

Mittheilungen

aus der

Gesellschaft praktischer Aerzte

zu Riga.

1902/1903.



St. Petersburg.

Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. 15.

1904.

Mittheilungen

aus der

Gesellschaft praktischer Aerzte

zu Riga.

1902/1903.



St. Petersburg.

Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. 15.

1904.

Доволено цензурою Спб., 2 Сентября 1904 г.

Типографія Винке, Екатерингофскій просп., № 15.

Sitzung am 15. Mai 1902.

1. Dr. Bosse stellt einen Knaben vor, bei welchem er mit grosser Wahrscheinlichkeit die Diagnose auf Insufficienz der Pulmonalis glaubt stellen zu dürfen. (Erscheint im Druck).

Dr. Hampeln schliesst sich der Diagnose Dr. Bosse's an. Das punctum maximum des Geräusches befinde sich im 3. Intercostalraum, links[†] vom Sternum. An eine Aortenklappeninsufficienz dürfe man um so weniger denken, als, — abgesehen von der Lokalisation des Geräusches. — auch alle anderen Folgeerscheinungen einer solchen fehlen. Auffallend sei, dass der 2. Ton neben dem Geräusch sehr laut zu hören sei, so dass man ihn sogar mit der aufgelegten Hand fühlen könne. Da aber bei Insufficienz der Aortenklappen ein solches Verhalten sicher vorkomme, so brauche man sich im vorliegenden Fall in seiner Diagnose nicht irre machen zu lassen. Da bei dem Kinde alle auf eine Hemmungsbildung von Seiten des Herzens hindeutenden Zeichen fehlen, (Cyanose, Kolbenfinger) so müsse man hier in erster Linie an eine intrauterine Endocarditis mit Ausgang in Verwachsung der Klappen denken. Dabei müssen die Klappen schwingungsfähig geblieben sein, da durch ihre Anspannung ein lauter Ton erzeugt werde. Vielleicht liege eine Diaphragmabildung vor, wie sie an der Aortenklappe wiederholt beobachtet worden sei, d. h. eine Verwachsung der Ränder sämtlicher 3 Klappen unter Offenbleiben eines Loches in der Mitte. Eine

solche Diaphragmabildung würde besonders gut den auffallend lauten diastolischen Ton erklären.

Ein Fall wie der eben vorgestellte, sei sehr selten. Redner hat in seiner Praxis nur einen einzigen Fall von Insufficienz der Pulmonalis gesehen und zwar bei einem Erwachsenen, nie dagegen bei einem Kinde.

2. Dr. H. Schwartz stellt eine Patientin mit *situs viscerum transversus* und angeborenem Herzfehler vor.

Pat., ein 15jähriges Mädchen, ist von der frühesten Kindheit an leicht cyanotisch, zu Erkältungen geneigt, empfindlich gegen Abkühlung. In letzter Zeit mässige Dyspnoe, Herzklopfen, geringes Oedem der Füsse. Wegen letzterer Beschwerden hatte Pat. Aufnahme in das Armitsteadsche Kinderhospital gesucht. Bei der Untersuchung war zu allererst ausser der Cyanose, welche besonders an den Lippen, den sonstigen Schleimhäuten, in den Endphalangen der ausgesprochenen Trommelschlägelfinger sich ausprägte, bei der Inspection des Thorax eine Vorwölbung der rechten Thoraxhälfte auffallend, welche bei Fehlen von Skoliose sofort den Verdacht einer Dextrocardie wachrufen müsste, wie sich denn auch bei weiterer Untersuchung, die nach links bis zur Medianlinie reichende Herzdämpfung rechts vom Sternum, der Ictus im V. Intercostalraum rechts, die Leberdämpfung in normaler Gestalt und Ausdehnung links, die Milzdämpfung rechts zwischen 9. und 11. Rippe feststellen liess. Eine CO₂ Aufblähung des Magens erwies den Fundus als rechts gelagert, die Untersuchung mit dem Kehlkopfspiegel ergab links ein weiteres Bronchiallumen als rechts.

Es besteht also in Bezug auf Herz, Lunge, Magen, Leber und Milz eine complete *Transpositio viscerum*, complicirt — wie es nicht selten ist — mit einem wahrscheinlich angeborenen Herzfehler, als dessen Zeichen ausser dem Angeführten (Cyanose, Vaussure) noch constatirt wurden; ziemlich hochgradige Arrhythmie der Herzthätigkeit, ein gleich nach der Systole einsetzendes bis zur Diastole dauerndes rauhes, blasendes Geräusch, neben welchem die beiden Herztöne überall zu hören waren und das am lautesten rechts im IV. und V. Intercostalraum unmittelbar neben dem Sternum und auf diesem selbst, schwächer an der Spitze und an den

Auscultationsstellen der arteriellen Ostien vernehmbar war. Für die wahrscheinliche Ursache dieser Veränderungen hält Vortragender mit Berücksichtigung der Localisation des Geräusches einen Septumdefect. Positive Zeichen einer Pulmonalstenose — grösste Intensität des Geräusches am Pulmonalostium bezw. Abschwächung des II. Pulmonaltones — sind nicht vorhanden. — Anschliessend referirt Vortragender noch in Kürze über die von Seiten der Embryologen und Anatomen in ätiologische Beziehung zur Transpositio viscerum gebrachten Thatsachen.

(Autoreferat).

3. Dr. v. Sengbusch stellt eine Patientin vor, bei welcher ein Lupus der Nase, der Ober- und Unterlippe durch Anwendung der Röntgenstrahlen nahezu völlig geheilt worden ist.

Pat. trat am 27. Nov. 1901 in Behandlung und wurde 37 Mal bestrahlt, jedes Mal 10 Min. lang. Patientin steht noch in Behandlung und erfolgt die Vorstellung schon jetzt, weil es fraglich ist, ob sie nach den jetzt eintretenden Sitzungsferien noch zur Verfügung des Vorstellenden sein wird. Am harten Gaumen findet sich auch ein lupöses Geschwür, das sich jedoch durch die Röntgenbehandlung nicht gebessert hat, und chirurgisch in Angriff genommen werden wird. (Demonstration einer Photographie der Patientin vor der Behandlung).

4. Dr. Pilzer (als Gast) demonstirt eine Tibia, welche vorgestern im Armitstead'schen Kinderhospital einem 13jährigen Knaben in toto entfernt worden war. Pat. war am 5. Mai erkrankt, am 12. kam er ins Hospital, der Unterschenkel war geröthet, es bestand keine deutliche Fluctuation. Bei der Incision fand sich unter dem Periost Eiter, welcher dasselbe allseitig vom Knochen losgelöst hatte. Die Tibia wurde in der oberen und unteren Epiphysengrenze resecirt. In Anbetracht dessen, dass die Krankheit erst 8 Tage bestanden hat, ist binnen einiger Monate auf ausgiebige Knochenneubildung und Wiederherstellung der Gebrauchsfähigkeit zu rechnen.

5. Dr. Krannhals und Dr. Hampeln machen ihre angekündigten casuistischen Mittheilungen über Aortenaneurysmen.

Dr. K r a n n h a l s berichtet casuistisch über die während der letzten beiden Jahre ans der I. medic. Abtheil. des Stadtkrankenhauses zur Section gelangten Fälle von Aortenaneurysma. Es handelt sich im Ganzen um 8 Fälle. In zweien derselben (einen 49jähr. Mann Nic. Chr. † 28. Dec. 1901, und eine 50jähr. Frau Trine Th. † 22. März 1902 betreffend) war die Mehrzahl der charakteristischen, objectiven klinischen Zeichen derart ausgeprägt, dass über die Diagnose kein Zweifel bestehen konnte. In beiden Fällen waren Schmerzen unterhalb des linken Rippenbogens die ersten subjectiven Beschwerden gewesen, späterhin auch epigastrischer Schmerz und in den oberen Thoraxpartien. Beim ersten Falle erscheint bemerkenswerth die vorzugsweise Entwicklung des 4. Cm. über dem Aortenostium beginnenden und an der linken Subclavia endenden Aneurysmas nach links hin, das blutige Sputum, welches Pat. in den beiden letzten Lebenswochen wiederholt entleerte und welches den Verdacht einer drohenden Perforation in die Luftwege wachrief — ein solche fand sich bei der Autopsie nicht, wohl aber Lungeneinfarkt. Das Herz wies bei normalem Klappenapparat Hypertrophie und Dilatation beider Ventrikel auf. — Im zweiten Falle bestanden die fast alleinigen Beschwerden in einer Schluckbehinderung, welche 6—7 Wochen vor Aufnahme der Kranken begonnen hatte. Beim Trinken von Flüssigkeiten stellte sich alsbald ein heftiger H u s t e n a n f a l l ein, durch welchen die eben genossene Flüssigkeit zum grossen Theil wieder hinausbefördert wurde. Feste Bissen konnten besser geschluckt werden. Der Oesophagus erwies sich bei vorsichtiger Application einer weichen Magensonde als normal durchgängig. Es wurde eine Communication zwischen Oesophagus und den grösseren Luftwegen (Trachea, Bronchus) angenommen, wobei die Rolle die das, nach allen sonstigen klinischen Erscheinungen sicher vorhandene Aortenaneurysma, hierbei als etwaiges ursächliches Moment, spielte, zweifelhaft blieb. Die Section ergab ein fast zweifautgrosses sackförmiges Aneurysma des absteigenden Theils der Brustaorta. Verlöthung der z. Th. anscheinend wandungslosen Fibrinmassen mit der linken Seite des IV.—VIII. Brustwirbelkörpers, vollständige Obliteration der linken Carotis und Subclavia. An der Stelle, wo die Aorta auf dem linken Bronchus reitet und

genau entsprechend der Zugangsöffnung zum Aneurysma, fanden sich am häutigen Theil des linken Bronchus zwei durch eine schmale Brücke getrennte Oeffnungen, welche direct in den Oesophagus führten. Der Rand der Fisteln narbig, ohne Zeichen einer frischeren Entstehung. Weder Oesophagus, noch Bronchus communiciren mit dem Aneurysma. Ob thatsächlich der Druck des Aneurysmas die Nekrose und spätere Fistelbildung zwischen l. Bronchus und Oesophag. bewirkt, konnte auch nach dem Sectionsbefunde nicht sicher entschieden werden.

Zwei weitere Fälle, Trine S. 50 a. n. † 11. März 1902 und Anna A. 63 a. n. † 10. Jan. 1902. Die erste dieser beiden Kranken kam moribund ein und war von einer klinischen Untersuchung kaum mehr die Rede — umfangreiches, theils diffuses, theils sackförmiges Aneurysma der Aorta asc.; die zweite bot eine spindelförmige Dilatation der Aorta asc. auf 18—20 ctm. Umfang dar, gehörte also, streng genommen, nicht zu den eigentlichen Aortenaneurysmen, sondern mehr zu den diffusen Dilatationen der Aorta.

In einem weiteren Falle Friedrich Gr. 52 a. n. † 19. März 1902 fanden sich klinisch neben einer chronischen Bronchitis, wegen welcher Pat. das Krankenhaus aufgesucht hatte, die Erscheinungen der Arterio- und Aortensklerose, latent blieb ein bei der Section sich neben der ganz diffusen Aortendilatation vorfindendes sackförmiges Aneurysma welches seine muthmassliche Anwesenheit erst am letzten Lebenstage des Kranken durch eine tödtliche abundante Blutung aus den Luftwegen verrathen hatte. Der Sack war gänseeigross und sass ca. 2—3 ctm. über der Bifurkation der Trachea, die letztere perforirend.

In mancher Beziehung ähnlich verlief der Fall Christoph R. 43 a. n. † 17. Aug. 1900. Erst 17 Tage vor dem Tode die ersten Beschwerden, vage Schmerzen im Thorax, Schluckbeschwerden, Husten, gewisse Athmungsbehinderung, schnell zunehmende Schwäche. Bei der ersten Untersuchung erbricht Pat. reichlich hellrothes Blut; auf die anamnestische Angabe von Lues und auf eine Dämpfung im I. l. ICR hin, wurde die Wahrscheinlichkeitsdiagnose eines in den Oesophagus perforirten Aortenaneurysmas gestellt. Wiederholtes Blutbrechen. Tod ca. 20 Stunden nach der Aufnahme. Gut hühnereigrosses,

sackförmiges Aneurysma 8 ctm. oberhalb der Durchtrittsstelle der Aorta durch das Zwergfell, umfangreiche Perforation in der Oesophagus. Im Bindegewebe zwischen Aorta und Speiseröhre unterhalb des Diaphragmas wallnussgrosse, feste, derbe, ältere Cruormasse.

In den beiden zum Schluss nunmehr noch zu erwähnenden Fällen, neigte die Diagnose mehr einem mediastinalen Tumor zu. erwies sich diese Annahme bei der Section jedoch als eine irrthümliche: Ein 50jähr. Phthisiker, Christian J. † 3. Febr. 1902, wurde während seiner fast dreiwöchentlichen Beobachtung wiederholt von vorübergehenden suffocatorischen Zufällen heimgesucht, die mit deutlichem Stridor verbunden waren und unter den Erscheinungen einer Trachealstenose verliefen. Der Larynx bot in der anfallsfreien Zeit nichts pathologisches, während eines Anfalls war die Untersuchung nicht ausführbar. Complete Dämpfung am Manubrium sterni, keinerlei pulsatorische Erscheinungen, keine Pulsat. jugularis, keine auf Aneurysma bezüglichen Symptome an den grösseren Gefässstämmen, — normaler Herzbefund. Diagnose: mediastinaler Tumor, wahrscheinlich tuberculöser Provenienz. Ausser einer recht vorgeschrittenen Lungentuberculose, fand sich von hier in Betracht kommenden Veränderungen: Diffuse Dilatation der Aorta asc. auf 10 ctm. Umfang, welche möglicher Weise die Dämpfung bedingt hatte, keinerlei Tumor, gut gänseeigrosse eiförmige Dilatation der Aorta thorac. desc. (17,5 ctm. Umfang) unterhalb der Bifurcation der Trachea, mit dem Oesoph. verbunden, etwa zur Hälfte durch feste Thrombenmassen ausgefüllt. Hier muss das Aortenaneurysma als ein rein zufälliger Befund aufgefasst werden, denn wenn auch ein Aortenaneurysma in den Kreis der diagnostischen Erörterungen mit hineinbezogen worden war — an dieser Stelle hatte man es jedenfalls nicht vermuthet. Die suffocatorischen Anfälle blieben ätiologisch unklar.

Anna Fr. 41 a. n. † 28. Febr. 1902. Vom behandelnden Arzt mit der Diagnose: acute, fieberhafte Bronchitis ins Krankenhaus geschickt, kam am 25. Febr. in einem hochgradigen, suffocatorischen Anfalle ein, hochgradige inspiratorische Dyspnoe, leichter Stridor, kleiner Puls. Am folgenden Tage bei ruhigem Verhalten nur unbedeutende Athmungsbehinderung, leichter Stridor nur bei forcirterer Inspiration; nor-

maler Larynxbefund, keine Dämpfung am Sternum, keine Pulsation, auch nicht im Jugulum — keine auf Sklerose hin deutende Befunde an den grösseren Arterien oder dem Herzen. Geringe katarrhalische Erscheinungen über den Lungen. Annahme eines subchordalen Schwellungszustandes der Trachealschleimhaut. Gutes Befinden bis zum 27. Febr. In der Nacht vom 27. zum 28. Febr. plötzlich grosse Unruhe, hochgradige Athemnoth. Cyanose. Kein Glottisödem. Im Jugulum weiche Schwellung, sich zur rechten Halsseite hin fortsetzend, kleine geschwellte Lymphdrüse über der rechten Articulat. sterno-clavicularis. Bevor noch eine Tracheotomie ausgeführt werden konnte, erfolgte der Tod. Vermuthungsweise Diagnose: Compression der Trachea in der Tiefe des Mediastinalraumes durch einen Tumor (mehr entzündlicher Natur?). Perforation eines mediastinalen Abscesses in das vordere Mediastinum? Acutes Oedem der Trachealschleimhaut? Die Section ergab ein gänseeigrosses Aneurysma der vorderen Wandung des Aortenbogens, den zwischen den Ursprungsstellen der beiden Carotiden befindlichen Theil desselben einnehmend. Die Kuppe des zum Theil mit Fibrin ausgefüllten, anscheinend wandungslosen Sackes, mit der Rückseite des Manubrium sterni fest verlöthet, von dieser nur durch das Messer trennbar. Das vordere Mediastinum von eitrigem, trübem, gelbem Serum durchtränkt, welches sich nach rechts in das Halszellgewebe hinein fortsetzt. An der Trachea keine sichtbaren Zeichen einer stattgehabten Compression. Schleimhaut stark injicirt. Kein Tumor im Mediastinalraum.

Demonstration einiger Röntgenaufnahmen, Aortenaneurysmen betreffend.

(Autoreferat).

Dr. Hampeln. Neuralgien als Symptom von Aortenaneurysmen sind im Allgemeinen selten. Im Krankenhause hat Redner unter 100 Aortenaneurysmen nur einen derartigen Fall beobachtet und zwar handelte es sich hier um eine diffuse Dilatation der Aorta, also kein eigentliches Aneurysma.

In der Privatpraxis dagegen hat Redner einen Fall von Brachialneuralgie bei Aortenaneurysma gesehen. Pat. wurde 3 Jahre lang wegen seiner Neuralgien von den verschieden-

sten Aerzten behandelt und wurden die Neuralgien immer als selbstständiges Leiden aufgefasst. In den letzten Monaten, bevor Pat. sich Redner vorstellte, hatte sich Heiserkeit eingestellt und die laryngoskopische Untersuchung hatte eine Recurrenslähmung ergeben, was dem Sohn des Pat., welcher auch Arzt war, schon den Verdacht eines schweren organischen Leidens einflösste. Als Redner den Pat. sah, bestand der ausgebildete Symptomencomplex eines Aortenaneurysmas. Pat. wurde mit Gelatineinjectionen behandelt. (Demonstration von Röntgenaufnahmen, die vor Beginn der Gelatineinjectionen und nach vierwöchentlicher Behandlung angefertigt sind).

Redner berichtet ferner über 2 Fälle seiner Privatpraxis, welche gleichfalls keine Analogie in dem Material seiner Hospitalpraxis haben.

Im einen Fall handelte es sich um eine Frau von 65 Jahren, die sich durch die Klarheit und Sicherheit ihrer Angaben auszeichnete, so dass man schon auf Grund der Anamnese allein die Diagnose zu stellen im Stande war.

Vor einigen Monaten hatten sich bei ihr Schluckbeschwerden eingestellt. — Festes konnte sie nicht schlucken, — Flüssiges schwer. Ein Mal hatte sie ca. $\frac{3}{4}$ Stof Blut erbrochen, wonach eine Besserung der Schluckbeschwerden eingetreten war. Nachher war noch eine zweite Blutung erfolgt. Die physikalische Untersuchung der Brustorgane ergab eine Dilatation des linken Ventrikels, sonst negativen Befund.

Die Schlingbeschwerden sprachen in erster Linie für das Vorhandensein eines Oesophaguscarcinoms, doch musste der Gedanke an ein solches aufgegeben werden, da eine so ergiebige Blutung durch ein die benachbarten Blutbahnen perforirtes Carcinom unbedingt schnell ein tödtliches Ende hätte herbeiführen müssen, wie die Erfahrung lehre, — während umgekehrt beträchtliche Blutungen aus einem perforirten Aortenaneurysma, welche nicht sofortigen Tod herbeiführen, häufig beobachtet worden sind. Man musste somit ein kleines Aneurysma der absteigenden Aorta annehmen, die Sondirung unterblieb, doch wurde eine Röntgenaufnahme vorgenommen, welche die Diagnose bestätigte. (Demonstration der Platte). Pat. hat sich nicht weiter behandeln lassen, sie ist nachher an Erschöpfung gestorben, ohne dass die Blutung

sich wiederholt hat. Eine Section konnte nicht stattfinden, doch hält Redner die Diagnose ohnehin auf Grund des Röntgenbildes für gesichert.

