodisch auftreten können, indem sie sich an den Ablauf der Menses halten, hat auf unseren Fall ja keine Anwendung. Wohl aber wäre, wenn keine tabischen Zeichen vorliegen würden, und somit dieses periodisch auftretende Erbrechen als eine genuine Krankheit imponieren würde, die Differentialdiagnose zwischen genuinem periodischem Erbrechen und der Migräne schwierig. Die Migräne kann sich nämlich als Migräne—Aequivalent sehr wohl ähnlich äussern. Um eine neben der Tabes bestehende genuine Migräne oder Migräne—Aequivalent handelt es sich in unserem Falle nicht, denn weder scheinen die Eltern an Migräne gelitten zu haben, noch auch namentlich bestehende die Symptome seit der Jugend. Das periodisch auftretende Erbrechen trat vielmehr erst vor 2 Jahren auf.

(Autoreferat.)

Dr. Ed. Schwarz: Die Ausführungen des Herrn Collegen seien genau diejenigen, die der Neurolog ja so oft zu beobachten Gelegenheit habe; die gastrischen Krisen machten bei Vorhandensein von anderen tabischen Symptomen in der Diagnose keine Schwierigkeiten; wenn solche fehlten und die erste gastrische Krise das erste Symptom der Tabes sei, so kann die Diagnose oft schwer sein. Die Anfälle seien aber, wenn typisch verlaufend, doch auch direct als tabische meist zu erkennen. Doch kämen sehr ähnliche Zustände bei chronischem Alcoholismus vor. Zweimal seien solche vom Referenten beobachtet worden. Der eine Kranke, den Referent bis zum Tode unter Beobachtung hatte, habe 2 oder 3 Mal den tabischen Krisen sehr ähnliche Brechanfälle gehabt, die Tage lang dauerten, es habe sich später beim Kranken keine Tabes entwickelt. Derselbe starb an Tuberculose im Krankenhaus.

Dr. v. Engelhardt macht darauf aufmerksam, dass Pal in seinem bekannten Buch über Gefässkrisen angibt, während der Krise erhöhte Gefässspannung bis zu 220 mm. gefunden zu haben. Redner wünscht zu erfahren, ob der Vortragende beim demonstrierten Falle Blutdruckbestimmungen ausgeführt und ob blutdruckerniedrigende Mittel, wie Natrium nitrosum angewandt worden seien.

Dr. O. Stender hält die von Dr. Büttner in seinen referierten Fällen angegebenen periodisch wiederkehrenden Krisen gleichfalls für ein Symptom der Tabes. In den weitaus meisten Fällen sei die Zugehörigkeit zur Tabes nachweisbar. Bei der Diagnosenstellung sei die Untersuchung des Liquor cerebrospinalis auf Lymphocytose nicht zu unterlassen. Es gebe Fälle von beginnender Tabes, die mit Krisen einhergehen, welche letztere dann lange Zeit das einzige klinische Symptom der Tabes sein können.

Therapeutisch macht Redner auf das neuerdings empfohlene Adrenalin in der Behandlung von tabischen Krisen aufmerksam.

Dr. Ed. Schwarz hat das auf der letzten Jahresversammlung der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte proponierte Adrenalinum muriaticum versucht. In einigen Fällen schien bei den ersten Gaben eine Erleichterung des Zustandes einzutreten; irgend einen wirklichen Erfolg hat er aber nicht gesehen; helfen tue nur Morphium.

Dr. H. Idelsohn weist auf einen Fall hin, in dem von specialistischer Seite die Diagnose auf eine Tabes gestellt worden war und wo sich dennoch bei der Operation eine narbige Stricture am Pylorus fand (Dr. v. Bergmann).

Dr. J. meint, man könne beim Vorhandensein gastrischer Krisen auch an chirurgische Complicationen denken, wie das der referierte Fall beweise.

Dr. W. Buettner: Dr. Idelsohn möchte ich erwidern, dass in dem von ihm angeführten Falle, bei dem es zur Operation kam, wobei sich eine narbige Pylorusstenose fand, es doch sicher nicht die periodisch wiederkehrenden Magensymptome sein konnten, die auf ein Ulcus hindeuteten. Im Gegenteil, richtig periodisch auftretende Magensymptome weisen mit so grosser Wahrscheinlichkeit auf eine nervöse Basis derselben hin, dass dieses periodische Auftreten im Allgemeinen eine Contraindication zu operativen Eingriffen abgeben wird. Allerdings wird man sich ja vorstellen können, dass periodisch auftretende Magensymptome, z. B. die periodische Hypersecretion, namentlich wenn sie sich in langdauernden Anfällen abspielen sollte, ein Ulcus secundär hervorrufen können wird. Dann wird man ausser den von der ursprünglichen periodischen Hypersecretion hervorgerufenen Symptomen andere, nämlich Ulcus-Symptome, wie z. B. continuierlichen Magensaftfluss und andere continuierlich und dauernd auftretende Symptome erwarten dürfen. (Oder das secundär gebildete Ulcus würde latent verlaufen, in welchem Falle es aber nicht zu diagnostizieren wäre). Ob solches in dem vom Colleggen Idelsohn angeführten Falle zutraf, führte der Colleague nicht aus. Oder es könnte zweitens neben der periodischen Hypersecretion, unabhängig und nicht von dieser hervorgerufen, ein Ulcus bestehen. Das Ulcus wird aber in solchem Falle nicht der Grund für das echt periodisch auftretende Erbrechen oder für die periodisch auftretende Hypersecretion sein. Diese werden vielmehr ihre eigene Aetiologie haben und das Ulcus wird nur die Rolle als befördernde und als Gelegenheits-Ursache zur

Auslösung des Auftretens der echt periodischen Magensymptome spielen.

An die Bemerkung Dr. Stenders anknüpfend möchte ich bemerken, dass in zweifelhaften Fällen, ob es sich um Tabes-Symptom oder genuine periodische Magen-neurose handelt, die Wassermannsche Serum-Reaction ganz besonders geeignet erscheinen würde, die Frage zu lösen.

Die von Dr. v. Engelhardt erwähnte Monographie Pals «Gefässkrisen» ist mir bekannt. Soviel mir erinnerlich ist, hat Pal nicht in allen Fällen von gastrischen Krisen erhöhte Gefäss-Spannung gefunden. In meinem Falle habe ich keine instrumentelle Blutdruckmessung vorgenommen. Der Radialpuls war klein, leicht unterdrückbar. Es lag ja gleichzeitig Mitralstenose vor.

(Autoreferat.)

Dr. A. v. z. Mühlen: Ein Fall von Oosteomyelitis des Schädelknochens im Anschluss an Stirnhöhleneiterung, sowie Einiges zur Diagnosenstellung der Stirnhöhleneiterungen. (Der Vortrag wird im Druck erscheinen).

Dr. R. von Rimscha: Indicationen zur operativen Eröffnung der chronischen Stirnhöhlenentzündungen.

Dr. v. Rimscha demonstriert 2 Pat., die er chron. Stirnhöhlenempyeme wegen nach Killiau operiert hat. Bei beiden Pat. ist die Operation wegen heftiger Kopfschmerzen, fester Nase mit Eiterungen aus der Nase gemacht worden. Die eine Pat. war vorher 9 Wochen stationär von einem Collegen behandelt worden, in welcher Zeit Schwellungen des oberen Augenlides und derselben Gesichtseite allmählich zurückgingen, während d. Kopfschmerzen bestehen blieben. Nach der Operation sind beide Pat. von ihren Beschwerden vollkommen befreit und fühlen sich gesund. Bei dem zweiten Pat. ist ein auffälliger Wechsel der Gemütsstimmung zu verzeichnen, sein finsternes Wesen ist gewichen, worauf die pflegende Schwester des Diakonissenhauses aufmerksam machte, ohne danach gefragt zu werden. Bei beiden Pat. ist der kosmetische Effect der Operation vorzüglich. Die Spuren der Operation sind nur bei genauerer Besichtigung bemerkbar.

Dr. v. Rimscha hält darauf seinen angekündigten Vortrag: «Die Indicationen zur operativen Eröffnung der chron. Stirnhöhlenentzündungen».

Vortrageuder führt aus, dass erst, seitdem Killian seine Operationsmethode angegeben hat, die Indicationen zur operativen Eröffnung der chron. Stirnhöhlenentzündungen wesentlich erweitert worden sind. Alle früheren Methoden — erwähnt seien nur die von Kuhnt und Jansen — haben nicht befriedigt. Die Riedelsche Methode gibt vorzügliche Heilungsergebnisse, doch scheussliche Entstellungen. Nachdem Vortrag. kurz die Killiansche Methode geschildert, referiert er über seine an 11 nach dieser Methode operierten Fällen gemachten Erfahrungen. Hinsichtlich der Entstellung hat sich die Methode vorzüglich bewährt. Selbst bei sehr

grossen Stirnhöhlen, wo man mit dem Schnitt in d. Augenbraue nicht auskommt, ist der kosmetische Effect zufriedenstellend, bei kleinen und mittelgrossen Höhlen vorzüglich. Hinsichtlich der Heilung möchte Vortrag. ein abschliessendes Urteil noch nicht fällen, doch sind alle Pat. von ihren Beschwerden vollkommen befreit; auch das objective Resultat ist zufriedenstellend.

Auf 2 Gefahren weist Vortrag. hin, die durch die Verletzung der lamina cribrosa zu befürchtende Meningitis und das durch die Ablösung der Sehne event. entstehende Doppeltsehen. Obschon Vortrag. an seinen 11 Fällen kein Mal Meningitis und nur einmal vorübergehendes Doppeltsehen erlebt hat, glaubt Vortragender dennoch dieser Gefahren wegen auf den Ernst der Operation hinweisen zu müssen. Der ganze Eingriff muss als gross bezeichnet werden, doch ist die Operation gut vertragen worden; die Beschwerden sind sehr geringfügig gewesen. Vortrag. präcisirt seine Stellungnahme zur Behandlung resp. operativen Eröffnung von chron. Stirnhöhlenentzündung in folgenden Sätzen:

1. Jede chron. Stirnhöhlenentzündung ist keine ungefährliche Erkrankung und muss daher unter ständiger Controlle des Arztes stehen.

2. Die einzige Aufgabe der endonasalen Behandlung besteht darin, dass für freien Abfluss aus der Stirnhöhle in die Nase gesorgt wird, was durch Beseitigung von Polypen und Schwellungen resp. hohe Amputation des vorderen Endes der mittleren Muschel geschehen und wodurch bei der günstigen anatomischen Lage der Stirnhöhle mit der Ausflussöffnung am tiefsten Punkt eine Ausheilung zustande kommen kann.

3. Spülungen resp. Aetzungen bei Stirnhöhlenentzündungen sind zwecklos, eine Eröffnung der Stirnhöhle von der Nase aus zu verwerfen.

4. Ist ein freier Abfluss aus der Stirnhöhle in d. Nase einer engen Nase wegen nicht herstellbar oder hören trotz freien Abflusses die Beschwerden der Pat. nicht auf resp. wird dieser freie Abfluss durch Polypenneubildung immer wieder verlegt, so ist die operative Eröffnung indiciert.

5. In vielen Fällen wird man gern die Entscheidung zur Operation den Pat. selbst überlassen, nachdem man ihn über den Ernst der Operation orientiert hat.

6. Von allen Operationsmethoden ist die Killiansche die beste, es sei denn, dass grosse Zerstörungen uns zur Riedelschen Radicaloperation zwingen.

(Autoreferat).

Dr. G. Kieseritzky,
d. z. Secretär.

Sitzung am 1. April 1909.

Anwesend 34 Mitglieder.

Eingelaufen ein von der Geschäftsstelle des Keppler-Bundes ausgegebenes Blattes — den Fall Brass — Häckel darstellend.

Dr. P. Klemm stellt ein ca. 14-jähr. Mädchen vor, bei der er eines ausgesprochenen doppelseitigen Plattfusses wegen durch einen geringfügigen operativen Eingriff diese Difformität beseitigt hat.

An der medialen Seite des Fusses — dem os naviculare entsprechend — sieht man eine ca. 3 Ctm. lange horizontal verlaufende Narbe. Aus dem os naviculare ist an dieser Stelle ein keilförmiges Stück excidiert worden und dadurch ein ausgezeichnetes Fussgewölbe hergestellt worden.

Redner empfiehlt diese Art des Eingriffes, da die verschiedenen orthopädischen Massnahmen wenig Aussicht auf Erfolg zeigen.

Discussion über die auf der vorigen Sitzung (v. 18. März c.) gehaltenen Vorträge der Herren v. z. Mühlen und v. Rimscha.

Dr. P. Klemm wünscht die Ansicht des Vortragenden über die Indicationsstellung gerade im acuten Stadium zu erfahren. Sollen derartige Fälle operiert werden und zu welchem Zeitpunkt?

Dr. Voss: Auf das Hauptmoment, die Indicationsstellung bei der acuten Stirnhöhlenentzündung wolle auch er hinweisen. Seiner Ansicht nach sei von Dr. v. z. Mühlen in seinem Vortrage die Indication zu weit gestellt worden. Der von Dr. Klemm angeführte Fall von schnell sich entwickelnder Meningitis im Anschluss an Stirnhöhlenentzündung gehöre zu den sehr seltenen. Wenn bei jeder acuten Stirnhöhlenentzündung operiert werden sollte, müsse man auch bei jedem Schnupfen die Aufmeisselung vornehmen. Die Gefahr der Infection der Dura durch die Probepunction sei nicht zu unterschätzen.

Ein abschliessendes Urteil über die Indicationsstellung bei der acuten Stirnhöhlenentzündung sei deswegen nicht möglich, weil diese Frage noch in der Entwicklung begriffen ist.

Dr. C. Brutzer meint, dass Dr. v. Rimscha, die Bedeutung der Röntgenbilder zu wenig gewürdigt habe. Von Wichtigkeit sei es vor einer Operation die Grösse der Stirnhöhle zu kennen.

Dr. v. z. Mühlen wendet sich gegen Herrn Dr. Voss, und hebt hervor, dass es ihm vollkommen fern gelegen habe, die Anbohrung und Durchspülung der Stirnhöhle in jedem Falle, auch in den acuten, empfohlen zu haben. Im Gegenteil hat er direct betont, dass nur in denjenigen Fällen, in welchen auf andere Weise eine Diagnosenstellung nicht möglich sei, die Anbohrung zu empfehlen wäre. Die Stirnhöhlenerkrankungen sind augenscheinlich kein so ganz harmloses

Leiden, wie man vielfach glaube, und mancher Fall von ganz unaufgeklärter Meningitis mag auf eine nicht erkannte oder nicht genügend gewürdigte Stirnhöhleenerkung zurückzuführen sein. Soeben hat er einen derartigen Fall zu beobachten Gelegenheit gehabt. — Er müsse sich auch gegen die durch die Fränkelsche Schule in Berlin vertretene Ansicht wenden, nach welcher in specialistischen Kreisen die conservative Behandlung der Stirnhöhleenerkung immer mehr und mehr an Anhängern gewinne. Die soeben von Gerber veröffentlichte Monographie über Erkrankung der Stirnhöhlen und deren Folgezustände ergäbe, dass gerade das Gegenteil der Fall sei. Immer häufiger werde chirurgisch vorgegangen und zwar mit Recht. Seit der Publication der Killian'schen Operationsmethode und deren zahlreichen Modificationen müssen die Resultate als so günstige bezeichnet werden, dass mau mit gutem Gewissen zur Operation zuraten kann. So könne auch er hervorheben, dass er in einer nicht ganz geringen Anzahl von Operationen keinen Misserfolg zu beklagen habe.