Bald hatte Redner Gelegenheit, einen analogen Fall zu sehen. Es handelte sich um einen Mann, welcher im Jahre 1899 unter Schlingbeschwerden und Brustschmerzen erkrankt war. Vorübergehend war Besserung eingetreten, dann erneute Beschwerden, Heiserkeit. Die Auscultation und Percussion ergab nichts Abnormes. Gegen Oesophaguscarcinom, woran man zuerst denken musste, sprach die lange Dauer der Erkrankung und die Localisation des Schmerzes, was beides eher mit der Annahme eines Aortenaneurysmas in Einklang zu bringen war; hierfür sprach auch der Umstand, dass Pat. Lues gehabt hatte. Entscheidend war die von Dr. v. Sengbusch ausgeführte Röntgenaufnahme. Das Röntgenbild glich fast vollständig dem der vorigen Patientin. In beiden Fällen fand sich oberhalb des Herzschatzens ein ca. wallnussgrosser, scharf umschriebener Schatten, wie man ihn erfahrungsgemäss nur bei Aortenaneurysmen findet, wenn man ganz seltene Erkrankungsformen ausser Betracht lässt.

Redner hat Pat. nicht wiedergesehen und weiss nichts über sein ferneres Schicksal.

In Bezug auf den Umstand, dass in den von Dr. Krannhals referirten Fällen von Aortenaneurysma sämtliche Patienten vorausgegangene Lues in Abrede stellten, bemerkt Dr. Hampeln, dass man hieraus nicht den Schluss ziehen dürfe, dass Lues beim Zustandekommen des Aortenaneurysmas keine Rolle spiele. Die Fälle Dr. Krannhals entstammen sämmtlich der Hospitalpraxis und wegen des eigenthümlichen Charakters des Hospitalmaterials, sei das letztere zur Beurtheilung der ätiologischen Bedeutung der Lues unbrauchbar, da der Hospitalarzt in Bezug auf venerische Antecedentien selten die Wahrheit erfährt. Auch Redner hat in den von ihm aus der Hospitalpraxis zusammengestellten Fällen selten positive Angaben über Lues erhalten können, während dies in seiner Privatpraxis fast ausnahmslos der Fall war.

Dr. Deubner kann sich nicht vorstellen, dass die Blutung aus einem durchgebrochenen Aortenaneurysma überhaupt noch zum Stehen kommt, wenn, wie in Dr. Ham-

pelns zweitem Fall, schon $\frac{3}{4}$ Stof Blut entleert worden sind. Nach seinen Erfahrungen bestehen die sogenannten prämonitorischen Blutungen bei Aortenaneurysma aus ganz geringen Blutmengen, komme es dagegen zu einer beträchtlichen Blutung, so dauere dieselbe an, bis sie den Exitus herbeigeführt habe.

Dr. Hampeln betont demgegenüber, dass gar nicht selten auch profuse nicht zum Tode führende Blutungen infolge Durchbruchs von Aortenaneurysmen vorkommen. Solche Blutungen kommen auf die Weise zum Stillstand, dass die Durchbruchsstelle durch Fibringerinnsel verlegt wird, Stokes hat zunächst derartige Fälle mitgetheilt, es handelte sich aber bei ihm um Durchbruch durch die Haut.

Dr. v. Sengbusch demonstriert 3 Röntgenbilder von Pat. mit Aortenaneurysmen; es handelte sich in

Fall 1. um ein Aneurysma des Arcus aortae und der Aorta asc. — im

Fall 2. um ein diffuses Aneurysma der ganzen Aorta; — im

Fall 3. um ein kleinapfelgrosses Aneurysma der Aorta desc.

d. Z. Secretär: Dr. Bertels.

Sitzung am 28. August 1902.

1) Im Anschluss an die Protokollverlesung bemerkt Dr. Hampeln, dass er über die auf der vorigen Sitzung von ihm erwähnte Patientin mit Schlingbeschwerden und Blutbrechen, bei welcher er ein Aortenaneurysma diagnosticirt hatte, nachträglich bei dem sie zuletzt behandelnden Collegen Erkundigungen eingezogen habe, da ihm der Gedanke gekommen sei, es könne sich vielleicht doch um ein Oesophaguscarcinom und zwar mit einer parenchymatösen Blutung gehandelt haben. Ein solches schein in der That vorgelegen zu haben, denn nach Mittheilung des Collegen seien bei der Patientin zuletzt Carcinometastasen im Peritoneum aufgetreten. Man müsse also annehmen, dass auch im Oesophagus ein Carcinom vorhanden gewesen sei und wie ein Carcinom in jedem anderen Organ zu einer parenchymatösen Blutung Veranlassung geben könne, so natürlich auch im Oesophagus.

2) Der Präses (Dr. Bernsdorff) gedenkt der während der Sitzungsferien verstorbenen beiden ordentlichen Mitglieder:

1. Dr. Erich Wichert, gest. im Alter von 71 Jahren am 28. Juni d. J.

2. Dr. Wilhelm Tiedemann, gest. im Alter von 69 Jahren am 5. August d. J.

Beide haben mehr als 40 Jahre unserer Gesellschaft angehört. Dr. Wichert hatte vor einigen Jahren wegen zunehmender Kränklichkeit seine Praxis aufgeben, er litt an chronischer Arthritis, chronischem Bronchialcatarrh, schliesslich starb er an einer acuten Herzinsufficienz.

Dr. Tiedemann hatte noch bis zum vorigen Jahre practicirt und starb in wenigen Monaten in Folge eines Leberkrebses.

Das Andenken der Todten wird durch Erheben von den Sitzen geehrt.

3) Dr. Bosse stellt 2 Patienten vor mit lymphatischer Leukämie und malignen Lymphomen. Der erste Patient, eine Frau, sei seit 4 Jahren krank. Die Krankheit begann 1898 während der Schwangerschaft und bestand anfangs in einem unerträglichem Jucken in den oberen Extremitäten, welches sich bald auch auf die unteren Extremitäten und auf den übrigen Theil des Körpers ausdehnte und die Patientin zur Verzweiflung brachte. Gegen Ende der Schwangerschaft, die im 8. Monat mit einer Frühgeburt endete, begannen die Cervicaldrüsen und die Drüsen am Halse sich rasch zu vergrössern, nach einiger Zeit auch die Achseldrüsen (August 1899). Der Tumor auf der Brust entstand vor 2 Jahren, also 1900 und ist während der letzten Zeit beständig gewachsen. Gegen Ende der Schwangerschaft will Pat. ihre Sehkraft verloren haben, dabei sollen ihr auch die Füsse geschwollen sein. Nach der Entbindung konnte sie wieder gut sehen. Winter 1901 begann der Haarausfall. Seit 1898 hat die Pat. ihre Periode verloren. — Soweit die Krankengeschichte. — Das Aussehen der Pat. entspricht nicht ihrem Alter, Redner meint, man könnte ihr ruhig 20 Jahre mehr geben. Auffallend seien die enormen Tumorpäckete am Halse und namentlich auch ein besonderer Tumor auf der linken Brusthälfte. Letzterer machte den Eindruck, als wäre

der sichtbare, harte und unbewegliche Tumor die stumpfe Spitze eines flachen Kegels, dessen breite und flache Basis unter den Rippen sich ausgebreitet hätte, während die Kegelspitze sich zwischen den Rippen hindurch Bahn gebrochen hätte. Mit der Annahme einer Neubildung auf der Pleura costalis stimme auch die Kurzathmigkeit der Patientin sowie der beständige Reizhusten überein, der fast allen Mitteln trotzte; andererseits auch die totale Dämpfung der erkrankten Brusthälfte. Interessant seien 2 anästhetische Bezirke auf der linken Wange und unter der linken Mamilla. Man gehe wohl nicht fehl, wenn man diese Erscheinung als durch Druck der Tumoren auf bestimmte sensible Nervenstämmen bedingt erkläre. Was die Sehstörung anbetrifft, so wurde vor 3 Jahren eine Retinitis albuminica constatirt (Dr. v. Hedenström), bedingt durch secundäre Schrumpfniere. Der Augenhintergrund zeigte Trübung der Netzhaut, Abblässung beider Papillen, in der Maculagegend vereinzelte weisse Stippchen und Fleckchen. Vor wenigen Tagen ist Pat. nochmals untersucht worden (Dr. Zwingmann). Die Sehschärfe beträgt links $\frac{40}{40}$, rechts $\frac{40}{60}$, in der Gegend der Macula finden sich eine Reihe dicht aneinander gefügter, hellglänzender, unregelmässiger Pünktchen, als Reste einer abgelaufenen Retinitis albuminica, Redner hat in einer längeren Versuchsreihe nie eine Spur von Albumin finden können und, obwohl das nichts gegen die Möglichkeit einer bestehenden Schrumpfniere beweist, so glaubt Redner doch bei dem gänzlichen Fehlen aller sonstigen Symptome und namentlich auch wegen des relativ guten Wohlbefindens der Patientin, dass es sich einfach um eine acute parenchymatöse Nephritis gehandelt hat, die jetzt ausgeheilt ist. Der Hämoglobingehalt betrug im Lauf von 4 Monaten constant 55 pCt. Die Blutuntersuchung ergab eine bedeutende Vermehrung der Leucocyten, namentlich der polynucleären Leucocyten, daneben einzelne Lymphocyten, Megaloblasten und vereinzelte Mastzellen. — Therapeutisch ist wohl gegen die Krankheit alles Mögliche gethan worden, ohne dass irgend ein Erfolg zu constatiren war. Neben Arsen, das Pat. zuletzt in grossen Dosen erhielt, hat Redner auch das Berberin versucht; der Pruritus ist durch nichts zu beeinflussen gewesen.

Der zweite Patient kam vor 4 Monaten gleichfalls in Behandlung. Nach dem ungemein schweren Krankheitsbilde, das Pat. damals darbot, glaubte Redner es Anfangs mit einer Malaria-Kachexie zu thun zu haben, bis nach völligem Entkleiden des Patienten, ausser dem grossen Milztumor, auch die mächtigen Drüsenpakete unter den Armen, sowie am Halse und in der Hüftbeuge bemerkt wurden. Das Blut quoll nach dem Einstich in die Fingerkuppe gelblich hervor, der Hämoglobingehalt betrug ca. 30 pCt. — Die Blutuntersuchung ergab eine erstaunliche Menge von Lymphocyten, daneben polynucleäre Leucocyten, Megaloblasten und Mastzellen. Die Hautfarbe zeigte ein schmutziges Braungelb, dabei war Pat. äusserst schwach und hinfällig und sehr mager. — Der Mann, der jetzt hier steht, hat sich unter den grossen Arsendosen vorzüglich erholt, der Hämoglobingehalt beträgt jetzt ca. 75 pCt., das Körpergewicht hat bedeutend zugenommen und die Gesichtsfarbe zeigt wieder eine normale Färbung. Hand in Hand mit dieser allgemeinen Besserung ging auch die Abnahme der Tumoren, so sei z. B. der früher apfelgrosse Tumor unter der linken Achselhöhle fast ganz verschwunden.

(Autoreferat.)

Dr. Kröger 2 erkundigt sich beim Vortragenden, ob schon vor dem Arsengebrauch bei der erstvorgestellten Patientin Haarausfall bestanden habe.

Dr. Bosse kann darüber keine Auskunft geben. Als sie zu ihm in Behandlung kam, war der Haarausfall schon sehr vorgeschritten; Pat. hatte schon vorher viel Arsen erhalten,

Dr. Kröger 2 hält es für sehr wahrscheinlich, dass der Haarausfall auf den lange fortgesetzten Arsengebrauch zurückzuführen sei. Es ist ihm nicht bekannt, dass beim Lymphosarcom und verwandten Krankheiten Haarausfall vorkommt.

Dr. Bosse glaubt die Erscheinung vielleicht als Kratzeffect auffassen zu dürfen.

Dr. Kröger 2: Hierfür gebe es keine Analogien.

Dr. Krannhals hebt hervor, dass die Tumoren der Patientin seit ihrem Aufenthalt im Krankenhause nicht wesentlich kleiner geworden sind; sie kam damals hauptsächlich

lich wegen ihres unerträglichen Juckens; die Haare waren ihr schon damals meist ausgefallen; unter Gebrauch von Thyreoidin und Arsen schienen sich die Drüsen zu verkleinern. — Es bestand constant hochgradige Leucocytose mit starker Vermehrung der polynucleären Zellen, in einzelnen Präparaten war eine relative Vermehrung der Mastzellen zu constatiren, übrigens wechselte der Blutbefund sehr; man konnte nur sagen, dass es sich um Leucocytose bei anämischem Blut handelte. Eine sichere Diagnose liess sich nicht stellen, am ehesten musste man an Lymphosarcom denken.

Dr. Hampeln stimmt Dr. Kröger darin bei, dass man den Haarausfall der Patientin mit Wahrscheinlichkeit auf den Gebrauch von Arsen zurückführen müsse, das ihr vom Beginn ihrer Erkrankung an von den verschiedenen behandelnden Aerzten verordnet worden sei.

Dr. Hampeln hat die Patientin schon im Jahre 1898 in Behandlung gehabt; er glaubt am ehesten, dass hier zunächst eine Pseudoleukämie vorgelegen hat, mit nachherigem Uebergang in Leukämie, im Wesentlichen mit Vermehrung der polynucleären Zellen. Beide Erkrankungen seien ja mit einander verwandt und Uebergang der Pseudoleukämie in Leukämie könne vorkommen; gegen Lymphosarcom spreche der chronische Verlauf.

Das Auffallende in diesem Fall sei die den übrigen Erscheinungen jahrelang vorausgehende Hauterkrankung. Es sei zwar bekannt, dass die Leukämie mit einer Erythrodermie beginnen könne, wie auch Pincus angebe: das isolirte Bestehen dieser Affection sei aber sonst nur auf kurze Zeit beschränkt. Ferner hebt Redner die zu Beginn der Erkrankung aufgetretene Nephritis hervor, von der er annimmt, dass sie auch in Zusammenhang mit der nachfolgenden Erkrankung zu bringen ist. Man sollte daher immer, wenn Nephritis zusammen mit Pruritus auftritt, an die Möglichkeit einer in der Entwicklung begriffenen Pseudoleukämie denken.

Als Redner die Patientin behandelte, ergab die Blutuntersuchung keine auffällige Abnormität. Eine Blutkörperchenzählung habe er allerdings nicht vorgenommen.

Der Fall zeichne sich auch dadurch aus, dass eine schon bestehende Retinitis albuminurica zurückgegangen sei.

Dr. Krannhals kann die Berechtigung der Diagnose einer lymphatischen Leukämie nicht zugeben. Die Zahl der Lymphocyten sei eher vermindert als vermehrt. Vermehrt seien im Wesentlichen die polynucleären Leukocyten, man habe also das Bild einer einfachen Leukocytose, zu deren Erklärung man auch an den im oberen Theil der l. Pleurahöhle befindlichen Tumor denken könne, welcher durch sein schnelles Wachsthum den Verdacht erweckt, dass es sich um eine maligne Neubildung handle. Während des Krankenhausaufenthaltes habe dieser Tumor nur eine Dämpfung hinten verursacht, jetzt sei vorne auch eine solche zu finden.

Dr. L. Schönfeldt hat die Patientin vor 2 Jahren gesehen. Sie war damals gravid, hatte eine Nephritis und litt an starken Kopfschmerzen. — Dr. Eliasberg stellte eine Retinitis albuminurica fest. Es erfolgte Frühgeburt im 8. Monat.

Als Redner die Pat. vor 1½ Jahren wiedersah, constatirte er geschwollene Lymphdrüsen in der Achselhöhle und vorn an der Brust, die jedoch damals sehr unbedeutend waren.

Dr. v. Bröcker hat die Pat. vor 2 Jahren gesehen, sie litt damals an Dyspnoe, als deren Ursache Redner eine nachweisbare Vergrößerung der Gland. thy. annahm.

4) Dr. Bertels demonstirt eine Anzahl lebender, in der Nähe von Riga in einer Malariagegend gefangener *Anopheles claviger* s. *maculipennis*.

5) Dr. v. Sengbusch und Dr. Brutzer demonstiren das von der Gesellschaft neuangeschaffte Skioptikon.

d. Z. Secretair: Dr. Bertels.

Sitzung am 2. October 1902.

1. Dr. Wendel demonstirt vor der Tagesordnung Proben des Kephirs, der seit einigen Wochen in einem hiesigen Laboratorium zur Herstellung von Nährpräparaten bereitet wird. Das Präparat sei von hervorragender Qualität und empfehle sich als ausgezeichnetes Nutriens in Fällen, wo es auf He-

bung des Ernährungszustandes und des Körpergewichtes ankomme. Vorzüglich bewährt habe sich der Kephir bei der Ernährung Tuberkulöser. Ebenso bei Diabetes mellitus wegen der Abwesenheit von Milchzucker. Hervorzuheben sei ferner seine günstige Wirkung auf die verschiedenen Formen von Pyrosis (gastrica). Zum Schluss sei noch zu bemerken, dass fast alle Kranken mit einer Aversion gegen Milch dennoch Kephir gern nähmen und gut verträgen.

2. Dr. M. Hirschberg (als Gast) demonstriert Lepra-Moulagen. Der Vortragende bespricht an der Hand von gefärbten, selbst angefertigten Wachs-Paraffinabdrücken, sogenannten Moulagen, eine Reihe meist typischer, lepröser Krankheitsercheinungen der Lepra tuberosa, wie der Lepra nervorum. Die ausgestellten Gesichtsmasken geben ihm Veranlassung auf die Lepramimik einzugehen. Neben dem tuberösen Gesicht, der Facies leonina, findet er das nervös-paralytische und das tupide der Lepra mixta ebenso typisch. Der erste Kopf in der ausgestellten Reihe repräsentirt ein Primärerithem auf der Stirn mit beginnendem Haarausfall an den Augenbrauen — eine Frühform mit beginnenden Infiltraten. Meist aber treten mit einem Male vielfach Knoten gleich der Syphilis d'emblée auf — Den Weg nimmt die Ausbreitung der Infiltration durch den Körper entlang den Blutgefässen und natürlichen Lymphbahnen. Den rothen, hyperämischen Gesichtern, den medusenartigen venösen Schängelungen und sonstigen Färbungs-differenzen sieht man schon äusserlich die bedeutende Mitbetheiligung der Gefässe an. Von der Ausdehnung und Tiefe der Infiltrate hängen die Bildungen von Knoten, Pergeln, diffusen Infiltraten, tiefern cutanen und subcutanen Lepromen ab. — Die natürlichen Anheftungen der Haut begrenzen die Infiltrate und so ist meist auch bei der Facies leonina die natürliche Faltenbildung auffallender und tiefer. Auch von der Gesichtsfarbe lässt sich vieles schliessen: ob Anämie, relatives Wohlbefinden, etc. besteht. Im Ganzen liegen die Verhältnisse an den Extremitäten ähnlich, wie am Gesicht. — Bräunliche Verfärbung in Folge von Blutfarbstoffzersetzung einzelner Knoten leitet schon zu regressiven Veränderungen über. Die regressiven Veränderungen eines Knoten's oder Infiltrats können folgende sein: 1) Pigmentation, 2) Innere Eiterung, Resorption, subcutane Narbenbildung unter

Röthung und Fieber, 3) Ulceration und Narbenbildung — letzterer Process meist secundär beeinflusst. Hierher gehören auch die häufigen *Ulcerata cruris* bei arterio-sclerotischen Leprösen und die *Nasenulcera*, welche an der Schleimhaut zwischen Knochen und Knorpel als Folge hinzutretender Mischinfection ihren Anfang nehmen. Es werden verschiedene Nasenformen Lepröser demonstrirt: Binocle-, Neger- und Rüsselformen, theils mit Perforation des Septums. Was die Nagelerkrankungen Lepröser betrifft, kann man specifische von trophoneurotischen Erkrankungen scheiden. Unter den vielen Veränderungen an den und um die Nägel, entzündlicher und destructiver Natur, die vom Vortragenden angeführt werden, fallen Knötchen und Flecken unter dem Nagel und die heteroplastische Bildung bei fehlenden Phalangen noch besonders auf.