(Autoreferat).

Dr. v. Rimscha: Auch ich habe College Mühlen so verstanden, als ob er die Probepunction der Stirnhöhle verallgemeinern wollte. Ich weise nur auf die Erfahrungen hin, die wir mit der Probepunction der Highmorshöhle gemacht haben. Die Probepunction der Highmorshöhle ist einfach, schmerzlos. Es liegt darum nahe, dass von derselben ausgiebiger Gebrauch gemacht wird. Anfangs begnügte man sich damit, die Highmorshöhle durchzublasen, und hielt die Highmorshöhle für gesund, falls das Blasengeräusch frei, hauchend war. Dann biess es, das Durchblasen genüge nicht, man müsse durchspülen, dann ging man noch weiter und behauptete, man müsse 2 Liter durchfliessen lassen und erst dann könne man eine gesunde Highmorshöhle von einer kranken unterscheiden. Ja ich habe sogar gehört, dass man trotz alledem, wenn auch nach 2 Litern das Spülwasser klar abfließt, die Spülung fortsetzt mit der Motivierung, dass durch das Spülen dem Pat. Erleichterung geschafft würde. Das ist nun Untug. Diese Erfahrungen auf die Stirnhöhle übertragen, dürften bei der Probepunction der Stirnhöhle unvergleichlich schlimmere Folgen haben. Ich stimme College Mühlen bei, dass die Diagnose der Stirnhöhleenerkung unter Umständen grosse Schwierigkeiten bereiten kann. Aber im Wesentlichen kommen doch nur die Fälle in Betracht, die einer eventuellen Operation unterzogen werden sollen. Diese Fälle können dann auch einer Probeeröffnung unterzogen werden, woran sich dann bei positivem Resultat die Operation anschliesst. Bei Pat. die wegen geringer Beschwerden so wie so nicht operiert werden sollen resp. sich nicht operieren lassen, hat die Probepunction einen fraglichen Wert, denn die Gewissheit, dass seine Beschwerden auf einer Erkrankung der Stirnhöhle beruhen, macht den Pat. bestimmt nicht glücklicher.

Andererseits gebe ich zu, dass in Annahmefällen eine sichere Diagnose, wie sie die von College Mühlen angegebene

Probepunction ermöglicht, durchaus erwünscht ist und für diese Ausnahmefälle können wir die uns vorgeführte Probepunction mit Freuden begrüßen,

(Autoreferat.)

Dr. F. Voss freut sich, dass Dr. v. z. Mühlen die in seinem Vortrage so erweiterte Indicationsstellung im obigen Sinne wieder einschränkt.

Dr. von Krüdener demonstriert:

a) eine 45-jährige Patientin mit einem Sarcom der Chorioidea und b) eine 30-jähr. Frau mit einem Aneurysma arterio-venosum der Carotis im Sinus cavernosus der linken Seite.

Als Seitenstück zu dem hier, auf der vorletzten Sitzung demonstrierten Cysticercus im Auge, stelle ich Ihnen hiermit eine 45-jährige Patientin mit sehr ähnlichem Augenspiegelbefund vor. Auch hier ragt mitten in den Glaskörperraum hinein eine runde, scharf abgegrenzte Neubildung, jedoch fehlt die Eigenbewegung und die Farbe ist hier braunrot, dunkel gesprenkelt. Es handelt sich um ein Sarcom der Chorioidea.

Die zweite, 30-jährige Patientin, welche ich Ihnen vorstelle, leidet an einem Aneurysma arterio-venosum der Carotis im Sinus cavernosus der linken Seite. Sie hatte vor einem Monat hochgradigen Husten und Schnupfen. Als sie hierbei eines Tages einen heftigen Niesanfall gehabt, merkte sie plötzlich dass ihr linkes Auge vortrat und zu gleicher Zeit entstand ein Schwirren in der Augengegend. Sie sehen links leichten Exophthalmus, die Venen des Oberlides sind stark gefüllt und diese Füllung nimmt noch zu, wenn Patientin mit gebeugtem Kopfe dasitzt. Bei Auscultation vernimmt man über dem Processus mastoideus ein deutliches systolisches Blasen, welches sofort schwindet, wenn man die linke Carotis am Halse comprimiert. Wir haben hier den seltenen Fall einer Spontanruptur der Carotis bei einem sonst vollkommen gesunden Individuum. Die Risswunde des Gefässes ist klein, das Blut ergiesst sich in den Sinus cavernosus und wird hierbei in die obere Orbitalvene gepumpt, auf solche Weise entsteht nun das Oedem des oberen Lides. Die untere Orbital-Vene hat ausgiebigere Abflusswege, daher ist ihr Gebiet weniger gestaut. Während nach Trauma Carotisrupturen nicht selten sind, ich erinnere hier an die Fälle von Nelaton (Sturz aus dem Wagen) Blessig 1877 (Fallen von der Treppe), von Bergmann (Ruptur beider Carotiden durch umstürzenden Baum), kommen sie durch die hier stattgefundene forcierte Bewegung wohl nur ganz ausnahmsweise zustande. Wegen Rigidität der Gefässe beobachtet man sie gelegentlich mehr im höheren Lebensalter. Die Therapie wird hier in Unterbindung des Gefässes bestehen.

(Autoreferat.)

Dr. E. Johansson berichtet über einen operierten Fall von Sarcom der Chorioidea, der nach einem halben Jahre nach ausgeführter Enucleation unter den Erscheinun-

gen von Lebermetastasen zu Grunde ging (Pat. fand sich erst 1 Monat nach gestellter Diagnose zur Operation des Sarcoms ein).

Dr. v. z. Mühlen erwähnt eines mit Dr. Siegmund gemeinsam beobachteten Falles von Carotisaneurysma, bei dem Bedner nach zuerst ausgeführter methodischer Compression auf der correspondierenden Seite die Carotis communis unterbunden hatte. Nach 1½ Jahren erfolgte die Unterbindung der Carotis interna der anderen Seite.

Dr. L. Bornhaupt demonstriert 6 Ascariden und eine Anzahl von Gallensteinen, die bei der Operation eines acuten Choledochusverschlusses im Anfall von einer 66-jährigen Patientin gewonnen worden sind. 4 Würmer befanden sich im Choledochus und 2 im Ductus hepaticus. Der Choledochus war durch mehrere Steine verlegt. Die Gallenblase, die geschrumpft und mit der Umgebung fest verbacken war, ist mit den Steinen, die sich in ihr befanden, entfernt worden. Der Ductus hepaticus ist drainiert worden. Die Pat. starb am 14. Tage nach einer doppelseitigen Pneumonie. Bei der Autopsie wurden zerstreute Eiterherde — in beiden Lungen nachgewiesen.