Indem der Vortragende auf die Moulagen aus dem Gebiete der «Nerven-Lepra» übergeht, plaidirt er mit Dr. A. v. Bergmann gerade für diese Bezeichnung gegenüber der Hansen'schen Benennung *maculo-anaesthetica*. Besonders bildet der Ausdruck *maculosa* keinen rechten Gegensatz weil schliesslich *maculae* und Knoten pathologisch-anatomisch principiell dasselbe sind, trotzdem Neisser einerseits und Unna andererseits anderer Meinung sind. Unna's Theorie der Neurolepriden ist eine gezwungene Konstruktion. Neisser's mikroskopische Bedenken lassen sich mit der Einheit der Knoten und Flecken (Neurolepriden) theoretisch verbinden. Der Mangel an Vacuolenzellen, Virchow's Leprazellen, in den Flecken und das Vorkommen epitheloidförmiger Zellen in den Infiltraten der Flecken sind durch geringere Bacillen und Toxin-Einwirkung bedingt. Den gleichen Ursprung aus dem Gefässperithel nehmen beide. Die Vacuolenbildung ist im Vergleich zu den epitheloiden Zellen ein weiteres Stadium der durch den Leprabacillus bedingten Nekrobiose. Mikroskopisch werden 4 Formen von Flecken beobachtet und Moulagen demonstrirt.

1) Braunroth umrandete, in der Mitte hell atrophisch, manchmal vascularisirt.

2) Lupusähnliche, besonders häufig, wenn im Gesicht auftretend.

3) Psoriasisähnliche, oft symmetrisch an den Extremitäten gelegen.

4) Lichen planusähnliche, chagreniert.

Die secundären trophoneurotischen, vasomotorischen Nerven- einflüsse, die Anästhesien und Hyperästhesien, das Mal perforant, die Mutilationen berührt der Vortragende, weil sie nur mehr secundär sind, kürzer, nur so weit sie sich auf seine ausgestellten Moulagen beziehen. Z. B. ein Mal perforant du pied, eine Hand nach Morvàn'schem Typus und besonders ein typisches, nervenlepräses Gesicht mit peripherischer Lähmung des N. facialis und oculomotorius (Ptosis, selten!). Anknüpfend hieran werden zum Schluss einige differenzial-diagnostische Momente zwischen L. nervorum und nervösen Affectionen centralen Ursprungs betont. Die Scheidung gelingt nicht immer.

(Autoreferat).

Dr. Rulle sieht die Hauptursache der Lepra in Cirkulationsstörungen: die Knoten localisiren sich vorherrschend dort, wo adjuvante Cirkulationskräfte nicht vorhanden sind.

Durch Anregung der Cirkulation andererseits könne man bestehende Knoten zum Schwinden bringen. Ihm seien mehrere Fälle bekannt, wo in wenigen Monaten die Knoten sich verkleinerten und in pigmentirte Flecken verwandelten. Sein Heilverfahren besteht in Bergsteigen, Schwitzen mit nachfolgender starker Frottierung, kalten Abreibungen etc.

Dr. v. Bergmann wendet sich gegen diese Auffassung, als sei das Schwinden der Knoten der Therapie zuzuschreiben, mit dem Bemerken, dass viele Erscheinungen der Lepra auch spontan schwänden und ausheilten, wie z. B. bei einem Knaben aus seiner Praxis, der 3 Jahre lang ohne jede Erscheinung blieb. Was die empfohlenen hydriatischen Proceduren anbetreffe, so seien sie in Anbetracht des bei Lepräsen besonders ausgesprochenen Wärmebedürfnisses nicht durchführbar.

Dr. Brützer führt, anschliessend an die Schilderung der Nasenlepra aus, dass die Perforation in der Mitte des knorpeligen Theiles des Septums ihren Ausgang nehme, und dass der Defect des Knorpels wohl als eine Druckusur anzusehen sei, da die Knorpelzellen nicht direkt angegriffen werden,

sondern nur secundär durch den Druck der geschwürig zerfallenen und nabigen Mucosa und Submucosa leiden oder durch mangelnde Ernährung nach Verlust des Perichondrium eingehen.

Zu den Veränderungen des Knochensystems übergehend, meint B., dass es sich auch hier eventuell um mechanische Schädlichkeiten handelt, die die typischen Erscheinungen bedingen. Dass an der unteren Extremität das Skelett der Fussballen zuerst und in ausgezeichnetster Weise erkrankt, spricht dafür, dass die Knochen nach Schwund der gelähmten Muskulatur durch den Druck des Fussbodens leiden; so wären auch die Mala perforantia dadurch zu erklären, dass die Haut zwischen Knochen und Fussboden durchgedrückt wird, nachdem das schützende Weichtheilpolster geschwunden ist. Welche Rolle trophische Nerven oder arteriosclerotische Veränderungen der Gefässe bei der Knochenerkrankung spielen, lasse sich bisher nicht bestimmt sagen. Auch die spezifische Erkrankung der Knochen durch Invasion von Leprabacillen kommt vor; sie ist aber eine Seltenheit im Vergleich zu den Veränderungen, die regelmässig als secundäre Erkrankung namentlich bei der *Lepra nervorum* vorkommen und in verschiedenen Stadien sogleich demonstriert werden sollen.

(Autoreferat).

Dr. Hirschberg: Von einer absoluten, beabsichtigten Heilung der Lepra kann natürlich keine Rede sein. Relative Heilungen und besonders Heilungen von lokalen Symptomen kommen vor. Gebraucht wird viel das Oleum Gynocardii, von dem sich nicht leugnen lässt, dass es in einer gewissen Richtung (Peptonwirkung nach Prof. Dehio) active Heilungstendenz mit Reaction von Seiten des leprösen Körpers aufweist. Gegenüber Collegen Brutzer möchte er, ohne auch die trophoneurotischen Einflüsse in Abrede stellen zu wollen, die in der Nase mögliche Mischinfection beim Zustandekommen des Zerfallens der Naseninfiltrate noch betont wissen.

(Autoreferat).

Dr. Rulle betont nochmals seine Anschauung über die Abhängigkeit lokaler Heilungen von der Therapie, die bei obigem Verfahren auf Erhöhung des Stoffumsatzes beruhe.

3. Dr. v. Sengbusch demonstriert am Skioptikon. Zuerst werden vier Fälle demonstriert, die Dr. Hirschberg aufge-

nommen hat. Es folgen dann eine Serie Röntgenbilder von Händen und Füßen Lepröser, die sämtliche Veränderungen am Knochenskelett darbieten. An einzelnen sieht man, dass es sich um beginnenden Knochenschwund handelt, während andere weiter fortgeschrittene Veränderungen zeigen, wie Verlust der Endglieder, Zuspitzen der Mittelfinger- resp. Mittelfusssknochen, Veränderungen der Gelenke, und auch Knochenauflagerungen. Die Fusswurzel resp. Handwurzel ist dabei in sämtlichen Bildern, was Knochenform anbetrifft normal. Auf die Frage in wie weit die Veränderungen der Knochen für Lepra charakteristisch sind, könne Vortragender nicht eingehen, da das Studium der Lepra ihm ferne läge.

(Autoreferat).

d. z. Secretär: S. Kröger jun.

Sitzung am 16. October 1902.

1. Dr. Voss stellt vor der Tagesordnung einen Patienten als geheilt vor, welchen er wegen Kleinhirnabscess und Sinusthrombose operirt hat. Alte chronische Otitis media (kl. Cholesteatom). Plötzlich mit heftigen rechtseitigen Kopfschmerzen 4 Tage vor der Aufnahme erkrankt, hauptsächlich in der Stirn, kein Schwindel, Schwäche der Beine, Augenhintergrund normal, keine Paresen oder Paralysen. Keine Druckempfindlichkeit am Warzenfortsatz. T.^o normal P 64—60. Nach der Radicaloperation, bei welcher gleichzeitig der Temporalappen punktiert wurde, 4 Tage relative Euphorie, dann Wiederkehr der alten schweren Erscheinungen. Dazu gesellt sich Erbrechen, Neuritis optica und taumelnder Gang. Die Operation ergibt jetzt einen Kleinhirnabscess und Sinusthrombose, welche letztere sich nur durch ein vorübergehendes isolirtes Oedem des gleichseitigen (rechten) oberen Augenlides kenntlich gemacht hatte T.^o stets unter 37, (erscheint ausführlich in der Zeitschrift f. Ohrenheilkunde).

(Autoreferat).

2. Dr. A. Zander hält seinen Vortrag über «Reform der Frauenkleidung speciell über das Korset «Gâches-Sarraute». Durch einige in der Dünazeitung erschienene Aufsätze von

Dr. M. Treymann wurde Z. veranlasst in derselben Zeitung kurz Stellung zur Frage zu nehmen. Seine dort in Thesenform ausgesprochenen Ansichten will Z. heute begründen. Nach Doctorin Gâches-Sarraute und Dr. Treymann ist das Bauchkorset ein völlig inoffensives, dem weiblichen Körper kunstvoll angepasstes, hygienisches und ästhetisches Kleidungsstück. Z. weist im Einzelnen nach, dass G.-S. von einer unmöglichen Gestalt des normalen weiblichen Rumpfes ausgeht, indem sie ihm für die Natur und für die Antike solche Formen zuspricht, die er nur unter den Einwirkungen des Bauchkorsetes annimmt. Z. charakterisirt die Umrisse des weiblichen Rumpfes in aufrechter Haltung, in den Ansichten von vorn und von der Seite, und kennzeichnet die normale weibliche Taille als eine oft kaum merkbare, sanft bogenförmige, seitlich in der Gegend der untersten Rippen belegene, Einziehung, deren Ausprägung zunimmt mit der Weite des grossen Beckens und der Schmalheit des unteren Theiles des Brustkorbes, welcher seinerseits im unverbildeten Zustande von vorn gesehen annähernd parallelwandig ist. Im bisherigen Korset lag die grösste Verengung an dem Orte dieser anatomischen Taille. Das Bauchkorset verlegt die engste Stelle dicht über die Oberkante der Hüftbeine dahin, wo der Weichtheilkontur normaler Weise am breitesten ist und schafft dort eine kurzbogige, rinnenartige Einschnürung, die nahe der Wirbelsäule beginnt und schräg abwärts bis vor die Spina ilei ant. sup. verläuft. Als weitere Wirkungen des Bauchkorsets nennt Z. unter mechanischen Begründungen die durch Druck auf die unteren Lendenwirbel und auf die Schambeingegend unnatürlich verstärkte Beckensenkung (Lordose der Lendenwirbelsäule), den durch Druck von vornher bewirkten Fortfall der natürlichen Vorwölbung des unteren Bauchabschnittes, sowie folgende, durch Verkleinerung des unterhalb der Schürstelle belegenen Bauchantheils hervorgegerufenen Abweichungen: einen im natürlichen Zustande durchaus fehlenden Spannungsdruck in der Bauchhöhle, daher Vorwölbung des Epigastrium, Einstellung der Wirbelsäule in unnatürlich gestreckter Haltung, pseudoinspiratorische Vorwölbung des Brustkorbes und Erschwerung der Thätigkeit des Zwerchfelles. Infolge dieser Veränderungen der äusseren Formen macht das Bauchkorset aus einem wohlgebildeten

Körper eine Karrikatur. Es behindert ferner die Beweglichkeit im Lendentheile und immobilisirt das Becken in seiner Lage zu den Oberschenkeln und besonders zu den oberen Rumpfteilen so wesentlich, dass G.-S. es direct als Gradehalter empfiehlt. Durch diese Eigenschaft nimmt es der Frau einen Theil ihrer nur bei freier Beweglichkeit entfaltbaren Anmuth. An einer Anzahl von Beispielen weist Z. nach, wie G.-S. sich mehrfach in ihrem Werke selbst widerspricht und wie sie infolge oberflächlichen Beobachtens und unlogischen Urtheilens zu theilweise verkehrten Schlüssen gelangt.

Auf Grund seiner Auseinandersetzungen bezeichnet Z. das Bauchkorset als einen in mehrfacher Hinsicht offensiven, natürliche Thätigkeitsbedingungen in nachtheiliger Weise verändernden, und den Körper entstellenden, also unästhetischen Apparat, welcher bei keiner annähernd gesunden Person Anwendung finden dürfe.

Wegen vorgerückter Stunde, und da die Demonstrationsobjecte bereits vorbereitet sind, unterbricht Z. seinen Vortrag und zeigt zunächst an Sciopticonbildern, demonstrirt von den Collegen Sengbusch und Brutzer, und herungereichten Photographien eine cum grano salis normale Mutter in 70. von Dr. Max Schönfeld freundlichst angefertigten Aufnahmen in Reformtracht und zwar in Baumwollentricot. — Hemdhose (Combination) und mit schwedischem Büstenhalter in drei Aufnahmen, (von vorn, von hinten und von der Seite). — Mit der gleichen Kleidung, darüber Rockhose in drei Aufnahmen (bei hängendem Rocke von vorn und von hinten und bei gehobenem Rocke) — endlich im Hauskleide. Z. deutet kurz die gesundheitlichen ästhetischen Vortheile dieser durchweg von den Schultern getragenen Kleidung an.

Weiter zeigt Z. dieselbe Frau in derselben Weise in drei Aufnahmen mit Kombination, aber ohne Büstenhalter und mit einem in Riga zu Demonstrationszwecken gefertigten Bauchkorset (von vorn, von hinten, von der Seite), und erläutert einerseits dessen wesentliche Abweichungen von dem richtigen G.-S.-Corset, andererseits die hervorgebrachte Aenderung der Wohlgestalt.

Darnach stellt Z. ein wohlgewachsenes junges Mädchen mit tadellos unverbildeter Taille vor, welche ihre Röcke und Hosen stets unmittelbar über dem Darmbeinkamme sehr lose ge-

banden getragen hat, und demonstriert sie zuerst in einer Tricotcombination, dann mit befestigtem Rocke — wobei er auf das kaum bemerkbare Einschneiden des Gurtes und den festen Sitz aufmerksam macht, — endlich in einem ad hoc für sie in Riga (in einer anderen Fabrik) gefertigten Bauchkorset. Z. weist auch hier auf die Entstellung der Wohlgestalt, wie auch auf die grossen Abweichungen vom echten Bauchkorset hin, betont aber zugleich, dass die Entstellung in letzterem noch viel bedeutender sein müsste. — Ein zuletzt gezeigtes Trageband wird von Z. selbst als unmassgeblich bezeichnet, da es als erstes Modell eben erst in seine Hände gelangt, und nicht individuell angepasst sei.

(Autoreferat).

(Fortsetzung folgt).

d. z. Secretär: S. Kröger jun.

Sitzung am 30. October 1902.

1. Dr. Zander beendet seinen auf der vorigen Sitzung begonnenen Vortrag über Frauenkleidungsreform:

Gâches-Sarraute empfiehlt das Bauchkorset bei Hängebauch, bei Ptosen von Baueingeweiden, speciell Magenverlagerung, ferner bei Magenerweiterung, chronischer Obstipation, endlich bei Deviationen des Uterus, namentlich anteversio, auch bei prolapsus uteri, sowie bei chronischen Adnexerkrankungen.

Indem Z. auf die einzelnen Indicationen eingeht, betont er, dass alle Besserungen, die G.-S. erzielt hat, nur durch Verstärkung des intraabdominellen Druckes erklärt werden können, nicht ausgenommen die Erkrankungen der Organe des kleinen Beckens, bei welchen nicht, wie G.-S. behauptet, eine Entlastung durch ihr Bauchkorset stattfindet, sondern eine Mehrbelastung durch verstärkten statischen Druck und durch hinzugefügten Spannungsdruck. Bei jenen sämtlichen Krankheitszuständen wirkt das Bauchkorset als Bauchbinde nach dem von Glénard und Mertsching gefundenen Principe (Zug von unten und vorn nach oben und hinten, entsprechend dem Anheben des Unterbauches mit gefalteten Händen). Das Unzureichende der meisten bisherigen Bauchbinden liegt einer-

seits an einer ungenügenden Berücksichtigung dieses Principes, andererseits an der zu geringen Mitbetheiligung der Aerzte bei dem Messen und Zupassen, sowie an den dem Arzte meist fehlenden technischen Vorkenntnissen. Z. glaubt, dass sich nach dem gleichen Principe Binden herstellen lassen, die weniger offensiv sind, als das Bauchkorset, erläutert, weshalb er für Schwangerschaft und Wochenbett die Anwendung von Bauchkorsets für unzweckmässig erachtet und empfiehlt für das Kindbett Binden nach Art der indischen Gurita (Stratz, Frauenkleidung, 2. Aufl. S.).

Hiernach geht Z. auf die bisher unberücksichtigt gelassene Frage über, ob die Benutzung irgend eines Korsets als eines hygienischen Kleidungsstückes sich als nothwendig erweisen lasse und widerlegt eingehend die von G.-S. hierfür vorgebrachten Gründe. Er kann das Korset — in jeder Abart — weder als Schutzvorrichtung gegen Schnürwirkungen von Rock- und Hosenbändern, noch als warmhaltendes Kleidungsstück, noch als verschönerndes Kleidungsstück noch als Apparat zur Unterstützung des Unterbauches gelten lassen. Gâches-Sarraute's grundlegende Voraussetzung ist, dass die weibliche Kleidung mit ihren Hosen, Unterröcken, und Kleidröcken welche nothwendig um die Taille befestigt werden müssten, in absehbarer Zeit nicht geändert werden könne. Z. weist nach, dass bereits seit Jahren eine Reformtracht (Lahmann) besteht, welche die gesammte Frauenkleidung den Schultern auflegt und daher keiner Befestigungsmittel in der Taillengegend bedarf, sowie dass die sich solcherart kleidenden Personen trotz ihrer noch kleinen Anzahl dadurch nicht etwa gesellschaftlich unmöglich geworden seien. Hiermit ist die Ausführbarkeit der Benutzung einer korsetlosen Reformtracht in praxi bereits bewiesen. Die einzelnen Kleidungsstücke, besonders die Unterkleidung, müssten ihren Zwecken — zu verhüllen, zu wärmen (und zu schmücken) — möglichst vollkommen angepasst werden, wobei namentlich auch auf möglichste Verminderung des Gewichtes Bedacht zu nehmen ist. Z. giebt einige Hinweise, wie solche Aenderungen der gebräuchlichen Modetracht vorgenommen werden können, erkennt aber grundsätzlich jeden neuen Vorschlag als einen zu praktischen Versuchen empfehlenswerthen an, der jenen Forderungen gerecht wird, insbesondere aber rigorös das

Hauptprincip einer hygienischen und ästhetischen Kleidung festhält: dass kein Kleidungsstück irgendwo mehr Anschluss haben darf, als zu seiner Befestigung minimal erforderlich ist, und dass überall dort, wo dieser einzige Grund für festen Anschluss nicht vorhanden ist, die Kleidung etwa so am Körper sitzen müsse, als wäre sie über einem Gypsabgusse zugepasst, der bei gefültem Magen und bei tiefster Einathmung angefertigt sei.