Ferner werden Stücke von einem necrotischen Pancreas demonstriert, die in einer grossen Eiterhöhle gefunden worden waren. Die Eiterung, die vom Schwanz des Pancreas ausgegangen war, befand sich unter dem Diaphragma links retroperitoneal und breitete sich nach unten der Beckenschaufel entlang fast bis zum linken Lig. Poupartii aus. Die grosse Höhle war mit faäulent stinkendem Eiter ausgefüllt, in dem die Pancreassequester schwammen. Die Pat. ist 58 Jahre alt, fettleibig, hatte vor 8 Wochen einen acuten Anfall durchgemacht, der mit Schmerzen im Epigastrium namentlich links einsetzte; die Schmerzen strahlten nach hinten in die Gegend der Schulterblätter aus, dabei hatte 8 Tage lang eine Verhaltung von Stuhl und Winden bestanden. Der Anfall ist als eine Gallensteinkolik gedeutet worden. Darauf traten Erscheinungen auf, die eine linksseitige Pneumonie vermuten liessen, bis schliesslich der behandelnde Arzt eine Resistenz im Epigastrium links fand. Am Tage der Operation befand sich die Pat. in einem recht desolaten Zustande: Puls 140, Temp. 39,3°, trockene Zunge, livide Verfärbung der Wangen, Erbrechen, beschleunigte Respiration, stark aufgetriebenes Abdomen. Grosse Resistenz und Dämpfung in der linken Bauchhälfte. Exsudat in der linken Pleura unten. Punction der Pleura ergab seröse Flüssigkeit, die keine Mikroorganismen enthielt (Dr. P. Praetorius). Im faäulent riechenden Eiter der Abscesshöhle befanden sich Streptococci und Bacterium coli comm. ähnliche Mikroorganismen. Die in der Eiterhöhle vorgefundenen Gewebsetzen sind von Dr. Arthur Schabert als Pancreassequester erkannt worden. Die Eiterhöhle ist breit eröffnet und tamponiert worden. Es sind ca. 12 Tage nach der Operation vergangen und der Zustand der Pat. scheint sich zu bessern, so dass Hoffnung auf ihre Genesung vorhanden ist.

Es handelt sich also im vorliegenden Fall nicht um eine Gallensteinikolik und nicht um eine Pneumonie, sondern um eine acute, partielle Entzündung der Bauchspeicheldrüse und zwar des Pancreasschwanzes. Der Process hatte zur Eiterung geführt und das erkrankte Stück des Pancreas hat sich als Necrose abgestossen. Diese Form der acuten Pancreatitis unterscheidet sich von derjenigen, die in 2 mal 24 Stunden zum Tode führen kann, wenn sie nicht in den ersten Stunden der Erkrankung operativ behandelt wird. Sich auf die Fälle acuter Pancreatitis stützend, die zur Eiterung führen, hatte Körte zuerst die abwartende Therapie empfohlen. Jedoch zwingen uns die rapid letal verlaufenden Formen von acuter Pancreatitis zum frühzeitigen energischen Eingreifen.

(Autoreferat).

Dr. G. Kieseritzky,
d. z. Secretär.

Sitzung am 15. April 1909.

Anwesend 56 Mitglieder und als Gast Herr D. v. d. Ostensacken.

Dr. P. Klemm demonstriert ein auf operativem Wege entferntes Lymphangiom der Bauchhöhle. Bei einem 6 jährigen Knaben bestand ein in toto stark aufgetriebenes Abdomen, dabei kein Fieber und gutes Allgemeinbefinden. Bei der Operation fand sich keine freie Flüssigkeit; in der Tiefe der Bauchhöhle, vom Processus xiphoideus bis zur Symphyse reichend, lag das durch 2 grosse Gefässe mit dem Netz verbundene Lymphangiom. Während kleine derartige Gebilde keine Seltenheit sind, hat Vortragender über eine so ungewöhnliche Ausdehnung bisher keine Angaben gelesen.

Das zweite von Dr. P. Klemm demonstrierte Präparat stellt eine Dermoidcyste des Ovariums dar — von einem 14 jährigen Mädchen stammend.

Dr. v. Krüdenner demonstriert Präparate von Trachomparasiten in ihren verschiedenen Entwicklungsformen.

Vor 1 Jahr stellte ich hier einige Präparate mit Trachomparasiten vor. Ich habe im Laufe dieser Zeit wieder einige 100 Trachom-Fälle untersucht und bin heute imstande, den ganzen Entwicklungsgang des Trachomparasiten zu demonstrieren. Im ersten Mikroskop befindet sich unter Oelimmersion das erste Entwicklungsstadium eines Conglomeratkörperchens von runder Gestalt mitten im Protoplasma. Im zweiten liegen 2 Körper schon abgeplattet dem Kern an, Nr. 3 zeigt die Parasitenhülle schon gelockert, die Zelle ist balloniert, in No. 4 sieht man deutlich den Parasiten in kleine Körnchen zerfallen, die nach der Azurfärbemethode vollkommen blau erscheinen; in No. 5 haben die Zellen ihr Pro-

toplasma verloren und die Körnchen liegen zum Teil frei im Secret, zum Teil in den hellen Adern des zerfallenden Zellkerns. Wir sind jetzt schon so weit, dass wir bei schwacher Vergrößerung mit Zeiss Obj. D die Trachom-Gebilde deutlich in den Zellen sehen können, das heisst allerdings nur bei frischen Trachomen. Die Auflösung in die feinen Trachom-Coccen ist nur unter Immersion möglich, am besten mit Compensationsocularen. Nach Prowazek gehören die Erreger des Scharlachs, der Variola, Lyssa und des Trachoms in eine Kategorie. Sie unterliegen bei weiterer Impfung auf andere Tierarten der Mutation. Die Variola vera wird zur Variola vaccina, das Lyssagift wird durch das Durchgehen durch Tierkörper abgeschwächt und das Trachomvirus erzeugt beim Affen eine wesentlich leichtere Krankheitsform, obschon die Parasiten sich nach Form und Entwicklungsmodus so verhalten wie beim Menschen. Seit den Befunden, welche Prowazek in Java und Hamburg, Greeff, Frosch und Claeesen in Posen und Berlin, ich in Riga erhoben, hat sich die Literatur vermehrt, die Trachomparasiten sind in Oesterreich und Japan gefunden worden. Nach meiner Ansicht ist kein Zweifel mehr vorhanden, dass die Trachomerreger hiermit entdeckt sind.

(Autoreferat).

Dr. H. Idelsohn hält seinen angekündigten Vortrag: «Zwei Fälle juveniler Gangrän nach Claudicatio intermittens» (mit Demonstrationen am Skiopticon). Die Arbeit wird in der Zeitschrift für Nervenheilkunde veröffentlicht werden.

Auf der Sitzung vom 4. III hatte Dr. Voss der Versammlung Mitteilung gemacht von der Verurteilung eines Collegen zu 100 Rbl. Strafe wegen nicht gesetzmässiger Entwertung von Stempelmarken. Zur weiteren Entwicklung der Angelegenheit teilt Dr. Voss eine private Mitteilung der Fabrik an denselben Collegen mit, wo angegeben ist, dass laut neuester Entscheidung der Controll-Kammer jede ärztliche Rechnung — abgesehen von der Höhe des Betrages — mit einer 5 Kopekenmarke (auf jedem Blatte) zu versehen ist.

Dr. G. Kieseritzky,
d. z. Secretär.

Sitzung am 29. April 1909.

Anwesend 52 Mitglieder und als Gast Dr. Kliorin.

Dr. P. Klemm demonstriert eine ca. 28-j. Patientin, bei der er vor 1½ Jahren die Totalexstirpation der Zunge ausgeführt hatte. Am empfehlenswertesten sei es, die Zunge vom Mundboden abzulösen, indem alle Muskeln durchschnitten werden. Das phonetische Resultat ist hier ein gutes.