Gegenüber G.-S., nach welcher die Bauchwand bei dem Weibe stets einer Unterstützung bedürfe, führt Z. aus, dass dieser Grund bei kleinen Kindern und bei den Personen, welche bisher ohne Bauchbinden ausgekommen sind, fehle, und dass Personen mit unterstützungsbedürftigen Bäuchen besser mit nicht korsetartigen Binden behandelt werden sollen.

Zu Dr. Treymann's Aufsätzen übergehend, bespricht Z. nur einige von dessen bedeutsamsten Ausführungen, und widerlegt die Gründe, welche Dr. Treymann gegen ein Auferlegen der Gesamtkleidung auf die weiblichen Schultern anführt namentlich die zu geringe Kraft und Ausdauer der weiblichen Schultern und das zu grosse Gewicht der Winterkleider. Wenn kleine Mädchen, deren Gesamtkleidung immer von den Schultern getragen wird, dabei nicht ermüden, so müssen Erwachsene, auch durch Korsetdruck geschädigte, ihre Kleider eben so tragen können. Das Maximalgewicht der Winterkleidung bei Reformtracht hat Z. durch Abwägen für extra kalte Tage = 4,3 Kilo, für gewöhnliche Wintertage = 3,3 Kilo gefunden, (ohne die 1,5—3,5 wiegende Oberkleidung für die Strasse), wovon jedoch bei Wahl geeigneter Materialien noch bis 0,75 Kilo abgezogen werden können.

Für gewisse Fälle erachtet Z. ein möglichstes Entlasten der Schultern für geboten oder doch erwünscht, und empfiehlt dazu ein Auferlegen der Röcke und Hosen — stets ohne jedes Korset — entweder wirklich unmittelbar auf die Darmbeinkämme oder auf die Gegend unterhalb der Darmbeinkämme in einer von ihm näher bezeichneten Weise.

Z. begründet noch seine Ansicht, dass das Bauchkorset unästhetisch und unedecent sei, wesentliche Theile seiner Arbeit fortlassend, um einer sehr erwünschten Discussion mehr Spielraum zu bieten.

(Autoreferat).

Der Präses dankt Vortragendem für die sorgsam ausgearbeitete, erschöpfende Behandlung dieses umfangreichen, auch unter Aerzten wenig bekannten Gebietes.

Dr. Vierhuff, der sich sonst den Ausführungen des Vortragenden in Bezug auf die Reformkleidung durchaus anschliessen muss, möchte d. Corset Gâches-Sarraute bei gewissen patholog. Zuständen doch nicht entbehren. So bei der Enteroptose. Solange unsere Frauen an der bisherigen Kleidung und am alten Corset festhielten, bliebe die Wirkung einer Bauchbinde illusorisch, da die durch einen am Unterbauch ansetzenden Druck erstrebte Reposition der gesenkten Organe durch das im entgegengesetzten Sinne wirkende Corset vereitelt würde. Hier sei das Corset G.-S. am Platze.

Dr. v. Boehlendorff meint: die Beobachtung, dass das unerwachsene Mädchen mit dem Mieder auskomme, das erwachsene aber nicht, sei nur so zu erklären, dass ersteres noch keine vorspringenden Hüften habe, um seine Kleider daran zu hängen. Er sei nur Gegner des missbrauchten Corsets. Immer mehr sähen die Frauen bereits ein, wie unzweckmässig es sei, sich besonders vorn stark zu schnüren, und trügen das Corset schon weniger fest, als früher. Als Kosmetikum würde es seinen Platz immer behaupten. Frauen mit un schönen Formen würden auf dasselbe nie verzichten.

Dr. Zander. Frauen mit unschöner breiter Taille sind auch im übrigen untersetzt gebaut — sie haben breite Schultern und Handgelenke, grosse Oberkörper etc. Der Kontrast zwischen der abnorm geschnürten Taille und letzteren Beigaben würde sie noch unschöner erscheinen lassen. Wo sich ausschliessliche Belastung der Schultern nicht durchführen lässt, da nehme man zweckmässig Tragband und Leibchen zu Hilfe. Was das Bauchcorset G.-S. betrifft, so werde es meist vom Hause aus viel zu fest geschnürt. Erst allmählich dürfe der Druck zunehmen, um eine langsame Reposition der verlagerten Organe anzustreben. Das Verfahren der Frau Gâches-Sarraute durch starkes Einschnüren des Unterbauches schnell zu reponiren, sei nicht zu rechtfertigen.

Dr. v. Boehlendorff giebt nicht zu, dass es unerlaubt oder sogar nicht möglich sei durch Kunsthilfe die Körperform zu verschönern, so würde z. B. ein zu grader Rücken durch das Tragen von Stiefeln mit höheren Absätzen etwas lordo-

tisch gekrümmt und dadurch die ganze Haltung verschönert. Die Absätze brauchten dabei nicht höher zu sein, als $2\frac{1}{2}$ cm.

Dr. Zander erkennt dies an. Es giebt Frauen, bei denen die Höhlung des Kreuzes fast ganz fehlt. Dies macht sich auch beim Gehen in höchst ungraziöser Weise geltend. Im Ganzen ist das Kreuz beim Weibe viel beweglicher als beim Manne, daher auch seine Fähigkeit die Haltung beliebig zu wechseln, relativ gross. Bemerkenswerth ist, dass bei den schönsten antiken weiblichen Statuen der Rücken sehr wenig gehöhlt ist. Die Frauenwelt ist z. Z. noch gegen die Reformkleidung eingenommen; sie erscheint ihr unschön, weil sie noch zu fremdartig. Sobald aber die Modejournals angefangen haben werden sich mit dieser Frage lebhafter zu befassen, so werden schon durch die gebotenen Abbildungen viele an das neue Kostüm gewöhnt und dadurch bekehrt werden. Die jetzt heranwachsende Generation komme für die angeregte Frage vorherrschend in Betracht. Frauen, deren Körper bereits geschädigt sind, sollen selbstverständlich entsprechende Binden tragen, ob ein Bauchkorset von G.-S. oder eine Binde, sei gleichgiltig; für die Zwecke sei auch gegen ersteres nichts einzuwenden.

Der Präses dankt dem Vortragenden nochmals und giebt der Hoffnung Ausdruck, dass die Anregung dieser wichtigen Frage im Kreise der Zuhörer fruchtbaren Boden gefunden habe.

d. z. Secretär: S. Kröger jun.

Sitzung am 6. November 1902.

1. Dr. O. Brehm (als Gast). Dr. Oskar Brehm stellt einen Fall von Volvulus der Flexura sigmoidea vor, welcher durch Resection der ganzen S-romanum Schlinge zur Heilung gebracht wurde. Bemerkenswerth ist der Fall dadurch, dass die Flexur ein durch Mesenterialschrumpfung total degenerirtes Mesocolon hat, was von hoher ätiologischer Bedeutung für das Zustandekommen des Volvulus ist. Die Degeneration des Mesocolon, narbige Schrumpfung des Gekröses, nament-

lich an den Fusspunkten der Flexur, bedingt chronisch eine mangelhafte Kothpassage, Zersetzung des Darminhaltes mit excessiver Gasspannung, so dass die ballonartig geblähte Flexur auf ihren engen verzerzten Fusspunkten balancirt und leicht umkippt, resp. eine Torsion erfährt. Die eigentliche Katastrophe tritt also in diesen Fällen nicht plötzlich ein, sondern wird durch jahrelang sich wiederholende Anfälle von transitorischem Darmverschluss vorbereitet. Auf eine nähere Schilderung des chronischen Krankheitsbildes kann wegen der Kürze der Zeit nicht eingegangen werden. — Wird ein derartiger Volvulus operirt, so muss darauf Bedacht genommen werden Recidive zu verhindern. Mit der Aufdrehung ist nichts geholfen, das Radicalste ist die Resection der ganzen Schlinge, auch wenn dieselbe noch lebensfähig erscheint. Das geschah in dem vorliegenden Falle mit bestem Erfolge. Pat. welcher seit 10 Jahren an heftiger Obstipation und vorübergehenden Anfällen von Occlusion leidet, ist von seinen Beschwerden befreit. Das führt auf den Gedanken solchen Patienten eine prophylaktische Operation zu proponiren, bevor sie vom Volvulus befallen sind. Die Operation müsste bestehen entweder in der Resection der kranken Flexur oder in leichteren Fällen in der Enteroanastomose zwischen Coecum und abführendem Flexurschenkel nach Dr. A. v. Bergmann. Durch diese Operation wird die Flexur zum Theil ausgeschaltet, entlastet. Einige zugehörige Skizzen sollen in einer späteren Sitzung von Dr. v. Sengbusch vermittelst des Skiopt demonstriert werden.

Dr. v. Bergmann bemerkt hierzu, dass die bisherige Annahme, als käme die Mesenterialschrumpfung nur bei Greisen vor, irrig sei. Ein in diesem Jahre operirter Fall mit Volvulus und hochgradiger Mesenterialschrumpfung betraf einen 20-jährigen. Es sei zu bedauern, dass man die Fälle nicht im Beginn des Leidens zu sehen bekomme. In einem interessanten Falle, den Dr. von Bergmann operirte, lag in der That eine beginnende Schrumpfung vor, allein eine bald auftretende heftige Hysterie verwischte das Bild so sehr, dass es sich jetzt kaum mehr entscheiden lässt, wieviel von den Beschwerden auf Kosten der Schrumpfung komme. Der betreffende Fall werde noch Gegenstand einer Demonstration von Dr. Ed. Schwartz sein.

Dr. Voss richtet an Dr. Brehm die Frage, ob die von ihm proponirte Frühoperation bei Mesenterialschrumpfung genügend durch eine sichere Diagnose zu stützen sei, da doch eine Laparotomie immer ein schwerer Eingriff sei.

Dr. Brehm. Die Diagnose der Mesenterialschrumpfung ist nicht leicht, aber möglich; sie ist in einigen Fällen gestellt worden und später bei der Autopsie bestätigt gefunden worden. Man müsse besonders auf die recidivirenden Anfälle von Darmverschluss achten, dieselben bieten eigentlich nur das abgeschwächte Bild eines Volvulus. Verwechslungen könnten nur mit dem hochsitzenden, der Palpation nicht zugänglichen Rectumcarcinom vorkommen, auch da besteht die Obturation, die geblähte Sigma-Schlinge, aber die Unterscheidung ist doch durchaus möglich.

Dr. Poorten hält seinen angekündeten Vortrag: «Ueber Indication und Erfolge der Massage bei Frauenkrankheiten».
(Autoreferat).

Vortragender erachtet die von Thure-Brandt in die gynäkol. Behandlung eingeführte Massage, als einen durch Nachprüfung und Erfahrung gesicherten, therapeutischen Schatz.

Die Massage hat aber wesentliche Modificationen erfahren müssen, so namentlich eine starke Einschränkung der Indicationen, sollte sie nicht als gefährlich verworfen werden.

Die gyn. Massage darf nur von Specialärzten geübt und verordnet werden. Falsche Diagnosen und infolge dessen falsche Indicationsstellung können schädliche Folgen haben und sind wohl auch vielfach die Ursache für die Verurtheilung des Verfahrens gewesen.

Nach kurzer Berührung des technischen Theiles geht Vortragender zur Besprechung der Indicationen und Erfolge der Massagebehandlung über. Als Grundlage dienen ihm circa 300 eigene mit Massage in den letzten 3 $\frac{1}{2}$ Jahren behandelte Fälle.

Vortragender zählt 4 Gruppen der hier in Betracht kommenden Krankheitsprocesse.

Gr. I. Krankheitsprocesse bei welchen Massagebehandlung contraindicirt ist, weil gefährlich.

II. Erkrankungen, welchen gegenüber Massagebehandlung contraindicirt ist, weil nutzlos.

III. Erkrankungen, bei denen die Vortheile einer Massagebehandlung unsicher und bei denen man mit anderen Heilmethoden im Allgemeinen bessere Resultate erzielen wird.

IV. Affectionen der weiblichen Beckenorgane bei denen man mit Massagebehandlung günstige Erfolge erzielt, Erfolge, wie sie durch die sonst gebräuchlichen und möglichen therap. Massnahmen nicht erreicht werden.

Zu Gruppe I: Sämmtl. acuten Entzündungsprocesse, werden eine stricte Contraindication bilden. Ebenso wird, wo nur immer die Annahme, dass ein Eiterherd vorliegen kann, berechtigt ist, sich die Massage verbieten. Pyo- und Hydrosalpinx werden Contraindicationen bilden. Die Gefahr einer Ruptur, wird nicht von den sehr zweifelhaften Chancen einer bleibenden Entleerung aufgewogen. Frische Beckenexsudate sollen nicht massirt werden.

Ad. II. Neubildungen, Fibrome werden weder beseitigt noch in der Entwicklung gehemmt.

Endometritis wird nicht durch Massage beseitigt.

Ad. III. Senkungen und Prolaps sind kein Gegenstand für Massagebehandlung. Hier wird man meist mit Ringbehandlung auskommen, wenn nicht, zur Operation greifen.

Ad. IV. Hierher gehören die zahlreichen Fälle in denen Reste abgelaufener Entzündungsprocesse des Beckenbindegewebes und Peritoneums vorliegen, Exsudatreste, Infiltrationen, Stränge, Verwachsungen der Beckenorgane untereinander, mit den Beckenwandungen und Nachbarorganen und die meist aus diesen Adhäsionen resultirenden Lageveränderungen. Bei der Mehrzahl der Fälle war der Anfang des Leidens auf ein Wochenbett nach Geburt oder Abort zurückzuführen.

Der Beginn der Erkrankung lag meist weit zurück. Die grosse Mehrzahl der Pat. war schon anders vorbehandelt worden.

Unter Beifügung verschiedener typ. Krankheitsgeschichten schildert Vortragender die Erfolge der Behandlung, welche wo möglich mit heissen Sitzbädern, Scheidendouchen, heissen Compressen, Glycerintampons combinirt wurde.

Die Erfolge sind im Allgemeinen, wenn die Behandlung in seltenen Fällen auch theilweise oder ganz versagte, so gute

gewesen, dass Vortragender die Massagebehandlung in geeigneten Fällen warm befürwortet.

Die eclatantesten Erfolge hat Vortragender bei der fixirten Retroflexio gehabt.

Hier kommen noch die gewaltsamen Lösungen nach Schulze und die Laparotomie in Betracht. Erstere gebe nicht immer einen sicheren Erfolg und sei dazu wie manche Veröffentlichungen bewiesen, nicht ungefährlich. Bei der Laparotomie sei jedenfalls unglücklicher Ausgang nicht ausgeschlossen. Dieselbe solle nur in Frage kommen, wenn eine andere Möglichkeit der Kranken zu helfen nicht vorhanden wäre. Die Massagebehandlung gewähre aber oft die Möglichkeit der Genesung.

Vortragender hat keinen schädigenden Einfluss auf das Nervensystem der Pat. beobachten können. Er ist der Ansicht, dass bei richtiger Ausführung der Massage eine sexuelle Reizung nicht vorliege.

Die heissen Bäder und Spülungen griffen die Kranken mehr an als die Behandlung.

Man müsse natürlich auch hier individualisiren.

Vortragender hat gerade die Beobachtung oft machen können, dass nervöse Beschwerden zurückgingen resp. ganz schwanden nach Behandlung und Beseitigung des Genitalleidens.

Dr. Keilmann. Es ist erfreulich, dass diese wegen weiterer Verbreitung der gynäkologischen Massage practisch eminent wichtige Frage endlich ein Mal auf die Tagesordnung gesetzt ist. Kaum eine Erkrankung der weiblichen Beckenorgane giebt es, die nicht schon mit Massage behandelt wäre, und während er früher, in seiner Assistentenzeit der Massage kühl gegenüberstand, hat ihn die überraschend grosse Zahl massirter Frauen, die ihm hier in Riga zu Gesicht gekommen in's Lager der Massagegegner gezwungen. Zunächst unterliegt es wohl keinem Zweifel, dass eine grosse Anzahl von Erkrankungen, die thatsächlich massirt werden, von dieser Behandlungsmethode keinerlei günstige Beeinflussung zu erwarten haben. Wichtig aber sind im Allgemeinen die Fragen: Sind mit der gynäkologischen Massage nicht vielleicht Schädigungen der Frau verknüpft, die die Vortheile überwiegen? Wie hat man sich überhaupt die Wirkungen der gynäkologischen Massage vorzustellen? Diese beiden wichtigen Fragen sind

vom Herrn Vortragenden überhaupt nicht berührt worden. Ist doch O l s h a u s e n der entschiedenen Ansicht, dass die Massage seit sie geübt wird, mehr geschadet, als genützt habe. O l s h a u s e n weist wohl einwandsfrei nach, dass der gynäkologischen Massage diejenige wissenschaftliche Grundlage, die der allgemeinen Massage zukommt, völlig fehlt: handelt es sich bei Lageanomalien um Schwäche und Ueberdehnung der musculären Ligamente (Lig. lat. u. Lig. rot.) so kann der Zweck diese spärliche und geschwächte Musculatur durch weitere Dehnung zu stärken unmöglich erreicht werden; handelt es sich um retrahirende, bindegewebige Narben und Entzündungsresiduen, so ist die angestrebte Erweichung und Lockerung derselben desgleichen nicht verständlich, sondern es kann sich lediglich um mechanische Dehnung handeln, die meist mit anderen Methoden schneller und sicherer zu erreichen ist. Handelt es sich endlich um Resorption vorhandener Exsudate, so muss hier zwar in geringerem Masse als sonst, der Massage ein die Resorption befördernder Effect zugestanden werden, jedoch konstatiert O l s h a u s e n und könnte jeder aus eigener Erfahrung dem zustimmen, dass solche Exsudate nach oft scheinbarem Stillstand sich manchmal schnell auch spontan resorbiren und der unbedingt günstige Einfluss der Massage in solchen Fällen sich gar nicht ohne Weiteres erweisen lasse. Mit Anwendung von Wärme und sog. expectativen Behandlung erreiche man jedenfalls ebenso gute Resultate. Wenn Thure-Brandt zuleitend und ableitend und wenn nöthig «die Lymphgefässe bis zum Ductus thoracicus» massirt, so bezeichnet O l s h a u s e n dieses als eine von den Ungeheuerlichkeiten, von denen das Brandt'sche Buch wimmelt. Bei der Indication muss auch die Frage der Diagnose berührt werden. Die Tastung einzelner Stränge und von allerlei Details ist thatsächlich nicht möglich und findet man, dass Anfänger (Volontäre an den Kliniken) stets weit subtilere Diagnose stellen, als geübte Untersucher, die sich bei Gelegenheit von Laparotomien oft überzeugen können, dass die Tastdiagnose auch im Stiche lassen kann und man die Tastbilder mit Vorsicht deuten muss. Dass die Parametritis in den referirten Fällen des Herrn Poorten eine zu grosse Rolle spielt, kann nicht zweifelhaft erscheinen; die Tastung von Resistenzen neben dem Uterus beweist noch keine Parametritis

sondern nur parametraner Erkrankung. Parametritis aber ist Entzündung des «Parametriums» das extraperitoneal gelegen ist. Nach meiner Schätzung kann man in grösserem gynäkologischen Material kaum mehr als 1 pCt. für die Parametritis rechnen. Max Strauch glaubt auch diese Frequenz der Parametritis nicht gelten lassen zu können; das was hier zu Verwechslungen Anlass giebt sind die tubaren und peritubaren Erkrankungen. Was die Indicationen zur Massage anbelangt, so sind sie in den 30 Jahren seit Th. B. wesentlich verringert worden von denen, die sich nicht als warme Anhänger der Th. B.'schen Massage bekannt haben — ich nenne nur Ernst Fränkel: was Fränkel von der Massage noch gelten lässt in seinem Lehrbuch der allgem. gynäkol. Therapie, das ist herzlich wenig: alle Neubildungen, alle Prolapse, alle acuten und subacuten Entzündungen sind ausgeschlossen — es bleiben eben nur Exsudatreste, bindegewebige Adhäsionen übrig, die nicht massirt, sondern nur mechanisch gedehnt werden können. Wenn Küstner (in Veit's Handbuch) bez. der den Uterus in falscher Lage fixirenden Stränge die Möglichkeit zugiebt, dass man sie in einer langen Reihe von Sitzungen vielleicht soweit dehnen könne, dass gelegentlich eine fixirte Retroflexio mobil wird, so betont er doch andererseits, dass mit der Schultze'schen Methode meist in einer Sitzung erreicht wird, was mit der sog. Massage in einer grossen Reihe von Sitzungen und auch denn nicht sicher gelingt. Dass die Schultze'sche Trennung und die Laparotomie (die übrigens heute durchaus ungefährlich ist) der Massage da wo eine Correctur einer fixirten Lageanomalie des Uterus nothwendig ist, weit überlegen ist, ist durch grosse Zahlenreihen zu erweisen; es genüge auf die ausführliche Mittheilungen von Dittel im Arch. f. Gyn. (Bd. 63) hinzuweisen, aus denen hervorgeht, dass in höchstens 22,7 pCt. der Fälle die Fixationen durch Massage gelöst worden sind, während die Schultze'sche Trennung 72,7 pCt. Erfolge ergab und die Laparotomie 88 resp. 100 pCt.

Prochownik, der zu den Anhängern der Massage gezählt wird, konnte doch von 137 mit Massage behandelten Fällen nur 5 als durch dieselbe geheilt bezeichnen.

Auf dem Leipziger Gynäkologencongress 1898 fehlte kaum ein namhafter Gynäkologe und alle haben sich an der Discus-

sion über die Retroflexio betheiligt. Im Schlusswort sagte Olshausen: «mit der grössten Befriedigung muss es uns erfüllen, dass in der ganzen, langen Discussion nicht von der Massage als Heilmittel die Rede gewesen ist. Dass durch Lüftung und Massage schon je eine Heilung erzielt ist, nimmt hoffentlich Niemand mehr an».

Die Ansicht des Herrn Dr. Poorten, dass die Massage gerade auf dem Gebiete der Lageanomalien Triumphe feiere, ist demnach nicht als einwandfrei zu bezeichnen.

Hierbei ist ausserdem eine wichtige Frage die, ob denn wohl jede Lageanomalie des Uterus auch Beschwerden mache, insbesondere, ob die etwa entdeckte Retroflexio uteri auch die Ursache geklagter Beschwerden sei.

Die ausgedehnte Literatur hierüber zu referiren, ist nicht angängig, doch giebt es hierüber sehr von einander abweichende, uns sehr bemerkenswerthe Anschauungen. Die tägliche Erfahrung lehrt aber wohl unzweifelhaft, dass bei dieser oder jener Behandlung sich oft das Befinden bessert, der Befund doch derselbe bleibt und umgekehrt. Auch der Herr Vortragende erwähnt dessen. Hier handelt es sich doch wohl um vorübergehende Suggestiverfolge oder um den Beweis, dass die Correctur der Lageveränderung keinen Einfluss auf das Befinden zu haben brauche. — Ob also die Lokalbehandlung oder Allgemeinbehandlung im Vordergrunde zu stehen hat, ist eine wichtige im einzelnen Falle erst zu beantwortende Frage.

Es giebt Beschwerden, die auch im Abdomen localisirt sein können und doch nur Theilerscheinung sind einer allgemeinen functionellen Neurose, die ganz unabhängig sein kann vom zufälligen pathologischen Befunde an den Beckenorganen. Typisch geradezu sind Schmerzen in der linken oder rechten Seite des Abdomens, die gar zu leicht zu der überraschend häufigen Diagnose «Eierstocksentzündung» führen, während man eine primäre Oophoritis ganz leugnen kann. Hier sei auf die Charcot'sche Ovarie hingewiesen, die ja auch mit den Ovarien ganz und gar nichts zu thun hat. Die Eierstocksentzündung ist aber eine der häufigsten Unterlagen der Massagecur. Die vielen Frauen aus dieser Gruppe gehören zum Nervenarzt oder wenn sie aus gewissen Gründen vom Gynäkologen nicht zurückgewiesen werden dürfen, so habe dieser

vor allem die Pflicht von localer Behandlung und insbesondere von langdauernden Curen abzusehen. Diese Frauen zeigen nur kurzdauernde Erfolge derartiger Behandlung und werden auf die Dauer schwer geschädigt. (cf. Mercklin: Gynäk. Fragen in der psychiatr. Praxis Sitzungs-Protocoll v. 7. December 88).

Von etwas mehr als 2000 Frauen findet sich in der Anamnese Massage notirt bei 99; geheilt ist keine von diesen durch Massage, durch die oft langdauernden Curen sind aber viele wesentlich und dauernd geschädigt worden. K. kann sich aus eigener Erfahrung daher Olshausen, Fränkel und A. die der gynäkol. Massage skeptisch gegenüberstehen, nur voll anschliessen und hält es für seine Pflicht im grossen Kreise der Collegen seinen, die ungläubliche Verbreitung der gynäk. Massage in der Praxis verurtheilenden Standpunkt zu betonen und zu begründen.

Dr. P o o r t e n äussert sein Bedauern, dass eine Autorität wie Olshausen gegen die Massage Partei genommen habe — dies habe derselben sehr geschadet. Doch hätte sich andererseits eine ganze Reihe von Coryphäen zu Gunsten derselben ausgesprochen. K ü s t n e r selbst sei kein so strikter Gegner, als Dr. Keilmann es darzustellen beliebe. Auch D ü h r s s e n erkenne den Nutzen der Massage an, und halte die Anwendung der Schultze'schen Trennung, der Laparotomie etc. für verfrüht, ehe eine Massage versucht worden. Ausschlaggebend erscheine es für Vortragenden, dass sie sich empirisch bewährt habe.

Dass sie sich theoretisch nicht genügend begründen lasse, sei kein Gegenbeweis: Quecksilber und Natr. salicylic. würden mit dem besten Erfolge angewandt, während man ihre physiolog. Wirkungsweise doch eigentlich nicht kennt. Es komme für den Arzt in erster Linie darauf an, Segen zu stiften.

Was die Parametritis anbetrifft, so ist sie seiner Ansicht nach gar nicht so selten, freilich meist mit Perimetritis combinirt, was in Anbetracht der anatom. Verhältnisse ja auch verständlich ist.

Die Schultze'sche Trennung wird auch oft genug ohne Erfolg geübt. Nervöse Erscheinungen während der Massagekur müssen natürlich streng berücksichtigt werden. Ebenso

wäre es irrationell einen Fall, der auf Massage gar nicht reagiren will ad infinitum weiter zu massiren.

Er erkenne an, dass das Lehrbuch v. Th n r e - B r a n d t viel medicin. Ungeheuerlichkeiten enthält.

Den deutschen Klinikern müsse er den Vorwurf machen, dass sie zu wenig pract. Gynäkologie trieben.

In den von ihm massirten Fällen, wo es sich um fixirte Retroflexio gehandelt, habe sich eine Lösung derselben mit Sicherheit nachweisen lassen: — dies durch einen Ring bezwecken zu wollen, wäre höchst irrationell.

Dr. H a c h proponirt: wegen vorgerückter Zeit die Discussion zu vertagen. Die Proposition wird angenommen.

d. z. Secretär: S. K r ö g e r jun.

Sitzung am 20. November 1902.

1) Dr. S e n g b u s c h stellt vor der Tagesordnung 2 Geschwister vor, die er wegen eines seit Jahren bestehenden Herpes tonsurans des ganzen Kopfes mit Röntgenstrahlen epilirt hat. Die Epilation, die beim Mädchen vollkommen gelungen ist — nur ein gesunder Streifen Haar an der Stirnhaut ist geschont worden — besteht jetzt etwas über einen Monat, ohne dass sich die nachwachsenden Haare zeigen, während man beim Knaben beobachtet, wie die Haare am Hinterkopf wiederwachsen, vorn noch vollkommen fehlen. Betont wird die epilirende Macht der Strahlen, die aber nicht bacterienabtödtend wirken, wobei nach Ansicht des Vortragenden, die Haare nach längerer oder kürzerer Zeit wiederkehren.

2) Dr. K e i l m a n n stellt eine Frau mit ihrem Kinde am 12. Tage des Puerperiums vor, die im Februar Zwillinge concipirt hatte und zwar hatte sich ein Ei im Uterus und eins in der linken Tube entwickelt; dieses ist im April festgestellt worden und die gravide Tube mit Laparotomie entfernt worden. Das Tubenei ist etwa hühnereigross und enthält einen der Zeit entsprechend grossen Fötus. (Die gravide Tube wird demonstrirt). Neben der Seltenheit einer solchen doppelten Conception wird vom Vortragenden darauf hingewiesen, dass die Frau mit schlecht compensirter Mitral-

insufficienz eingebracht wurde und die Laparotomie weder die uterine Gravidität, die bis zum rechtzeitigen Geburtstermin ohne Störung bestanden hat, noch das Befinden der Frau geschädigt hat. Sie hat spontan und ohne Complication geboren und befindet sich wohl.

Dr. Keilmann stellt weiter eine Frau vor, bei der er wegen acuter Anämie die rechte rupturirte gravide Tube (Präparat wird demonstrirt) extirpirt hatte; ca. 1 Jahr danach ward dieselbe Frau wieder gravid und zwar entwickelte sich das Ovum nun in der linken Tube. In Folge mit Wahrscheinlichkeit anzunehmender Versuche die vermeintl. uterine Gravidität zu unterbrechen, wurde die Frau inficirt, die gebildete Hämatocele vereiterte und brach durch die Bauchdecken durch, wobei der ca. 5 Cm. lange Foetus durch die Bauchdeckenfistel geboren wurde. Nach mehrmonatlicher Behandlung ist die Frau nun wieder arbeitsfähig. (Der Foetus wird demonstrirt).

3. Discussion über den auf der vorigen Sitzung von Dr. Poorten gehaltenen Vortrag. «Indikation und Erfolge der Massage bei Frauenkrankheiten».

Der Präses richtet sich an die Collegen, welche gynäkolog. Massage betreiben oder betrieben haben mit der Aufforderung, ihre dabei gewonnenen Anschauungen mitzuthemen. Vorliegende Frage sei von weitgehendstem Interesse auch für andere Gebiete ärztlicher Thätigkeit, speciell auch für die Hausärzte. Er fragt sodann Dr. Poorten, ob er in der Lage sei statistische Daten in Betreff der von ihm massirten 300 Fälle zu geben, nur so könne ein Urtheil über das pro und contra gewonnen werden. Was die Mittheilung des Vortragenden: es habe sich oft nur subjective, aber keine objective Besserung nachweisen lassen, anbetrifft, so sehe der therapeut. Erfolg doch sehr nach Suggestionwirkung aus. Dr. Poorten habe seiner Ansicht nach auch zu wenig die Differentialdiagnose zwischen Beschwerden, die auf neurotischer, und solche, die auf anatom. Grundlage entstanden, betont. Bei Fällen der ersten Kategorie könne die Massage doch oft nur Schaden anrichten.

Dr. Poorten (Autoreferat). Genaue statistische Zahlen könne er nicht angeben, da ein grosser Theil der von ihm behandelten Frauen nicht aus Riga wären, und er sie nicht

weiter im Auge habe behalten können, ein anderer Theil aber die Behandlung nicht vollständig durchgeführt habe. Für den freipract. Arzt sei es immer schwierig eine einwandfreie Statistik zu liefern. Das ginge nur gut in grösseren Anstalten. Ein nicht geringer Theil seiner Fälle sei ihm von anderen Collegen zugewiesen und auch von diesen nachgeprüft. Suggestion, wie der Präses sagt, käme hier nicht in Betracht. Es seien thatsächl. Genitalerkrankungen vorhanden gewesen.

Die ganze Frage der nervösen Beschwerden bei Genitalaffectionen der Frauen sei in der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkol. in Berlin am 13. Juni dieses Jahres zur Sprache gekommen.

Im Anschluss an die Discussion nach dem Vortrag von W. A. Freund, hat der Vorsitzende Jaquet constatirt, dass der jetzige Zustand, wo die Nervenärzte sich jeden Beirathes der Gynäkologen entschlagen zu können glauben, einfach unhaltbar sei. Er, Jaquet, habe vor Jahren in der Nervenclinic d. Charité von Westphal selbst Untersuchungen angestellt und häufig bei hysterischen Peri- u. Parametritis gefunden. Bei der Therapie sollen natürlich die Gynäkologen nicht gleich operiren, nur wegen Hysterie, aber die Nervenärzte dürften nicht die gynäk. Behandlung einer unterleibskranken Frau nur aus Rücksicht auf Hysterie zurückweisen. Diese Ausführungen seien mit Beifall aufgenommen worden. Mackenrodt, der selbst Psychiater gewesen, schliesst sich vollkommen dieser Ansicht an. Er habe in solchem Falle mit Tamponaden und Operation gute Erfolge gehabt. Die nervösen Erscheinungen führt Mackenrodt auf den beständigen Schmerz zurück. Mackenrodt schliesst: «Das eine wollen wir aber vom heutigen Abend mitnehmen und in die Oeffentlichkeit tragen, dass es nicht angängig ist, dass weil Hysterie unabhängig von Genitalleiden vorkommt, niemals der Genitalbefund für Hysterie haftbar gemacht werden könne».

Auf die langen Ausführungen des Herrn Dr. Keilmann habe er in der vorigen Sitzung wegen der vorgeschrittenen Zeit nur ganz kurz erwidern können. Er bitte daher um Entschuldigung, wenn er manches wiederholt, doch könne das der Sache nicht zum Schaden gereichen. Für die Nichtgynäkologen der Gesellschaft könne es nach den Ausführungen des Herrn Dr. Keilmann den Anschein haben, als ob die Mas-

sagebehandlung in massgebenden gynäk. Kreisen Deutschlands unter Führung von Olshausen abgeurtheilt und verworfen sei. Herr Dr. Keilmann findet seine, Dr. Poortens Ausführungen subjectiv und wolle sich auf das Urtheil von Autoritäten stützen. Diesem Bedürfniss des Herrn Dr. Keilmann wolle er nachkommen und eine Reihe Autoren nennen, die wohl den Anspruch erheben könnten als Autoritäten zu gelten. Er, Dr. Poorten wollte dabei nicht diejenigen in Betracht ziehen, die speciell über Massage gearbeitet und veröffentlicht hätten, wie Bochornik, Hertysch Knopf, Profenter.

Er halte es für geeignet, die Autoren mit ihren eigenen Worten anzuführen.

- 1) Küstner, p. 144, im Veit'schen Handbuch I B.
- 2) Dührssen. Berl. Klin., 91 p. 1068.
- 3) Pozzi, p. 720, Lehrbuch d. Klin. u. oper. Gynäk.
- 4) Bumm. p. 517, Veit. Handb. Abh. über d. Gonorrh. Affection der weibl. Harn- u. Geschlechtsorgane.
- 5) Rosthorn über d. Erkrankungen des Beckenbindegewebes, Veits Handb.
- 6) Chroback, S. 122. Nothnagel Archiv.
- 7) Schauta, S. 945. Lehrbuch.

Die Gesellschaft könne hieraus ersehen, dass viele Autoritäten eben anders dächten, als Herr Dr. Keilmann das schildere. Diese Autoren liessen die Massage gelten. Zum Theil empfehlen sie sie warm und übten sie selbst.

Herr Dr. Keilmann sei in der vorigen Sitzung gegen die Behandlung des Prolapses mit Massage aufgetreten. Es sei nur daran erinnert, dass der Prolaps unter den Contraindicationen vom Vortragenden aufgezählt sei.

Herr Dr. Keilmann trete gegen die Massage-Behandlung der mobilen Retroflexio auf. Wer habe denn eigentl. davon gesprochen. Er, der Vortragende, nicht. Er habe ausdrücklich von den fixirten Lage-Veränderungen gesprochen. Herr Dr. Keilmann habe auf der vorigen Sitzung gesagt, dass es ihn wie Zauber berühre vom Vortragenden zu hören, dass die Retroflexio eben mit Massage zu heilen sei, nachdem auf dem Leipziger Gynäkologencongress 1897 über hundert namhafte Gynäkologen zusammengewesen seien und über dieses Thema verhandelt hätten und kein einziger überhaupt die Massage

erwähnt habe. Dieses habe Olshausen zum Schluss mit Befriedigung constatirt. Er, Vortragender, stelle fest, dass auf diesem Congress überhaupt nur von der Retroflexio uteri mobilis geredet worden sei. Dieses sei auch nur das Thema gewesen, und von fixirten Lageveränderungen überhaupt nicht geredet worden. Sollte dieses Herrn Dr. Keilmann unbekannt gewesen sein?

In diesem Sinne äussert sich auch Olshausen (Vortrag. führt d. Worte Olshausens an) Piering gegenüber, der sich über die Bemerkung Olshausens betr. die Massage auf dem Congress beklagt. O. sagt, er lasse die Massage bei fixirten Lageveränderungen gelten. Er habe sich nur gegen die Behandlung der mobilen Retrofl. und des Prolapses mit Massage gewandt.

Herr Dr. Keilmann spreche sich für die gewaltsame Trennung nach Schultze aus, und führe die günstigen Erfolge Dittels dafür an. Dr. Poorten fügt zu dem in der vorigen Sitzung von ihm angeführten Fall von Hertzsch und den 27 Fällen von Küstner (von denen 10 mal es nicht gelang den Uterus zu lösen) noch 27 Fälle von Rumpf hinzu. Rumpf konnte diese 27 Fälle in Behandlung und Verlauf beobachten. 15 Mal gelang die Schultze'sche Trennung nicht. Das seien über 50 pCt. 12 Mal gelang sie, aber in 8 Fällen von diesen 12 Fällen haben Uterus und Pessar in kurzer Zeit in Retroflexio gelegen. Nur 4 seien dauernd hergestellt. Ja, das seien über 84 Procent Misserfolg. Dr. Poorten erinnert die Gesellschaft daran, dass Herr Dr. K. darauf aufmerksam gemacht habe, wie auffallend es sei, dass fast in allen von ihm Dr. P. angeführten Krankengeschichten Parametr. vorkomme (beiläufig nur in 5 von 9 Krankengeschichten). Er, Dr. Keilmann, zähle nur 1 pCt. Autoritäten habe Dr. Keilmann allerdings nicht angeführt. Dr. Poorten habe schon in der vorigen Sitzung sich dahin geäußert, dass seiner Ansicht nach die Parametritis nicht so selten, und namentlich mit der Perimetritis häufig combinirt sei. Er, Dr. Poorten, wolle aber der Gesellschaft die Ansicht von Autoritäten über diesen Punkt vorlegen. Dr. Poorten citirt nun wörtlich aus der Arbeit Rosthorns über die Krankheiten des Beckenbindegewebes. Rosthorn äussert sich dahin, dass das Beckenbindegewebe fast regelmässig an den geringsten Veränderun-

gen im Genital selbst theilnehme. Die Residuen derartiger Krankheitsprocesses mit ihren vielfachen Folgeerscheinungen seien es, die W. A. Freund zu dem Ausspruch gedrängt hätten: «Die ganze Gynäkologie stehe in Abhängigkeit von den Veränderungen im Beckenbindegewebe».

Das Beckenbindegewebe sei von keinem geringeren, als Virchow als die häufigste Erkrankungsstelle bei puerperaler Infection erkannt und bezeichnet worden. Virchow habe auch die Bezeichnung Parametritis empfohlen, nicht allein die Fachgenossen, sondern auch viele Frauenärzte schlossen sich dieser Lehre an, (Winkel, Leiden, Olshausen, Schröder, Spiegelberg).