Dr. P. Klemm stellt ferner einen Knaben vor, der durch einen Beilhieb den linken Daumen verloren hatte. An Stelle des letzteren hatte Dr. P. Klemm als Ersatz die grosse Zehe gesetzt, nachdem die Knochen wundgemacht und die Sehnen vereinigt worden waren. Sensibilität ist in der überpflanzten Zehe nicht vorhanden, wird sich aber wohl durch Hineinwachsen der Nerven in 1—2 Jahren einstellen. Von Eiselsberg hat in einem ähnlichen Falle zur Ueberpflanzung die zweite Zehe genommen, die Vortragendem aber weniger geeignet erscheint. Das Missverhältnis in der Grösse des neuen Daumens und der übrigen Finger wird sich durch das nachträgliche Wachsen der letzteren ausgleichen, während ein Grösserwerden des ersteren ausgeschlossen ist.

Dr. Biehler: Zur Diagnose der Lepra (mit Demonstrationen).

«Ich erlaube mir hier 3 Fälle vorzustellen, die charakteristische Flecken und zwar, möchte ich gleich präsumieren, charakteristische Lepraflecken aufweisen. Schon bei der oberflächlichen Besichtigung dieser Kranken sieht man, dass es sich um wesentlich verschiedene Flecken handelt. Der Kürze wegen will ich betonen, dass es sich hier auch tatsächlich um zwei grundverschiedene Aeusserungen einer und derselben Krankheit handelt. Es ist nicht eine blosse theoretische Spielerei, diese beiden Formen durch Namen von einander zu scheiden. Innere Vorgänge biologischer Natur sowohl von Seiten des Afficierten als auch von Seiten des Krankheitserregers haben diese beiden grundverschiedenen Typen von Lepra geschaffen.

Hier in diesem ersten Fall müssen wir von Flecken sprechen, die ihre Entstehung gewissermassen einer diffusen Infiltration verdanken, wie sie auch den Knoten der Lepra tuberosa eigentümlich ist, während die beiden anderen Fälle, was die histologische Natur betrifft, mehr chemisch entzündlichen Processen in der Haut entsprechen, deren Urelemente eine Reihe von Autoren für nicht wesentlich anders auffasst, wie sie auch bei den tuberösen Formen vorkommen.

Aber auch Gesichtspuncte socialer Natur verlangen eine genaue Abtrennung dieser beiden Krankheitsformen, denn während Fälle, wie der erste, tuberöser Natur—massenhaft Bacillen aufweisen, finden wir bei Fällen, wie bei den anderen — Lepra nervorum maculosa — höchst selten oder überhaupt keine Bacillen. Die Schlussfolgerung kann sich jeder machen! Es haben auch dementsprechend Autoren von Bedeutung sogar für weniger strenge Isolation bei Fällen letzterer Art sich ausgesprochen, z. B. Prof. Dehio. Sehen wir, welche charakteristischen Merkmale für die Diagnose des einen sowie der anderen massgebend sind. Für die rein fleckige Form der Nervenlepra ist schon mehr weniger schleicher Beginn und grössere Beteiligung des peripheren Nervensystems und der von ihm abhängigen Teile charakteristisch. Die Flecken sind mehr einheitlicher Natur, in meist deutlich kreisförmiger und sich daraus ergebender laudkartiger Anordnung mit heller atrophischer Mitte und

dunklem, mehr oder weniger erhabenem Rande. Ueber den Flecken ist die Epidermis oft schuppig. Ueber das Niveau der Haut, ragen die Flecken meist wenig hervor, im Gegenteil liegt der grösste Teil derselben unter dem Niveau der Haut Pigmentverschiebungen, Vermehrung resp. Verminderung sind stete Begleiter der Lepra nervorum-maculosa, so dass für sie differentialdiagnostisch Krankheiten wie die Vitiligo, Ekzema marginatum, Herpes tonsurans etc. in Betracht kommen. Die Flecken bleiben zwar lange Zeit bestehen, blassen aber intermittierend bis zur Unkenntlichkeit ab. Die Mitte der Flecken ist anästhetisch. Initiale Eruptionen sind wenig symmetrisch, spätere Eruptionen charakterisieren sich durch ihren symmetrischen Sitz.

Das Charakteristische der tuberosen Fleckeninfiltration ist das Herübertreten über das Niveau der Haut, keine atrophische Mitte, es sei denn nach Ulcerationen innerer und äusserer Vernarbung. Hier in diesem vorgestellten Falle wäre vielleicht die etwas seltenere Localisation um die Mammae und am Unterleibe, unter dem Nabel auffallend. Man sieht, wie sich über dem Fleckeninfiltrate Knoten erheben und progressive und regressive Metamorphosen eingehen. Das Wesentliche aber ist, dass aus allen Flecken und Knoten sich leicht charakteristische Leprabacillen nachweisen lassen und dass solche Formen tubero-maculöser Natur unbedingt der Internierung bedürfen.

(Autoreferat.)

Dr. J. Bernsdorff. Der vorgestellte 15 Jahre alte Knabe stammt aus dem 1. Kinderasyl und erkrankte vor 2 Monaten an Temperatursteigerung, Milzschwellung und einer ödemartigen Verdickung der Extremitäten. Beide Eltern sind leprös. Bei dem Knaben finden sich weder Hyperästhesie noch Anästhesien; auf dem Rücken sind einige Flecken vorhanden. Dr. B. wünscht zu erfahren, ob bei der Lepra, speciell in ihrem Anfangsstadium derartiges Oedem der Hände und Füße und eine so ausgesprochene Milzschwellung zu beobachten sind.

Dr. v. Bergmann. Es ist festzuhalten, dass die Milz bei der Lepra am constantesten Veränderungen zeigt. Man findet in ihr Bacillen, wo sonst der Bacillenbefund ein spärlicher oder negativer ist; sie zeigt entzündliche Veränderungen, sie kann amyloid degeneriert sein. Interessant ist ein Fall, der im Krankenhause zur Section kam, lange bevor das Leprosorium eröffnet worden, — es war da die Milz in einen Eitersack verwandelt, wie es im Protocoll heisst. Jedenfalls weist die so häufig gefundene Milzveränderung, die ja klinisch allerdings oft genug nicht nachzuweisen ist, darauf hin, dass die Lepra den Organismus wie jede Infectiouskrankheit befällt und nicht zuerst nur auf die Haut und Schleimhaut sich beschränkt, um dann nach längerem Verlauf erst die inneren Organe krank zu machen, eine Ansicht, die ja auch ihre Vertreter gefunden hat.

(Autoreferat.)

Dr. M. Hirschberg. Patient hat livide Extremitäten, die man bei der Bekanntschaft mit den Eltern und Verwandten nicht allein auf die Lepra, sondern auch auf familiäre Disposition zu cyanotisch-angiösen Zuständen beziehen kann. Der Vater — maculo-leprös-Potator — starb nach leichtem Trauma an Gehirnblutung und alcoholischem Fettherz. Die Mutter hatte ausser ihrer Lepra sicher auch Acne rosacea und häufige Oedeme an den unteren Extremitäten. Ein Bruder, der vom Referenten im Armenhause untersucht worden ist, hatte auch solche cyanotische Hände. Hinsichtlich der Form, ob maculös oder tuberös, ist dieser Fall durch familiären Anteil verwischt. Die Milzen bei Lepra maculosa stellen hyperämische, allenfalls nur mikroskopische Veränderungen vor, nicht grob anatomische, wie bei fast jeder Lepra tuberosa. Bei Fällen, wie hier, wird man bei der Section wohl schwer spezifische Veränderungen finden.

(Autoreferat).

Dr. von Krüdener. Bei dieser Gelegenheit möchte ich eines Leprafalles Erwähnung tun, welchen Herr Dr. Biehler vor 2 Jahren in einem Vortrage berührt hat. Es handelte sich um einen Patienten, welcher in besseren Verhältnissen lebte, als wir sonst die Leprakranken zu finden gewohnt sind. Ich stellte gewissermassen zufällig bei ihm die Diagnose, als er wegen eines Leproms der Iris meine Sprechstunde aufsuchte. Die Anamnese ergab, dass er vor 17 Jahren am Strande eine Sommerwohnung inne gehabt hatte, deren Wirtin an Lepra erkrankt war. Er litt nach diesem Sommer etwa 2 Jahre lang an beständigem Fieber, dessen Ursache damals nicht ermittelt werden konnte. Daraus und aus dem Umstande, dass Milzschwellung zu gleicher Zeit bestanden habe, ist dieses Fieber als Malaria gedeutet worden. Es scheint nun hier die Möglichkeit vorzuliegen, dass dieses Fieber nichts weiter war als eine Manifestation der Lepra-Infektion. Es dürfte, noch von Interesse sein, dass die Hauswirtin ihren Mann nicht angesteckt hat, dieser sogar später eine zweite Ehe eingegangen ist.

(Autoreferat).

Dr. v. Bergmann: Ich möchte mich dagegen wenden, dass man sich bemüht, die beiden Formen der Lepra auseinander zu halten, jede für sich gewissermassen als besondere Krankheitsform hinzustellen.

So sehr sich diese Formen klinisch unterscheiden, so muss doch festgehalten werden, dass die Nervenform rein für sich oder als Ausläufer der Lepra tuberosa auftritt, wenn das ja auch das häufigste ist. Es gibt aber wohl constatierte Fälle, und wir haben solche auch im Leprosorium gehabt, bei denen zuerst die Erscheinungen der Nervenform einsetzen und dann erst tuberöse Eruptionen folgen, ja die als Nervenform beginnende Erkrankung schliesslich in eine vorwiegend tuberöse übergeht.

(Autoreferat).

Dr. C. Brutzer: Eine Vergrösserung der Milz wird während der Krankheitsdauer der Lepra oder bei Autopsien

nicht constant gefunden. Dennoch ist die Milz bei *Lepra tuberosa* immer von Bacillen durchsetzt, und sie finden sich hier zahlreicher als in anderen Organen. Die Lepramilzen sind an Bacillenreichtum zu vergleichen mit regionären Lymphdrüsen erkrankter Körperteile oder mit den Lymphräumen der Schleimhäute in den oberen Luftwegen. Milzschwellungen werden beobachtet während fieberhafter Exacerbationen des Lepraprocesses, aber auch da nicht constant.

(Autoreferat.)

Dr. Biehler: Im vorigen Jahre hatte ich Gelegenheit gehabt, eine Neueruption von Flecken bei einem verhältnismässig frischen Falle von *Lepra nervorum-maculosa* zu beobachten. Die Eruption der Flecken wurde von einer längere Zeit anhaltenden Temperatursteigerung (bis 39°) und einer ausgesprochenen Vergrösserung der Milz begleitet. Wenn wir diese Erscheinungen so selten beobachten können, hängt es meiner Meinung nach hauptsächlich davon ab, dass wir initiale Erscheinungen bei der *Lepra* überhaupt höchst selten zu Gesicht bekommen und nur mit älteren, ausgesprochenen Krankheitsformen zu tun haben.

(Autoreferat.)

Dr. J. Eliasberg: Wassermannsche Reaction und *Lepra*. (Der Vortrag wird im Druck erscheinen).

Dr. Ed. Schwarz gibt zu den Ausführungen, die er freudig begrüsst, noch einige Erläuterungen, speciell bei Lues. Es seien 4 Reactionen, die auf ihre Wertigkeit für den Luesnachweis jetzt erforscht würden, auch von ihm mit Hilfe der Untersuchungen des Vortragenden näher geprüft worden; ein abschliessendes Urteil sei noch nicht möglich, doch sei die Wassermannsche Reaction, und wie es scheine, speciell Wassermann B, d. h. die Reaction im Liquor cerebrospinalis in Riga eine andere, als z. B. in Hamburg; letztere sei in Riga häufiger positiv. Es sei aber doch noch abzuwarten, was die Wassermannsche Reaction leisten werde, die Ausichten seien ja wohl glänzende.

(Autoreferat.)

Dr. O. Stender glaubt die Erörterungen und Schlussfolgerungen, die Vortragender mitgeteilt, aufs wärmste begrüssen zu dürfen, zumal die Wassermannsche Reaction in klinisch-diagnostischer Beziehung von grossem Werte sei. Das Specifiche der Reaction sei bereits mehrfach angezweifelt worden, doch, wie es scheine, mit Unrecht. Der positive Ausfall der Reaction, den seinerzeit die vielbesprochene Scharlachepidemie in Hamburg aufwies, sei bereits mehrfach nachgeprüft und dürfte als widerlegt gelten. Doch auch Wassermann selbst habe behauptet, dass die Reaction ausser bei Lues und den metasiphilitischen Erkrankungen auch bei der Trypanosomenkrankheit und der *Lepra* vorkäme.

Womit das zusammenhänge, sei vorderhand noch nicht klar, doch dürften weitere Arbeiten auch hierin Klarheit schaffen. Redner erwähnt einige Fälle aus der Praxis, die geeignet scheinen, die Bedeutung der Wassermannschen Reaction in klinischer Beziehung zu illustrieren.

(Autoreferat.)

Dr. v. Engelmann. Der Serodiagnostik haftet noch viel Unaufgeklärtes an. Nach den bisherigen Untersuchungen scheint in der Tat eine für Lues spezifische Reaction vorzuliegen. Sie ist ein sehr wertvolles differentialdiagnostisches Hilfsmittel. Für die Fragen der Praxis (Einleitung und Fortsetzung der Therapie, Heiratsconsens) kann jedoch die Serodiagnostik allein nicht massgebend sein. Hier müssen zur Zeit wenigstens noch die bisher geltenden Gesichtspuncte entscheidend sein.

Dr. M. Hirschberg: Auch das Ergebnis der Wassermannschen Serodiagnostik bei Lepra mit vorwiegend positivem Befund bei Lepra tuberosa und negativem bei *L. nervorum* und maculosa bestätigt immer mehr die Annahme zweier biologischer Principien bei beiden Lepraformen. Wahrscheinlich ist das Verhältnis so zu denken, wie eventl. die tertiären und Paraverhältnisse bei Lues. Letzteres besonders bei den paralytischen und trophoneurotischen Lepraformen. Auch phylogenetisch sieht man bei der Abnahme einer localen Lepra die Nervenfälle zu- und die tuberösen abnehmen. Der Mangel an Bacillen bei der *L. maculosa* und an specif. Lepragranulationsgewebe spricht dafür, dass die *L. nervorum* eine abgeschwächte Form ist im Sinne der bacillären Toxicität. Auch hinsichtlich der Mischformen kann man viel häufiger die Mischung zustandekommen sehen, indem sich zu tuberösen Zuständen neurotische hinzugesellen — und die knotigen Infiltrate bei *Lepra nervorum*, als Rückschlag auf activere tuberöse Erscheinungen mit Bacillenbefund, bringen andere klinische Bilder hervor als die *Lepra mixta* — Fälle ursprünglicher mehr tuberöser Natur.

(Autoreferat).