Dr. Poorten constatirt zum Schluss, dass Herr Dr. Keilmann gar keine eigene Erfahrungen in der Massagebehandlung habe, da er selbst keine Massage übe; ferner dass Herr Dr. Keilmann sich auf Autoritäten stützen will, die Ansichten dieser Autoritäten aber subjectiv und lückenhaft referirt habe, dass eine derartige nicht objective Darstellung der über die Massagebehandlung herrschenden Ansichten aber geeignet sei den Nicht-Gynäkologen der Gesellschaft ein ganz falsches Bild von der Sachlage zu geben.

Herr Dr. Keilmann habe in der letzten Sitzung einige Beispiele angeführt, die Auswüchse der Massagebehandlung beträfen, und Curiositäten kämen bei jeder Behandlung vor, dürften aber nicht dem Verfahren zum Vorwurf gemacht werden, sondern nur den betr. Aerzten.

Er, Dr. Poorten, könne, da Dr. Keilmann ausdrücklich betont habe, dass er keinen von ihm d. Vortragenden behandelten Fall unter den betr. 99 Fälle habe, ganz unbefangen darüber urtheilen. Seiner Ansicht nach sei es nicht recht, derartige Fälle als Beweismaterial in einer Discussion zu verwenden.

Dr. Schönfeldt. Die Beziehungen zwischen der Massage und einer durch sie hervorgerufenen Nervenreizung sind von Dr. P. zu wenig berücksichtigt worden. Es ist garnicht denkbar, dass eine durch Monate oder sogar Jahre durchgeführte Massage ohne schädlichen Einfluss auf das Nervensystem bleiben könne. Die von Dr. Keilmann angeführten Fälle gehören auch keineswegs zu den Curiositäten oder Auswüchsen dieser Behandlungsmethode. Seine Sprechstunde wimmelt von

massirten Frauen, — obgleich er nicht glaubt, dass sie alle durch die Massage nervenkrank geworden. Dass die Genitalien in intimeren Beziehungen zum ganzen Nervensystem stehen, als irgend ein anderes Organ, steht ausser Zweifel. Daher manifestirt sich eine Erkrankung des Nervensystems auch mit Vorliebe auf dem Gebiete der Genitalsphäre. Die Annahme vieler Gynäkologen, dass umgekehrt Genitalerkrankungen zu Nervenleiden führen, erscheint ihm irrig, und lässt sich auch durch die beliebte Substituierung von Reflexvorgängen, Irradiation etc. nicht erklären. Daher sind auf diesem Wege erfolgte, günstige Heilerfolge bei Nervenleiden lediglich als Suggestionenwirkung aufzufassen. Dass die betreffenden Frauen ihre nervösen Störungen dem Gynäkologen verschweigen, bringt wohl z. Th. das Gedränge einer Sprechstunde mit sich.

Solange die Frauenärzte keinen genauen Nervenstatus aufnehmen, kann von Individualisierung in der Behandlung auch keine Rede sein. Selbst wenn dies geschähe, wäre oft die Ursache der Beschwerden dennoch äusserst schwierig festzustellen. Leicht wäre es natürlich, wo es sich um einen negativen Genitalbefund handelte. Findet sich aber neben einer nachweislich neuropath. Störung eine geringe lokale Veränderung, so wird die Frage schon schwieriger. Vollends aber, wo es sich um einen unzweideutigen gynäkolog. Tastbefund handelt.

Die Massage wird so ungeheuer viel geübt, dass Redner in seiner Klientel kaum zu fragen braucht, ob — sondern wie lange massirt worden? Er stellt an Dr. P o o r t e n die Frage, ob sich sein Material vielleicht besonders aus den litthauischen Jüdinnen rekrutire, die zum grossen Theil nervös stark degenerirt, auch seine Ambulanz überschwemmen.

Zum Schluss möchte er als Erklärung für die so häufig stattfindende gynäkologische Behandlung nervenkranker Frauen, die für den Gynäkologen naheliegende Versuchung verantwortlich machen: für die langjährigen lokalen Beschwerden auch lokale Ursachen herauszufinden.

Dr. H a c h. (A u t o r e f e r a t). Erlaube ich mir in dieser Frage mitzusprechen, so geschieht es, weil ich, so weit es meine Zeit mir erlaubt selbst Patientinnen massirt und wohl in den Jahren an 1000 Fälle vor und nach der Massage der Controlle unterzogen. Kenne ich auch aus Privatgesprächen

die Ansicht einiger Nervenärzte, so ist hier doch jedem Arzt möglich, seine Ansicht, die für uns, conservative Gynäkologie treibenden Aerzte, wichtig sein kann, zu äussern. Es ist aber schlimm, dass die ärztliche Gesellschaft der Sammelplatz der sich mit Frauenkrankheiten beschäftigenden Aerzte. Mit den Nervenärzten werde ich mich leichter einigen können, als mit einem Frauenarzt, der keine Massage getrieben. — Durch die von Herrn Dr. Keilmann geführte Discussion muss der frei practicirende Arzt irre werden. Seine Discussion richtete sich gegen die Massage, er besprach aber vorherrschend irrig angewandte diagnostische Bezeichnungen. Herr Dr. Keilmann nahm Anstand an der von Herrn Dr. Poorten gebrauchten Bezeichnung Parametritis, die nur in 1 pCt. aller gynäkologischen Leiden bestehen soll — was ich ihm gestützt auf verschiedene Autoren, auch Olshausen, nicht zugeben kann; die Parametritis Dr. Poortens soll eine Perimetritis sein, die Oophoritis eine Perioophoritis; Herr Dr. Keilmann sprach gegen Behandlung des Prolapses durch Massage, der nicht durch Stärkung der oft kaum Muskeln enthaltenden Lig. rotunda gehoben werden kann — eine Behauptung, die von Herrn Dr. Poorten garnicht gemacht.

Herr Dr. Keilmann sprach gegen die Behandlung der Retroflexio ut. mobilis durch Massage — was übrigens weder Herr Dr. Poorten noch sonstjemand in der Sitzung behauptet, er sprach über das Unverständliche der zu- und ableitenden Bewegungen Thure-Brandts, den Herrn Dr. P. mit keinem Worte berührt, von Verdickungen und Strängen, die die Studenten in Breslau zu finden glaubten, die er Dr. K. nie habe finden können; er führte Herrn Geheimrath Olshausen in's Feld, allerdings auch in meinen Augen eine unumstössliche Autorität. der auf dem Leipziger Congress am Schluss der Discussion über Retroflexio seiner Freude Ausdruck gegeben, dass kein Wort von der Behandlung der Retroflexio mit Massage geäussert. Ja, m. H. der Autorität Olshausen's, den ich persönlich zu kennen die Ehre habe, füge ich mich unbedingt: er hat den verschiedensten Gebieten der Gynäkologie die Schlussworte geredet, und zwar mit Ausschlag gebender Stimme, so z. B. gegen die Operationswuth, aber als Olshausen seine Befriedigung auf dem Congress äusserte, handelte es sich nur um die Behandlung

der Uteri mobiles, die kein Mensch und eben so Herr Dr. Poorten nicht mit Massage behandelt. Herr Dr. Keilmann zieht des Geheimrath's Ausspruch vom Congress von 1897 heran, den von 1901 (Centralbl. für Gynäk. 1901, Nr. 3) lässt Dr. K. bei Seite, obgleich Herr Dr. P. manches aus Olshausen's Aussprüchen für die Massage angeführt hat.

Ob nun die von Dr. P. gewählten Bezeichnungen der gynäkologischen Erkrankungen richtig oder nicht, lasse ich dahingestellt und ist es im Augenblick einerlei; Herr Dr. P. hat über den Werth der Massage gesprochen und behauptet, es sei ihm gelungen, mehr oder weniger chronische, gynäkologische Processe, die von anderen Aerzten, mehr oder weniger lange mit den verschiedensten Mitteln behandelt, durch gynäk. Massage geheilt oder gebessert zu haben. Dieses ist festzustellen.

Grundforderung einer gynäkologischen Behandlung ist: Anwendung einer Methode zur Heilung gynäkologischer Leiden, die möglichst schnell zum Ziel führt, bei möglichst geringer Manipulation in oder am Genitale.

Darin werden wir alle übereinstimmen.

Leider sind die gynäk. Leiden hartnäckiger Natur, sie kommen grösstentheils in chronischem Zustande in unsere Hände, und vereiteln dadurch die aufgestellte Grundforderung, und andererseits sind wir mit Mitteln sehr beschränkt.

Die operative Gynäkologie entspricht jener Anforderung, wir dürfen sie aber beim grössten Theil gen. Erkrankungen nicht anwenden, es sei denn, dass wir die Kranken in den besten Jahren verstümmeln (Entfernung d. Tuben, d. Ovarien, des Uterus wegen Oophoritis, Peri-Oophoritis, Salpingitis Perisalp. Lageveränderungen des Uterus) und thäten wir es, das verdickte und entzündete zurückbleibende Beckenbindegewebe liesse oft die Schmerzen fortbestehen. — Schultze's brüske Streckung — wäre wohl nur in besonders geeigneten Fällen anzuwenden, sie ist doch nicht so gleichgültig, wie Herr Dr. Keilmann sie schildert. Prof. Schultze verlangt, dass alles zur Laparotomie bereit sei, wenn man die Streckung ausführen will. Nun meine Herren! auch Geheimrath Olshausen ist gegen die brüske Streckung. Hierher gehört auch die immer noch leider zu viel geübte Abrasio, die nutzlos, wird sie Blutungen wegen gemacht, bei Perime-

tritis und Adnexerkrankungen. — Endlich kann ich die bei Metritis leider oft unnütz geübte Discisio anführen, falls es sich neben Enge des Kanals um Erkrankung des Para-perimetrium handelt.

Also mit dem operativen Eingriff schaffen wir keinen Nutzen, wir müssen zu der alten langwierigen Behandlung schreiten; Bäder, Sitzbäder, Priessnitz, Douchen, Tampons, Globuli etc. Fraglos führt diese Behandlungsmethode in manchen Fällen zum Ziel, falls nicht, bleibt die Kranke krank, da ist es nun die gynäkol. Massage, die nicht selten zum Ziel führt und manche Frauen hier dauernd von ihrem Leiden befreit werden — durch Massage. Die Massage ist ein therapeutisches Hilfs- und Heilmittel bei Behandlung gynäkologischer Prozesse, wir können sie für manche Fälle nicht entbehren oder durch ein anderes bekanntes Heilmittel ersetzen.

Mit dem Aufgeben der Massage setzen wir die Erfolge der gynäkologischen Behandlung um 15—20 Jahre zurück. Herr Dr. Keilmann führt die bekannten Arbeiten von Lomer und Krönig als gegen die Massage gerichtet an. Sie sind von grossem Werth, richten sich aber gegen die Gynäkolog. Polypragmasie, gleichviel wie sie heisst: Reizungen, Pinse-lungen häufige Untersuchungen, so auch Massage, und gegen diagnostische Irrthümer, die die Krankheit mit Unrecht ins Genital verlegen.

Ist aber bei richtiger Diagnose ein chronisches Frauenleiden vorhanden (Para-perimetritis, Perioophoritis, Adhäsionen der Beckenorgane unter einander oder mit dem Becken, und hieraus resultirenden Beschwerden), so tritt nach Versuchen mit erstgenannten Mitteln oder auch gleichzeitig die Massage mit vollem Recht in die Behandlung. Die Massage wirkt in derselben Weise wie lokale Kataplasmen, heisse Douchen, Lokalbäder, nur durch zirkelförmiges Reiben nach Thure-Brandt und durch Dehnen im höheren Grade. Falsch wäre es, wie Herr Dr. Keilmann meint, den todtten Exsudatstrang in gleiche Behandlung zu nehmen; die Massage beginnt im gesunden oder weniger afficirten Gewebe und rückt gegen die kranken Partien vor; der Stoffwechsel muss örtlich gesteigert werden, durch stärkeren Blutzufluss, der die

pathologischen Produkte resorbiren hilft. Nach 5—10 Massagen schwindet bereits nicht selten ein Theil der Beschwerden und Schmerzen. Das ganze Geheimniss der Massage ist aber das: Wie man sie macht.

Die richtige Massage bei richtiger Diagnose bereitet keinen Schaden.

Das Schamgefühl dafür muss und kann vollkommen gewahrt werden. Vor allen Dingen sitzt der Arzt neben der Couchette, auf der die Kranke liegt; nicht mehr aufdecken, als unbedingt nöthig; Haltung der Hand mit der Concavität nach oben, Daumen der linken eingeführten Hand rechts von der rechten Schamlippe. Sollten erotische Erregungen bemerkt werden, so ist sofort die Massage zu unterbrechen, ebenfalls, wenn die Nerven sich irritirt zeigen. Die Nervenärzte möchte ich fragen, ob ein stets bleibender, täglicher Schmerz im Unterleib oder im Epigastrium die Patienten factisch weniger herunterbringen sollte, als eine zeitweilig schmerzhaft Moleste bei der Massage, durch welche jener ganz fortgeschafft werden kann? Nicht die Massage ist es, die die Patientin mitnimmt, der vier Mal wöchentliche Besuch zu bestimmter Zeit ist es, die Störung im Haushaltsleben, das Eilen, Hasten und Warten beim Arzte. Ich erinnere hier an das Nervöswerden durch den fortgesetzten Besuch beim Zahnarzt. Ich habe im Allgemeinen die von den Nervenärzten beobachten Nervenstörungen nicht gesehen, meine, sie sehen zu schwarz. Habe vor Jahren nicht massirt, erst zu massiren angefangen, als ich, hier in Riga von Thure Brandt massirte Patienten wieder untersuchte, konnte arme Patienten, nicht zahlende, nicht weitersenden und fing an zu massiren, da ich mich von dem Nutzen und den Erfolgen überzeugt.

Zum Schluss komme ich auf die Arbeit des Geheimraths Olshausen. O. ist nicht so gegen die Massage, wie Herr Dr. Keilmann es Ihnen schildert, — (C. f. G. 1901 Nr. 3) Olshausen erhebt und mit Recht, warnend gegen das «Zuviel» seine Stimme, wie er das mit Grund gegen die Operationswuth im Allgemeinen und Vaginofixation gethan und dafür können wir ihm dankbar sein. Olshausen trennt Massage und Dehnung, doch dieses, meine ich, mit Unrecht: Massage und Dehnung alter Stränge, gehört zusammen,

führt schneller zum Ziel. O. macht, so viel ich weiss, keine Massage, hat aber selbst Patientinnen Massage empfohlen.

Die Massage, die ich auf einer deutschen Universität von Assistenten und Volontären habe machen sehen, war keine Massage, solche Massage kann kaum Vortheile bringen, sie schadet, nützt aber nicht. — Herr Dr. Keilmann, in Breslau geburtshilflich und operativ reichlich beschäftigt, hat keine Zeit für die niedere Gynäkologie gefunden, die leider auf den Universitäten zu wenig geübt wird. Die niedere Gynäkologie mit Erfolg als pract. Arzt zu üben, dazu gehört aber viel Geduld. Herr Dr. Keilmann machte keine Massage, hat sie nicht geübt, somit versteht er sie auch nicht zu machen. Um Massage mit Erfolg zu machen, gehört Zeit, Geduld und Übung, denn auf's «Wie» kommt es an.

Dr. Gilbert hat 8 Jahre lang Massage geübt, und ist von ihr zurückgekommen. Wie die Wissenschaft sich zu ihr stellt, ist nicht ganz klar ersichtlich, da sich die Autoren nicht nur unter einander, sondern auch die einzelnen sich selbst zu widersprechen scheinen.

In jedem Falle ist eine strikte Indicationsstellung erforderlich, diese aber wird durch die oft wegen Fettleibigkeit oder Schmerzhaftigkeit der Bauchdecken sehr schwierige Untersuchung in Frage gestellt. Oft ist die Diagnose nur in der Narkose möglich. Bei dem Bestreben, dieselbe möglichst genau zu specialisiren, kann der tastende Finger leicht alte Entzündungen irritiren und wieder aufrischen. Ergiebt der Schultze'schen Trennung den Vorzug, da sie bei Beobachtung der nöthigen Vorsicht gar nicht so gefährlich ist.

Wenn auch ein Fall nach jahrelang ausgeübter Massage schliesslich zur Heilung kommt, so muss man sich doch die Frage vorlegen, ob es nicht richtiger gewesen wäre, denselben Effect durch einen einmaligen, allerdings gefährlichen Akt, wie eine Operation, zu erzielen?

Was die durch die Massage hervorgerufene sexuelle Erregung anbetrifft, so haben ihm intelligente und gebildete Frauen wiederholt zu verstehen gegeben, dass eine solche auch bei grösster Vorsicht gar nicht zu vermeiden sei.

Zu den strikten Contraindicationen gegen Massage möchte er auch die Chlorose gezählt wissen (ebenso constituelle Krankheiten).

Dr. Rulle zählt sich zu den Gegnern der Massage. Eine eventuelle Wirksamkeit derselben sei nur so zu erklären, dass sie die gestörten lokalen Circulationsverhältnisse günstig beeinflusse. Dies könne man aber durch andere Massnahmen ebenso erzielen.

Die Massage habe den grossen Fehler, dass sie trotz aller Vorsicht doch das Nervensystem erzeuge und dadurch schädige. Selbst in der so wenig empfindlichen Portio vaginalis befänden sich nervöse Centren, die in Erregung versetzt würden. Er selbst hat sich mit dieser Frage praktisch zu wenig befasst und giebt zu, dass sich in einzelnen Fällen die Massage wohl bewährt habe.

Dr. v. K n o r r e war leider beruflich verhindert, dem Vortrage des Herrn Collegen P o o r t e n beizuwohnen.

Er kann daher auf denselben nicht näher eingehen und beschränkt sich darauf in Kürze seine Stellung zur Massagebehandlung wiederzugeben. Er kann dieses um so kürzer thun, weil er vollständig mit den detaillirten und vorzüglichen Ausführungen des Herrn Dr. K e i l m a n n übereinstimmt die er eben aus einem Autoreferat kennen gelernt hat.

In der Verurtheilung der Massage bei Behandlung mobiler Retroflexionen sieht er keinen Angriff auf die Ansichten des Herrn Dr. P o o r t e n, sondern das Constatiren eines Factums, das auch er während seiner Praxis in Riga hundertfältig gemacht hat, dass hier bei einer ganzen Reihe von Collegen die Ansicht vorherrscht, man könne durch Massage den erschlafften Ligamentapparat wieder kräftigen; eine Frage, die doch durch den Leipziger Gynäkologen-Kongress endgiltig entschieden sein dürfte.

Aus den besonders für eine Massagebehandlung geeignet sein sollenden Affectionen der weiblichen Genitalien möchte Redner die im Beckenbindegewebe, dem Parametrium, gelegenen Entzündungen hervorgreifen; diesen wird von sonst der Massage sehr sceptisch gegenüberstehenden Autoren, eine weitgehendere Anwendung bei subacutem, ja acutem Stadium concedirt. Meiner Ansicht nach mit Unrecht. Es dürfe bei der Parametritis die Massage ebenso wie bei den Bauchfellentzündungen — den — Perimetritiden erst angewandt werden, wenn der Process vollständig abgeklungen und in ein chronisches Stadium eingetreten, d. h. wenn sich Schwarten oder

Bindegewebsstränge gebildet haben, die gedehnt werden können. Es ist dieses vorsichtige Verhalten hier — abgesehen von den erneuten Entzündungen, die durch verfrühtes Massiren heraufbeschworen werden können — durch die Gefahr einer Embolie dringend geboten, die ihren Ursprung aus den Thromben der klappenlosen Venen nimmt, welche die Art. uterina begleiten.

Was die Behandlung der Sterilität, durch die Massage anlangt, so hat Redner den Eindruck, dass aus dieser Indication am meisten Unfug mit der Massage getrieben wird.

Hier wird alles von der normalen Anteflexion bis zu schwersten Veränderungen in den Tuben nach Thurebrandt behandelt, ohne auch ein Mal nach dem Maritus zu fragen. Würde man bei Beurtheilung einer sterilen Ehe mehr d. Mann heranziehen oder er sich mehr heranziehen lassen, dann würden alle die von mir vertretene Ansicht theilen, dass in der grösseren Mehrzahl der sterilen Ehen den Mann die Schuld trifft — jedenfalls mehr als die der Frau oft gar keine Beschwerden verursachenden aber eifrig gedehnten Strängen des Para- und Perimetriums.

Ganz unerlaubt halte ich Massagecuren bei Virgines. Abgesehen davon, dass die richtige Ausführung durch das naturgemässe Schamgefühl mit daraus folgendem Spannen, Pressen unmöglich gemacht wird, wird dadurch der Entwicklung von hysterisch-nervösen Zuständen im stärksten Masse der Boden geebnet.

(Autoreferat).

Dr. Hach. Was die Massage v. Virgines betrifft, so ist er gewiss auch ein Gegner derselben. Er hat sie aber doch gelegentlich anwenden müssen, um der Einlegung eines Ringes vorzubeugen. Gegen Dr. Gilbert muss er bemerken, dass derselbe anfangs auch ein Gegner des Pessars gewesen, von dieser Gegnerschaft aber doch ganz zurückgekommen sei.

Dr. Keilmann weist die nachträglichen Citate des Herrn Dr. Poorten zurück und führt als Beispiel an, dass Herr Poorten auch Küstner als Anhänger der Massage nennt; wenn Küstner im Veit'schen Handbuch der Massage erwähnt, so geschieht dieses, weil die Vollständigkeit des Lehrbuchs dieses erfordert; Küstner kann aber nicht als Anhänger der Massage bezeichnet werden, weil er nach Bespre-

chung der Massage mit den Worten fortfährt «viel rationeller aber ist das Verfahren nach Schultze etc.» Diesen Nachsatz hat Herr Poorten übersehen.

Herrn Hach gegenüber betont Dr. K., dass die Besprechung der Diagnose durchaus zur Sache gehört, weil seiner Ansicht nach oft auf Grund falscher Diagnose massirt wird. Bei einer lange mit Massage behandelten Frau hat K. mit der Punctionsspritze flüssigen Eiter aus einer Pyosalpinx angesogen; hier kann man doch nur eine falsche Diagnose annehmen. Weiter betont K., dass Lomer und Krönig in ihren citirten Arbeiten allerdings nicht gegen die Massage auftreten, wohl aber weisen sie die Schädigung vieler Frauen durch locale Behandlung und insbesondere durch specialistische Polypragmasie nach; dieses giebt ja auch Herr Hach zu — die gynakologische Massage trifft aber vor Allem der Vorwurf localer Polypragmasie. Für die Mehrzahl der Frauen ist der von Mercklin für nervöse Frauen vertretene Standpunkt der richtige, d. h. wo nöthig, soll ein kurzer radikaler Eingriff ein etwaiges gynäkologisches Leiden beseitigen und wenn es zulässig ist, jede Behandlung unterbleiben. Dieser Standpunkt wird auch von Eisenhart mit Berufung auf Mercklin vertreten. Zum Schluss betont Dr. K., dass er sich weniger gegen die gelegentliche wohlindicirte Massage wende, als vielmehr gegen das speciell in Riga zu beobachtende Uebermass und den Missbrauch der gynäkol. Massage; sind ihm doch Fälle bekannt, wo Neubildungen und unter diesen sogar Carcinome mit Massage behandelt worden sind.

(Autoreferat).

Dr. Poorten: Wenn Herr Dr. Keilmann sage; Krönig und Zweifel die kämen garnicht darauf Massage zu üben, dass müsse doch einen Grund haben, und der sei, dass sie in einer hochwissenschaftlichen Atmosphäre lebten, so sei er, Dr. Poorten der Ansicht, dass Dührssen, Chrobak, Schauta, Pozzi und die anderen, die er vorhin wörtlich citirt habe, in einer nicht minder wissenschaftlichen Atmosphäre lebten und doch Massage übten und zum Theil warm empfehlen. Was das Verhältniss der Genitalerkrankungen zu den Nervenleiden anbetrifft, mache er auf eine Arbeit von B. S. Schultze aufmerksam, die im April 1902 in der Monatsschrift für Geburtsh. und Gynäk. erschie-

nen sei. Schmitze theilt darin die Thatsache mit, dass nach Angabe von Hobbs im Londoner Irrenasyl seit 6 Jahren gyn. Untersuchungen angestellt worden seien und die häufig gefundenen Genitalleiden operativ behandelt worden seien. Seit Einführung der gyn. Untersuchung und Therapie stieg die Zahl der als geheilt resp. gebessert entlassenen Frauen von 37,5 pCt. auf 52,7 pCt. ohne vermehrten Zugang rückfällig erkrankter Frauen. Während die Zahl der Männer die frühere blieb, 35 pCt. Jedenfalls sei dieses ein Zeichen, dass Nervenleiden von Genitalleiden abhängig wären.

(Autoreferat).

Dr. Redlich. Der Nervenarzt wird selbstverständlich oft in die Lage kommen, wo begründeter Verdacht auf ein Frauenleiden besteht, den Gynäkologen zu Rathe zu ziehen. Dabei wird vom neurologischen Standpunkte aus immer diejenige Therapie den Vorzug verdienen, die möglichst schnell zum Ziele führt, und die keine protrahirten lokalen Manipulationen erfordert.

Dr. Poorten erwähnte in der Discussion einen auch Redner bekannten Vortrag, laut dessen durch gyn. Specialuntersuchung in einer Irrenanstalt eine grössere Zahl gynäk. Fälle constatirt worden war, die indess zumeist eine operative Erledigung gefunden hätten. Derartige Fälle werden in Irrenanstalten gewiss gar nicht selten übersehen — und das sollte wohl nicht sein — dass aber daselbst die Massage Eingang finden sollte, ist nicht zu erwarten. Auch in von Dr. P. mit Erfolg behandelten Fällen dürfte es äussert schwierig sein den Beweis zu erbringen, dass etwaige dysmenorrhische Beschwerden oder Schmerzen in der Genitalsphäre, bei gleichzeitig vorhandenen geringfügigen lokalen Verdickungen und Schwarten durch Massage und nicht durch den sie begleitenden suggestiven Einfluss oder noch mehr durch eine gleichzeitige roborirende Allgemeinbehandlung geheilt worden. Der Gynäkologe Krönig erkennt an, dass die meisten Dysmenorrhoen, Theilerscheinungen, einer allgemeinen Neurasthenie resp. Hysterie seien, und keiner Lokalbehandlung bedürfen — sie heilen eben einfach meist unter einer Allgemeinbehandlung.

Auf die Eingangspforte, durch welche die Genesungsvorstellung in die Psyche Eingang findet, kommt es dabei nicht an. Der Rhinologe, der Gesundheitsbetreuer, der Neurologe, der Gy-

näkologe können denselben Fall mit gleich gutem Erfolge behandeln und zwar am besten derjenige, dem es gelingt am geschicktesten auf die ganze Lebensführung und Ernährung der Patientin einzuwirken, und der das grössere Zutrauen zu seiner Therapie bei der Kranken anzuregen versteht.

Um sich mit der Psyche eines nervösen Individuums für eine individualisirende Behandlung vertraut zu machen, braucht Redner oft Stunden und Tage, eine viertel Stunde, wie Dr. H a c h meint, sei wohl nicht ausreichend.

Dr. S c h ö n f e l d t möchte hervorheben, dass dem durch die Massage ausgelösten geschlechtlichen Reiz gar nicht die Bedeutung zukomme, wie vielmehr der Thatsache, dass durch die Massage die Aufmerksamkeit der Kranken gerade auf das eine Organ gelenkt, und festgelegt werde. Dies sei viel bedeutsamer.

Dr. S o k o l o w s k i. Wenn Dr. P o o r t e n behauptet, dass Nervenleiden durch gynäkologische Massnahmen geheilt worden seien, so ist zu letzteren die Massage jedenfalls nicht zu zählen. Die hat solches sicher nie gethan. Redner hat in seiner Klientel gleichfalls eine Reihe von nervenkranken Frauen, die ohne Zweifel durch die Massage geschädigt worden. Dr. P. hat die Gefährdung des Nervensystems nicht genügend betont, vielleicht auch übersehen.

Die innere Massage, wie auch z. B. der Coitus interruptus, sind 2 ätiolog. Momente, die bei ganz bestimmten neuropathischen Krankheitsbildern immer wieder auftreten.

Gewiss giebt es auch Frauenärzte, die mit grosser Vorsicht ihr Material auswählen, und die auch bei geringem Verdacht auf nervöse Störungen den Nervenarzt zu Rathe ziehn. Dies könne er z. B. von Dr. H a c h auch nur bestätigen.

d. z. Secretär: S. K r ö g e r jun.

Sitzung am 4. December 1902.

1. D. v. R i m s c h a demonstirt eine Patientin von 20 Jahren aus der Diakonissenhauspraxis, die sich wegen fester Nase und Schnupfen an ihn wandte. Es handelte sich um einen Nasenrachenpolypen von derber Consistenz, der die linke

Seite der Nase vollständig und die rechte Seite zum grossen Theil verlegte. Bei der gewöhnlichen Besichtigung durch den Mund konnte man den Polyp bereits sehen, er reichte ein wenig tiefer nach unten als die Uvula. Vortragender hielt eine Schlingenoperation für aussichtslos und überwies Patientin Collegen von Berg zur Bruns'schen Operation. Zu derselben kam es nun nicht; nach einem missglückten Versuch den Tumor mit der Drahtsäge als Schlinge gedreht, zu entfernen, gelang es Collegen von Berg den Tumor mit den Fingern vom Rachendach abzureissen. Geringe Blutung, rasche vollkommene Heilung. Eine kleine Narbe und ein kleines Zipfelchen am Rachendach links zeigen die Stelle, wo der Polyp seinen Ursprung gehabt hat.

Anknüpfend an diese Demonstration bespricht Vortragender kurz die gebräuchlichsten Methoden zur Entfernung solcher Nasenrachenpolypen.

Directe Methoden: Kalte Schlinge. Man hat immer wieder versucht, mit der kalten Schlinge solche Polypen zu entfernen, doch die gewöhnliche kalte Schlinge die zu Nasenoperationen benutzt wird genügt kaum, da sie zu schwach ist. Ausserdem ist das Anlegen der kalten Schlinge viel schwieriger als man annimmt; es hängt dabei nicht nur von der Grösse, sondern auch von der Consistenz der Polypen ab. Nasenrachenschleimpolypen sind wieder zuweilen viel leichter zu operiren, als es auf den ersten Blick scheint, sie schlüpfen gewisser Massen in die Schlinge und es gelingt zuweilen Schleimpolypen von einer Grösse zu entfernen, von denen man kaum glauben möchte, dass sie die Schlinge passiren konnten.

Galvanocaustik. Vortragender hat keine persönlichen Erfahrungen. Die galvanocaust. Schlinge um den Tumor zu legen, bietet womöglich noch grössere Schwierigkeiten, als die kalte Schlinge. Den Tumor stückweise abzutragen, resp. ihn durch Galvanocaustik zum Schrumpfen zu bringen, davor wird in der Literatur gewarnt, da beim Abstossen des Schorfes es leicht zu starken Blutungen kommt.

Bei vielen Nasen kann der Versuch mit dem Raspatorium resp. mit der Scheere gemacht werden. Auf einen Fall möchte Vortragender hier etwas näher eingehen. Es handelt sich um einen Knaben von 15 Jahren, bei dem die Verhältnisse ganz

ähnlich lagen, wie beim demonstrirten Fall. Nur waren die Nasengänge noch weiter, also für einen directen Eingriff günstiger. Auch in diesem Fall hat Colleze von Berg operirt und zwar mit der Scheere durch die Nase. Die Operation gelang, doch hörte man beim Arbeiten mit der Scheere in der Nase ein einmaliges Knacken. Die spätere Untersuchung ergab, dass es sich um eine Fractur des Septums handelte. Als Patient das Diakonissenhaus verliess, konnte man eine kleine Perforation im knöchernen Theil des Septums constatiren. Dies wäre nun kein grosses Malheur gewesen und in Anbetracht dessen, dass es gelungen war, ohne einen grösseren Eingriff den Tumor zu entfernen, konnte man mit dem Resultat der Operation sehr zufrieden sein. Doch als Patient nach einem Monat sich wieder vorstellte, hatten sich die Perforationsränder nicht gereinigt, ja die Perforation war grösser geworden. Als Patient sich nach einigen Monaten wieder vorstellte, hatte sich der ganze Vomer abgestossen. Dass nun das Resultat der Operation bedeutend ungünstiger beurtheilt werden muss, ist selbstverständlich.

Von den indirecten Methoden, deren sehr viele angegeben sind, geht Vortragender nur auf die gebräuchlichste von Brun s'sche Operation ein. Abgesehen vom grossen Eingriff, starker Blutung, abgesehen von der Narbe und eventuellen Difformität der Nase — beides kann sehr unbedeutend sein — hat Vortragender noch nie nach einer Brun s'schen Operation eine vollkommen gut functionirende Nase gesehen. Das durchschnittene Septum war entweder garnicht oder schief angeheilt, so dass die eine der beiden Nasenseiten nicht frei durchgängig war. Ausserdem meint Vortrg. dass, wenn nach einer Fractur des Septums Abstossungen des Vomer vorkommen, wie referirter Fall beweist, solche auch die Brun s'sche Operation eventl. zur Folge haben könne. V o r t r. selbst habe zwar solche Fälle nicht gesehen.

Aus dem Gesagten geht hervor, dass das Resultat der Entfernung eines Nasenrachenpolypen mit den Fingern in Vergleich zu allen anderen Methoden glänzend genannt werden kann. Natürlich wird es nicht häufig gelingen auf diese Weise einen Tumor zu entfernen — daher die vielen Methoden — doch ist es einmal gelungen, so ist der Erfolg so

schön, dass es wohl angebracht erscheint, auf diese Methode die Aufmerksamkeit zu lenken. (Autoreferat).

Dr. von Rimscha demonstriert noch einen kleinen Tumor der weniger von praktischem Interesse ist, aber der Seltenheit wegen Beachtung verdient. Vor einigen Monaten stellte sich Vortr. ein Herr, 40 a. mit den Beschwerden vor, dass beim Würgen eine Geschwulst von unten in den Mund steige. Die Untersuchung bestätigte in der That die Angaben des Pat. Aus einer Nische der rechten hypertrophischen Tonsille hervorgehend, hing an einem ca. 2 ctm. langen Stiel ein bohnergrosser Tumor, der in seinem Aussehen vollkommen der Tonsille glich. Bei ruhiger Athmung sah man den Tumor nicht, doch beim Würgen stieg er in die Höh' und legte sich neben die Tonsille.

Durch Tonsillotomie erhielt Vortrg. das demonstrierte Präparat: Tonsille mit dranhängendem Tumor. Es handelt sich um einen lymphadenoiden Polypen resp. versprengte Tonsille. (Autoreferat).

Dr. F. von Berg. Er hat von der Bruns'schen Operation Abstand genommen, um den Vomer nicht zu gefährden. Durch das Oeffnen der Scheere kann er leicht zerbrochen werden. Der Versuch die Gigli'sche Säge einzuführen, misslang. Schliesslich glückte es mit beiden Zeigefingern bis an die Schädelbasis vorzudringen, und den hühnerei-grossen Tumor, der einen Zapfen in die linke Nasenhöhle sandte, zu fassen und abzureissen. Er hofft in Zukunft von dieser Methode weiteren Gebrauch machen zu können.

Dr. Voss meint, dass bei dem vorgestellten Falle der ganzen Beschreibung nach doch wohl kaum von der Bruns'schen Operation die Rede habe sein können, da es sich um einen relativ dünngestielten Tumor gehandelt habe. Die Bruns'sche Operation käme doch wohl nur bei den breit aufsitzenden Nasenrachentumoren in Frage. In einem einschlägigen Falle, wo das Umlegen der kalten Schlinge um den weit unter die Uvula herabreichenden Tumor gleichfalls Schwierigkeiten gemacht hatte, konnte mit der Schlinge trotz aller Gewalt der Stiel nicht durchtrennt werden. Da das Instrument sich vollkommen verbog, musste es abgenommen werden. Um aber dem Pat. die Unannehmlichkeiten des Neuanlegens zu ersparen, liess Redner die Schlinge in situ ver-

band die beiden anderen Enden und bestellte Pat. zum nächsten Tage wieder mit der Weisung den Draht ganz in Ruhe zu lassen. Das konnte er oder sein Bruder, der selbst Arzt war, nun nicht thun. Die Schlinge, die vorher hoch oben lag und gar keinen Würgreiz ausübte, wurde nach hinten zurückgeschoben und dann vom Munde aus mit dem Finger zu entfernen gesucht. Das zusammengebundene Ende des Drahtes hatte sich jedoch von vorn an den Stiel gelegt, so dass Pat. das hintere Ende nur bis zwischen die Zähne bekam, wo wohl auch noch gut gezogen worden war, denn es stellte sich eine starke Blutung ein, so dass Pat. nach 6 Stunden wiederkam. Redner hakte mit dem Zeigefinger in die zwischen den Zähnen liegende Schlinge und extrahirte den Tumor mit einem Ruck zum Munde heraus. Die momentane starke Blutung stand bald und war das Endresultat gleichfalls ein ganz freier, durch keinen Stumpf verengter Nasenrachenraum. Eigentlich hatte Pat. somit selbst diesen umgekehrten Weg zur Operation durch seine Manipulationen angegeben. Viel grössere Schwierigkeiten bereiten dem Umlegen der Schlinge harte Fibrome des hinteren Muschelendes. Dieselben waren in zwei Fällen, die Redner zu selten Gelegenheit gehabt hat, entweder mit dem hinteren Septumrande verwachsen. oder stemmten sich hier so an, dass ein Umlegen einer Schlinge ganz unmöglich war. Es konnte über und unter dem Tumor durchgeführt werden, aber nicht um ihn herum. Diese Tumoren haben aber eine besondere Eigenthümlichkeit. Es sind fast weisse knorpelharte Fibrome, die ihrem Mutterboden scheinbar sehr fest aufsitzen, aber bei Anwendung von Gewalt ohne jegliche Blutung einfach von ihrer Basis abbrechen. Ob sie recidiviren, kann Redner nicht sagen, da er die Patientinnen nicht wiedergesehen hat. Hier hat sich die Entfernung nur mit Hilfe des Zeigefingers ausführen lassen. Diese Methode wird wohl als roh vom reinen Specialisten in Verruf gethan werden, in der Praxis liefert sie aber in vereinzelt Fällen wirklich gute Resultate. (Autoreferat).

2 Dr. B o r n h a u p t den onstrirt einen Mann, der am 15. Nov. c. eine Stichverletzung in den Bauch erlitten, und nach Verlauf von 10 Stunden in verwehrlostem Zustande ins Krankenhaus aufgenommen wurde. Aus der Wunde war eine 215 cm. lange Dünndarmschlinge vorgefallen, dieselbe von Staub und

Schmutz dermassen verunreinigt, dass an eine Säuberung derselben garnicht zu denken war. Es wurde daher zur Resection derselben geschritten. Die Heilung erfolgte tadellos. Bemerkenswerth ist, dass der Murphy-Knopf erst am 20. Tage abgesetzt wurde, was sonst meist nicht später als am 11. Tage zu geschehen pflegt. Die Ausschaltung eines so grossen Darmstückes hat keinerlei Schädigung in der Ernährung des Kranken hervorgerufen, nur macht sich jetzt ein deutlich gesteigertes Essbedürfniss geltend; ferner sind die Stuhleentleerungen öfter und reichlicher als früher.