Dr. Th. Schwartz anerkennt ebenfalls die hohe Bedeutung der Wassermannschen Entdeckung für die Diagnose der Lues und weist nur im Zusammenhang damit auf die im vorigen Herbst von Nonne publicierte freilich nicht spezifische Reaction des Punctats der Lumbalflüssigkeit hin, auf die von Nonne sogenannte «Phase I.» seiner Reaction; das Eigentümliche dieser Reaction besteht darin, dass sie nach Nonne eintritt bei Personen mit luetischen Erkrankungen, nicht jedoch in den Fällen, wo Lues vorhanden gewesen ist, wo dieselbe aber eben keine Krankheitserscheinungen macht. Auf Grund dessen könne die Reaction z. B. zur Differentialdiagnose zwischen beginnender Paralyse und Neurasthenie mit Lues in der Anamnese benutzt werden. Die Reaction komme noch bei einigen anderen Krankheiten vor, doch lassen diese sich schon klinisch abgrenzen. In verschiedenen zweifelhaften Fällen von Lues hat Redner die Reaction ausgeführt und glaubt in derselben — in Bestätigung der Angaben Nonnes — ein wertvolles Hilfsmittel für die Diagnose der syphilitischen Erkrankungen sehen zu müssen, welches noch den Vorzug hat, dass die Reaction leicht auszuführen ist. Die Methode fordere durchaus zu Nachuntersuchungen auf.

Was die Frage der positiven Wassermannschen Reaction bei Scharlach betrifft, so ist sie doch auch neuerdings wieder von einigen Autoren in der 3—5 Woche des Scharlach gefunden worden, sodass diese Frage noch der Klärung bedarf.

(Autoreferat).

Dr. C. Brutzer. Die Idee, dass die Lepra nervorum eine abgeschwächte Krankheitsform sei, ist nicht neu. Ich erinnere nur an Zambaco's Behauptung, dass alle Fälle von Erkrankung mit Symptomen der Syringomyelie derartige abgeschwächte Lepraerkrankungen seien.

Der wesentliche Schluss, dass die an Lepra nervorum Leidenden vor einer Erkrankung an der tuberösen Form durch eine gewissermassen natürliche Immunität gesichert seien, trifft oft nicht zu. Ich habe selbst Fälle reiner Nervenlepra nach langjährigem Stillstand der Erkrankung in die tuberöse Form übergehen sehen.

(Autoreferat).

Dr. J. Eliasberg. (Schlusswort). Zunächst möchte ich darauf erwidern, dass die Wassermannsche Reaction bei anderen Krankheiten vorkommt. Allerdings, was den Scharlach anbelangt, so hat das seltene Vorkommen der Complementablenkung mit dem «Syphilitischen Antigen» diagnostisch wahrlich kaum eine Bedeutung. Theoretisch gibt ja das viel zu denken, wie überhaupt die theoretische Begründung der Wassermannschen Reaction bei der Lues noch auf recht schwachem Fundament steht. Aber dies hindert sie in keiner Weise, eine eminente praktische Bedeutung zu haben. Auch das Vorkommen der Complementablenkung bei der Lepra, namentlich der Lepra tuberosa beeinträchtigt in keiner Weise den praktischen Wert der Reaction, da doch die Diagnostik der Lepra kaum in den Gegenden, wo sie endemisch ist, Schwierigkeiten bereiten dürfte und auch anderswo mikroskopisch leicht erhärtet werden kann. Wie gesagt, in unseren Breiten ist die Wassermannsche Reaction — streng nach allen Cautelen ausgeführt — als für die Syphilis spezifisch zu bezeichnen. Eminent ist die Bedeutung der Wassermannschen Reaction in der Differentialdiagnostik der Complicationen seitens des centralen Nervensystems. Da ist dieselbe den anderen Reactionen voraus, da nach Nonne-Appelt die Pleocytose erstens auch bei nicht syphilitischen Erkrankungen des Centralnervensystems vorkommen und andererseits die Pleocytose bei Luetikern vorkommt, deren Centralnervensystem intact ist. Da muss man aber berücksichtigen, dass die Wassermannsche Reaction im Blutserum nur hinweist, dass überhaupt Lues vorlag oder vorliegt, — nur der positive Ausfall in der Cerebrospinalflüssigkeit gibt uns einen sicheren Anhaltspunct für die Annahme, dass es sich um eine Erkrankung des Centralnervensystems handelt. Nun scheint aber der positive Ausfall des Liquors fast ausschliesslich bei progressiver Paralyse und Tabes vorzukommen, äusserst selten bei Lues cerebri und Lues spinalis, nie bei neurasthenischen Syphilitikern. Sollte sich dies bestätigen, so werden Sie m. H.

mit Leichtigkeit zugeben, welchen Wert die Wassermannsche Reaction im Blut und im Liquor haben wird in der Differentialdiagnostik der Complicationen der Lues seitens des Centralnervensystems, in der so wichtigen Frage der Entscheidung Lues Cerebri, Neurasthenie in Syphilitiko, Psychose in Syphilitiko oder Progr. Paralyse!

Was nun die Relation anbetriift: Wassermannsche Reaction und Therapie resp. Eheconsens — da muss ich doch sagen, dass z. Z. wenigstens die Frage noch lange nicht geklärt ist. Wir sehen Leute positiv reagieren, deren Frau und Kinder gesund sind und auch serodiagnostisch als negativ für Lues zu betrachten sind und andererseits negativ reagieren Leute mit sicheren Luessymptomen — wenn auch diese letzteren Fälle äusserst selten sind. Auch ist es nach meiner Ansicht nicht angängig, lediglich auf Laboratoriumsresultate bei ausgiebig behandelten Luetikern — und um diese handelt es sich ja hauptsächlich, — sich zu verlassen und die klinische Erfahrung und auch die Verantwortung ganz bei Lues zu schieben. M. H.! Nichts wäre leichter als nach derartigen Schemen zu handeln! Aber auch nichts so, nach meiner Ansicht, irrationell. Der behandelnde Arzt muss streng individualisieren: Theorie und klinische Erfahrung, Laboratoriumsresultate und strenge Beobachtung des vorliegenden Falles, alles zusammen geben dann dem Arzte die Richtungslinie für seine Entschlüsse. Nur dann wird er seine Pflichten seinen Kranken gegenüber erfüllen können. Das Postulat aber, so lange behandeln, als die Reaction positiv ausfällt, ist als unzulässig zurückzuweisen. Anders bei Luetikern, die mangelhaft oder garnicht behandelt waren. Da gibt der positive Ausfall der Wassermannschen Reaction die stricte Indication zur Behandlung. Denn häufig handelt es sich um Fälle von unbehandelter latenter Lues oder aber um Fälle, die Schwierigkeiten in der Diagnosestellung bieten und wo die Serodiagnostik uns einen sicheren Hinweis gibt, dass es sich überhaupt um Lues handelt. Nehmen wir ein Beispiel: anscheinend gesunde Mutter eines sicher syphilitisch geborenen Kindes. Wenn hier die Wassermannsche Reaction bei der Mutter einen positiven Ausfall gibt, so müssen wir die Mutter vor den schweren Folgen der Syphilis, namentlich aber vor den metasymphilitischen Erscheinungen zu schützen suchen und dies können wir nur auf dem Wege der specif. Behandlung.

Der Beispiele könnte ich viele anführen. — Ich glaube, diese genügen. Es müssen also die Fälle streng auseinandergehalten werden: I. diejenigen, die ausgiebig behandelt waren, keine Erscheinungen haben und doch positiv reagieren — hier heisst es individualisieren und nur nach der klinischen Erfahrung und der genauen Beobachtung des Falles handeln, und II. die wenigen Fälle, die ungenügend resp. garnicht behandelt waren — da gibt der positive Ausfall der Wassermannschen Reaction eine stricte Indication für die Behandlung. Es steht aber fest: noch ist der Beweis nicht geliefert, dass der positive Ausfall der Wassermannschen Reaction

bedeuten soll: der Träger hat Syphilis. Die klinische Erfahrung lehrt eben, dass wir in diesen Fällen häufig sagen können: der Träger hatte Syphilis. In diesen Fällen immer weiter zu behandeln, heisst die Kranken schädigen. Unser Beruf ist aber nicht nur das jeweilige eventuell vermeintliche Leiden zu curieren, sondern den ganzen Menschen zu heilen.

(Autoreferat).

Dr. G. Kieseritzky,
d. z. Secretär.

Sitzung am 6. Mai 1909.

Anwesend 47 Mitglieder und als Gast Herr Dr. Jakobson.

Dr. v. Knorre demonstriert:

1) Ein mehr als mannskopfgrosses intraligamentär entwickeltes Myom, welches durch Laparotomie mittelst Pfannenstielschem Querschnitt entfernt worden war. — Es zeigt dieser Fall auf's deutlichste, dass auch grösste Tumoren, günstige Bauchdeckenverhältnisse vorausgesetzt, unzerkleinert durch den Fascienquerschnitt zu extirpieren sind, was im Hinblick auf die Vermeidung postoperativer Hernien in der Laparatomienarbe für die Kranken von grosser Wichtigkeit ist. Interessant war ferner in diesem Falle, dass der Ureter in einer Ausdehnung von mehr als 18 Cm. freipräpariert werden musste. Es gelang diese Präparation des Ureter so durchzuführen, dass nur die vordere Fläche desselben von dem ihn umgebenden Fettgewebe freigemacht wurde, die hintere Fläche dagegen ganz in Situ belassen werden konnte: am Ureter liessen sich aufs deutlichste fortschreitend peristaltische Bewegungen beobachten.

2) Eine Ovarialschwangerschaft sehr frühen Datums, deren Termin sich aus den Angaben der Frau, da nur ein Mal 5 Wochen nach stattgefundener 2. Geburt eine Copulation vorgekommen war, — auf 19 Tage berechnen liess. Am 20. Tage fand die Ruptur des Fruchtsackes statt, welche zur Laparotomie führte, bei der das demonstrierte Präparat gewonnen wurde.

3) E i n e n A p p e n d i x, der zwei grosse harte Steine enthielt. Der eine, welcher in der Nähe der Einmündungsstelle des Processus vermif. in d. Coecum gelegen war, erreichte fast die Grösse einer Wallnuss, der andere die einer Haselnuß.

Trotz dieser grossen Steine waren die Beschwerden der Patientin nicht besonders hochgradige und die drei von der Patientin überstandenen Attacken der Appendicitis nur mit geringen subfebrilen Temperaturerhöhungen verbunden gewesen.

(Autoreferat).

Dr. Schabert wünscht zu erfahren, ob derartige Steine häufig gefunden werden.

Dr. Klemm hält das Vorkommen derartig grosser Steine für exceptionell selten. Die Kotsteine, sog. Koproolithen werden ausserdem niemals so hart. Im vorliegenden Falle dürfte es sich wohl um Anlagerung von Kalksalzen handeln.

Dr. Schabert teilt zu dem vorliegenden Falle noch mit, dass die klinischen Erscheinungen, die eigentlichen Beschwerden der Patientin minimale gewesen sind. Wie nötig jedoch die Operation gewesen sei, zeige auch dieser Fall, der doch sonst sicher zur Perforation geführt hätte.

Dr. Huff stellt einen Patienten mit einem Aneurysma der rechten arteria subclavia vor, bei dem sich nur auf der entsprechenden Seite Trommelschlägerfinger in ausgeprägteste Weise finden. Die Entwicklung derselben hat erst in den letzten 3—4 Monaten stattgefunden.

Dr. Klemm erwidert auf die Frage von Dr. Voss nach der Operabilität des Aneurysma, dass er sich wegen der Ausgedehtheit des Aneurysmas bereits im Januar a. c. nicht zur Operation habe entschliessen können. Die früher empfohlene Einspritzungen, Einführungen von Fremdkörpern etc. bringen keinen Nutzen. Die Trommelschlägerfinger würden wohl hier sowohl als Ausdruck einer trophischen Störung durch Druck auf den Plexus wie als Ernährungsstörung durch Kohlensäureüberladung zu deuten sein.

Dr. Schabert bestätigt, dass die Entwicklungsdauer der Trommelschlägerfinger in der Tat eine kurze sein könne. Er erwähnt dann die auch von Moritz empfohlene Tupper'sche Cur zur Behandlung von Aneurysmen, die eine Dursteur darstelle. Ihr Wert schein ihm aber zweifelhaft zu sein.

Dr. von Krüdenner: Vor 1 Monat stellte ich hier ein Aneurysma arteriovenosum der Carotis vor. Ich zeige heute denselben Fall operiert und, wie es scheint, geheilt. Vor 17 Tagen hat Dr. A. v. z. Mühlen die linke Carotis communis ligiert. In demselben Augenblicke als das Gefäss unterbunden war, war das Geräusch am Schädel auch geschwunden. Das Hervortreten des linken Auges, welches am Morgen immer besonders bemerkbar gewesen, war am Tage nach der Operation gleichfalls geschwunden. Patientin fühlt sich äusserst wohl und verlässt in einigen Tagen meine Klinik. In welcher Lage sie sich auch jetzt befindet, ob liegend oder mit gebeugtem Kopf, sie hatte keine Empfindung von Sausen mehr in den Ohren und vom Schwirren in der linken Stirnseite merkt sie auch nichts mehr. Die Prognose der Carotis-Aneurysmen ist ja sonst eine üble, indem nach 1—3 Jahren der Tod unter Hirndruckerscheinungen eintritt. Wir wollen hoffen, dass die Heilung eine dauernde ist.

(Autoreferat).

Dr. P. Prätorius demonstriert:

- 1) eine Usur der Anonyma;
- 2) ein Leberadenom;
- 3) ein Dünndarmcarcinom.

Dr. P. Klemm: Die Adenomfrage sei noch nicht geklärt. Das Adenom der Leber gehöre zu den gutartigen Geschwülsten, die ohne Kachexie verlaufen. Das Fibroadenom der Mamma sei dem Grenzgebiet der gut- und bösartigen Formen zuzuschreiben, das Adenom der Parotis stelle einen Typus der Mischgeschwülste dar.

Dr. Schabert: Die Leberadenome repräsentieren den Typus benigner Geschwülste, der nach Ribbert durch exquisit expansives Wachstum und scharfe Abgrenzung gegen die Umgebung charakterisiert ist. — Das sei auch hier der Fall; ein weiteres Merkmal der Benignität zeige dieses Präparat in schönster Weise, die Production eines dem Mutterboden homologen Secretes, in diesem Falle Galle. — Könne man in diesem Sinne vollständig mit Ribbert übereinstimmen, so lässt sich die Benignität für die Adenome im allgemeinen im Ribbertschen Sinne nicht aufrecht erhalten: nach Ribbert geht das Adenom nicht in Carcinom über. — Nach eigener Erfahrung an einem grossen Material besonders von Mammaadenomen, muss er diesem Standpunct Ribberts mit Entschiedenheit entgegentreten und sich zur älteren Auffassung eines Ueberganges bekennen; es gäbe eine carcinomatöse Degeneration des Adenoms, wenn man sich so ausdrücken will.

Den Nachweis für die Richtigkeit dieser Beobachtung und ihrer Deutung haben endgiltig und in fast übereinstimmender Weise die experimentellen Forschungen an den Mäuseadenomen gebracht, die nach Untersuchungen Ehrlich's nicht nur in Carcinom übergehen können, sondern die sich auch wieder durch Abschwächung in Adenome zurückzüchten lassen.

(Autoreferat).

Dr. G. Kieseritzky,
d. z. Secretär.

Druckfehlerberichtigung.

- Seite 867 Zeile 9 von oben ist zu lesen: Rindenepilepsie
statt Kinderepilepsie.
- » 896 » 32 » unten » » » Sitzung am 21. Januar
statt Sitzung am 12. Jan.
- » 917 » 4 » oben » » » ausgegebenes Blatt
statt ausgegebenen Blattes.