Nach den bisherigen Beobachtungen sind 3 Meter wohl das Aeusserste, was ohne Schaden resecirt werden kann.

Dr. von Bergmann. Die Inanitionerscheinungen treten häufig erst spät ein: in einem von ihm beobachteten Falle erst in der zweiten Woche. Derselbe endete am 26. Tage letal. Ein ähnlicher Fall ist auch von französischer Seite publicirt worden.

Dr. Vierhuff weist auf die Stoffwechselversuche Albu's hin, nach denen ein Drittheil des Dünndarmes ohne Schaden resecirt werden könne. Dies würde im Durchschnitt 2 Meter betragen.

Dr. Bornhaupt: Albu's Versuche stehen in einem gewissen Widerspruche zu den Kukala's, der durch Stoffwechselversuche an Operirten zu dem Schlusse kam, die Grenze für die Gefahr der partiellen Darmausschaltung durch Resection höher zu verlegen, als nach den Thierexperimenten Albu's zu erwarten wäre.

v. Bergmann: Vor Allem kommt es auf die Länge des Darmes beim betreffenden Menschen an. Dieselbe ist nicht unbedeutenden Schwankungen unterworfen; 2—3 Meter müssen zum Mindesten zurückbleiben; geschieht das, so können auch grosse Darmresectionen ohne Schaden vertragen werden.

F. v. Berg: Der Chirurg befindet sich im entspr. Falle in einer Zwangslage: er kann sich durch obige Gesichtspunkte nicht leiten lassen, sondern wird in jedem einzelnen Falle soviel vom Darne reseciren, als die Nothwendigkeit es unbedingt erfordert.

v. Bergmann: Wenn der Chirurg nicht mit Bestimmtheit annehmen kann, dass dem Pat. mindestens 2 M. Darm verbleiben, so muss er auf die Radicaloperation, durch die der

Kranke ja unrettbar verloren wäre, verzichten, und eine conservirende Therapie riskiren.

3. E. d. S c h w a r z stellt eine 21-jährige Jüdin aus Ponewesh vor. Dieselbe hatte während ihres Aufenthaltes im Stadt-Krankenhanse die Erscheinungen des Ileus hystericus dargeboten, und ist jetzt geheilt.

Pat. war bis kurz vor ihrer Aufnahme angeblich immer gesund gewesen. Im letzten Halbjahr hatte sie eine Schwester, die an den Erscheinungen einer inneren Einklemmung zu Grunde ging, monatelang gepflegt. Ihre Mutter war 6 Jahre früher angeblich unter denselben Erscheinungen gestorben.

Pat. erkrankte plötzlich mit Erbrechen, Auftreibung des Leibes, Ausbleiben von Stuhl und Flatus. Dieser Zustand schwand nach einer Woche, um sich aber bald in gleicher Weise zu wiederholen. Dies spielte sich mehrere Mal in einem Monate ab. Am 16. August 1902 wurde sie unter solchen Erscheinungen in die chirurg. Abtheilung des Krankenhauses gebracht. Dort constatirte man in der linken Inguinalgegend eine geblähte Darmschlinge. Am 17. Juli wurde von v. B e r g m a n n die Laparotomie ausgeführt. Dabei stellte sich heraus, dass 2 narbige Stränge vom linken Ovarium her durch das Mesenterium der Flexur gezogen, und dessen Beweglichkeit behinderten. Die Fusspunkte der Flexur waren einander aber nicht genähert, auch bestand nirgend eine Knickung. Die Stränge wurden operativ entfernt. Danach völliges Wohlbefinden. Bald aber fing Pat. an über Schmerzen in der Operationsnarbe zu klagen, es trat mehrfach Erbrecher ein; Stuhl und Flatus blieben aus. Dennoch konnte per Klysma immer Stuhl erzielt werden. Da trat am 27. August Kothbrechen auf. Da nebenbei auch spontaner Stuhl erfolgte, so wurde Pat. als hysterisch in die Nervenabth. übergeführt. Dort verblieb sie vom 3. bis zum 12. September. In dieser Zeit zeigte sich unter Ausbleiben von Stuhl und Flatus wiederholt Erbrechen von flüssigen und festen Kothmassen. Pat. wurde wieder in die chir. Abth. zurückgeschickt, da an die Möglichkeit eines mechanischen Darmhindernisses neben Hysterie gedacht wurde.

Dort blieb Pat. bis zum 17. September unter denselben Erscheinungen. In dieser Zeit wurde einmal an einem erbrochenen Skybalon ein deutlicher Abdruck, wie von Verbandgaze beobachtet. Ferner ergaben gleich nach dem Brechakt vorge-

nommene Magenspülungen, stets eine klare, geruchlose Spülflüssigkeit. Als man nun Pat. die wahrscheinliche Genesis ihres Ileus nahe legte bekam sie einen Tobsuchtsanfall und musste in die Isolirabtheilung gebracht werden.

Von dort kam sie am 27. September wieder in die chirurgische Abtheilung zurück. Im Ganzen war 23 Tage lang kein Stuhlgang beobachtet worden. Dann erfolgte ein solcher nach Klystier. Nachdem bis zum 5. October keine spontane Entleerung stattgefunden hatte, man aber bei leerer Ampulle vom oberen Theil des Rectum her Skybala mechanisch entfernen konnte, so wurde Pat. wieder in die Nervenabtheilung übergeführt.

Vortragender hatte Pat. gleich nach ihrer ersten Aufnahme in die chirurg. Abtheil. gesehen, war dann mehrere Wochen von Riga abwesend, und sah sie wieder, als sie sich in der Isolirabtheilung befand. Beide Mal gewann er den Eindruck einer schweren Hysterie und möchte überhaupt das ganze Krankheitsbild unter diesen Gesichtspunkt gebracht wissen.

Ogleich die in der chirurg. Abtheilung gemachten Beobachtungen den Verdacht einer Simulation sehr nahe legen, so müsse nach Ansicht des Vortragenden — auch für den Fall, dass Pat. wirklich die erbrochenen Skybala vorher verschluckt haben sollte — ihre Handlungsweise mehr als Folge einer Suggestion, als Simulation im gewöhnlichen Sinne aufgefasst werden. Zu welch unverständlichen Handlungen gerade die Suggestion die Menschen führen könne, gehe z. B. aus einzelnen Hexenprozessen früherer Zeiten zur Evidenz hervor. Die angeblich analogen Erkrankungen von Mutter und Schwester haben nun thatsächlich Pat. die Möglichkeit für eine solche geboten. Auch in der chirurg. Abthl. hat sie Gelegenheit gehabt über Köthbrechen zu hören. Diese äusseren Momente verbunden mit dem benommenen Zustande, in dem sie sich zeitweilig befand — und der dem durch Hypnose erzeugten Somnambulismus völlig gleichkam — können entschieden für jene an sich ungeheuerlichen Handlungsweisen verantwortlich gemacht werden.

Auch an die Möglichkeit eines wirklichen durch Antiperistaltik hervorgerufenen Ileus müsse gedacht werden. Dafür spräche vor Allem die auffallend grosse Menge des Erbrochenen, wie sie durch Verschlucken kaum möglich wäre. Das

Vorkommen antiperistaltischer Darmbewegungen bei Hysterie wird von den Autoren anerkannt, und durch neuere experimentelle Versuche von Kirstein und Mühsam bestätigt.

Die Mitwirkung anatomischer Ursachen — wie sie nach dem Operationsbefunde eventuell angenommen werden könnten — möchte Vortragender völlig ausgeschlossen wissen, da einerseits der Ileus erst nach Beseitigung des praesumptiven Hindernisses auftrat, anderseits aber wieder schwand als eine rein psychische Therapie zur Anwendung kam. Letztere bestand vorherrschend in der Fernhaltung aller schädlichen Suggestionen. Während dieser Zeit liessen sich keinerlei hysterischen Erscheinungen objectiv feststellen. Das Kothbrechen hatte aufgehört; überhaupt schwanden binnen Kurzem alle krankhaften Symptome.

Patientin hat mittlererweile 40 Pfund zugenommen, ist frisch, fröhlich und arbeitsam. (Auszug aus einem Autoreferat).

Hampeln macht auf das ausserordentlich Interessante dieses Falles aufmerksam, da er in die verschiedensten medicinischen Disciplinen hineingreife. Ihm selbst ist ein ähnlicher nie begegnet.

v. Bergmann: Für die Diagnose der Darmverschliessung stehen uns noch zu wenig sichere Anhaltspunkte zu Gebote — und doch muss man handeln, um den günstigen Zeitpunkt nicht zu verpassen.

In vorliegendem Falle befand sich links über dem Lig. Poupartii eine deutlich palpable Darmschlinge, die sich von Zeit zu Zeit tetanisch blähte. Dies schien für ein Hinderniss im Darm beweisend. Dass gleichzeitig schwere Hysterie bestehe, ist von Anbeginn in Rechnung gezogen worden — es wurde unter anderen auch an Koprostase, wie sie gerade bei Hysterischen oft vorkommt, gedacht.

Bei der Operation zeigte sich ein unerwartetes Bild: die Fusspunkte beider Flexurenschenkel waren einander nur wenig genähert, die Scülinge selbst zeigte nirgend eine Knickung. Von den Ovarien her verliefen aber 2 narbige Stränge quer durch das Mesenterium der Flexur, die seine Beweglichkeit illusorisch machten.

Nach Beseitigung derselben schienen alle Darmbeschwerden geschwunden. In diesem Falle musste unbedingt operirt werden, um den günstigen Moment nicht zu verpassen, obgleich

der spätere Verlauf der Krankheit allerdings auch eine andere Deutung, als die ursprüngliche, zulässt. Aus dem Grunde können solche Fälle auch einer ersten Operation nicht entgehen — vor einer zweiten wird man sich aber hüten. Was das Kothbrechen betrifft, so kann darunter nie die Entleerung von Dickdarminhalt verstanden werden, es sei denn, dass derselbe mit solchem des Dünudarmes vermischt ist. Letzteres ist in der chirurg. Abtheilung niemals der Fall gewesen.

Es ist anzunehmen, dass Pat. den Koth nur in den Mund genommen, nicht herunter geschluckt habe. Dafür spricht der Umstand, dass die unmittelbar nach dem Brechacte angeführte Magenspülung keinerlei kothigen Beimengungen, sondern klare Spülflüssigkeit ergab. Sehr auffallend war ferner die Beobachtung, dass sich an einigen der entleerten Kothballen Abdrücke von Verbandgaze fanden.

Ed. Schwarz: Autoren, wie Briquet, Hoorweg und A. haben den Nachweis geliefert, dass Dickdarminhalt schon nach 12 Minuten erbrochen werden könne. Danach könnte es sich in diesem Falle in der That um wirkliches Kothbrechen gehandelt haben, so unglaublich es auch erscheinen mag.

Redlich hat in Abwesenheit Schwarz als sein Stellvertreter den Fall in der Nervenabtheilung beobachtet, und möchte dazu Folgendes bemerken:

Er giebt zu, dass unter der Beobachtung Bergmann's Kothbrechen simulirt worden sei. Was sich aber in der Nervenabtheilung abgespielt, sei doch etwas anders gewesen. Dort zeigten die erbrochenen Kothmassen die verschiedensten Stadien der Darmverdauung. Dies ist nicht nur von ihm, sondern auch von Kieseritzky, der sich seiner Auffassung durchaus anschliesst, in der Isolirabtheilung constatirt worden. Es hat sich hierbei wahrscheinlich um wirklichen hysterischen Ileus, basirend auf abnormen peristaltischen Verhältnissen, gehandelt. Die Antiperistaltik wird, gestützt auf Thierexperimente, in der That von vielen Autoren anerkannt.

Vierhuff: Unter den deutschen Klinikern gilt die Unmöglichkeit Dickdarminhalt zu erbrechen wohl als herrschende Meinung.

Was die Antiperistaltik betrifft, so ist ihr Vorkommen von Hemeter einwandfrei nachgewiesen worden. Doch handelt es sich dabei immer um wandständige Peristaltik. Wismuth z. B.,

in den Dickdarm gebracht, mischt sich nicht mit dem Koth sondern gelangt wandständig in den Magen. Dass feste Skybala in derselben Weise, ohne sich mit dem Dünndarminhalte zu mischen, wandern sollten, ist schwer anzunehmen — auch der Pylorus würde die Passage verhindern.

Ein ähnlicher, allerdings sich milder abspielender Fall ist von ihm im Diakonissenhause beobachtet worden. Da war das Sensorium anfangs schwer benommen — als es sich aufgehellt hatte, zeigten sich unzweideutige Erscheinungen von Hysterie.

v. Bergmann: Die enorme Spannung im Dickdarm kann nicht für die Erklärung einer Antiperistaltik herhalten. In jedem Falle hätte sich aber auch Dünndarminhalt im Erbrochenen zeigen müssen. Dies ist aber sicher damals nicht der Fall gewesen. Die vorher erwähnten Gaze-Abdrücke scheinen doch noch am meisten Licht über diesen dunklen Fall zu verbreiten.

Voss hält den Fall in Bezug auf die Operation wie auch die Diagnose für interessant. Wenn Bergmann sagt: «Der ersten Operation entgehen solche Kranke nicht, vor der zweiten wird man sich hüten», so illustriert dies die Unvollkommenheit der Diagnose in Bezug auf die Mesenterialschrumpfung.

Eine Hysterica sollte doch nicht operirt werden. In der Otiatrie sind auch eingreifende Operationen z. B. bei Mastalgien üblich, doch gleichfalls mit Unrecht.

Keilmann: Bei derselben Kranken lag zugleich eine Retroflexio uteri mobilis vor. Man dachte daran die Darmerrscheinungen als von ihr abhängige Reflexneurose zu deuten man vermutete eine eventuelle Verlegung des Rectum.

Eine locale Behandlung wurde von ihm abgelehnt, und der Rath ertheilt Patientin den Genitalbefund zu verheimlichen.

v. Bergmann: Voss übersieht, dass es sich in diesem Falle thatsächlich um eine Mesenterialschrumpfung gehandelt. Ob ein nervengesunder Mensch mit demselben localen Befunde zur Operation gekommen wäre, ist eine andere Frage. Er möchte es allerdings bezweifeln.

v. Broeker fragt, ob es sich im vorliegenden Fall um einen acuten oder chronischen Zustand gehandelt habe?

v. Bergmann: Um einen chronischen mit acuter Verschlimmerung. Vor der Operation hatte kein Kothbrechen stattgefunden.

Hampeln: Es kommt oft vor, dass eine Vortäuschung schwerer Symptome dem Chirurgen das Messer in die Hand nöthigt.

Ob dieser Fall nothwendig in diese Kategorie gehört, ist noch fraglich. Oft werden *Ulcera rotunda* vorgetäuscht.

Die Frage, ob es sich um *Ileus spasticus* oder Darmverschluss handelt, ist oft schwer zu entscheiden. In einem Falle von **Sadler** ergab die Operation einen negativen Befund. Daher ist die Frage, ob dennoch *Ileus spasticus* vorgelegen, unentschieden. Dieser Fall liegt ja aber anders.

Gegen **Bergmann** bemerkt **Redner**, dass auch ohne Dünndarmbeimengungen Koth erbrochen werden könne. Dies sei möglich erstens, wenn der Dünndarm leer ist, dann aber auch dadurch, dass die Kothballen wandständig in den Magen gelangen.

In vorliegendem Falle mag es sich um zweierlei: wirkliches Kothbrechen und Simulation, gehandelt haben.

v. **Bergmann** stellt an **Redlich** die Frage, ob er nach einem Brechakte den Magen habe spülen lassen. (Dies wird verneint). Dann fehle ein wichtiges Beweisstück. Das Kothbrechen könne dann ebenso gut vorgetäuscht sein.

Redlich: Bei dem von ihm und **Kieseritzky** beobachteten Erbrechen handelte es sich um so grosse Massen, um so häufige Wiederholung des Brechaktes, dass an der Herkunft des Kothes aus dem Magen gar nicht zu zweifeln ist.

d. z. Secretär: **S. Kröger jun.**

Sitzung am 18. December 1902.

1. Dr. **Wolfertz jun.** demonstriert einen von ihm operierten Fall von otitischem Grosshirnabscess: 3-jähriger Knabe erkrankt an Scharlach, in den ersten Tagen links Mittelohreiterung. In der 4. Woche wird die Eiterung profus, Temperaturanstieg. Eröffnung der Mittelohrräume. Aus einer Fistel am Dach des Felsenbeins links fliesst Eiter; Freilegung und Entleerung eines fast hühnereigrossen Abscesses im linken Schläfenlappen. Abscesshöhle am 9. Tage geschlossen, Temp. vom 12. Tage an normal. Retroauriculäre Plastik 5 Wochen nach

Operation. Heilung 7 Wochen nach Operation. Ausser Veränderungen am Augenhintergrunde keinerlei Symptome aufgetreten.

(Autoreferat.)

Dr. A. v. Zur-Mühlen. Es kommt in der That gelegentlich vor, dass Gehirnabscesse ganz unerwartet bei einer Operation gefunden werden, da sie sich durch gar kein daraufhin zu beziehendes Sympton verrathen haben.

Vor einigen Monaten wurde ein etwa 12-jähriger Knabe zu ihm gebracht mit der Angabe, dass einige Monate zurück auf der rechten Seite eine nur kurz dauernde Eiterung bestanden hätte; die hätte dann aufgehört und der Knabe wäre vollkommen gesund gewesen, bis plötzlich ganz unerwartet hinter dem Ohre sich Röthung und Schwellung gezeigt hätten. Der Knabe war vollkommen wohl und munter, hatte keine Kopfschmerzen, keine Schwindelerscheinungen, kein Fieber, keine Lähmungen, überhaupt nichts was auf eine Eiteransammlung im Gehirn hätte hinweisen können. Der Gehörgang war aber vollkommen zugeschwollen, sodass ein otoskopischer Befund nicht aufgenommen werden konnte. Aus den Schilderungen und dem vorliegenden Befunde zog Bedner den Schluss, dass, wie es nicht selten bei der weniger intelligenten Bevölkerung geschieht, der Ohrenfluss, wenn auch in vermindertem Grade fortbestanden hatte, aber übersehen worden war, und dass die Schwellung der Weichtheile des Gehörganges zu einer Retention und Empyem des Warzenfortsatzes geführt hatte. Er dachte aber so wenig an ein tiefer gehendes Leiden, dass er die Operation nur mit Assistenz einer Schwester vornahm, welche die Narkose leitete. Gleich nach Spaltung und Zurückschieben der Weichtheile nach hinten und oben wurde er eines besseren belehrt, indem aus zwei etwa Notizbuchbleifederdicken, zackigen Oeffnungen der Knochentafeln der mittleren Schädelgrube der Eiter in bedeutender Menge pulsatorisch vorgetrieben wurde. Nach ausgiebiger Entfernung der Knochen mit der Lühr'schen Zange lag ein Hirnabscess von bedeutender Ausdehnung vor. Die angrenzenden Hirnpartien waren schwärzlich missfarben und zerfressen. Die Operation konnte glücklich zu Ende geführt werden, die Abscesshöhle wurde mit Jodoformgaze tamponiert und die Weichtheile durch Nähte verkleinert. Die Hei-

lung ging ohne Zwischenfälle glatt von statten und nach wenigen Wochen konnte der Knabe entlassen werden. Er hat sich noch vielfach zur Kontrolle vorgestellt, und Redner konnte sich von seinem guten Wohlergehen noch kürzlich überzeugen.

(Autoreferat.)

2. Dr. A. von Zur-Mühlen. Meine Herren! Ich erlaube mir Ihnen folgenden interessanten Fall vorzustellen. Es handelt sich bei der Frau A. H. 56 a. um ein Aneurysma der rechten Arteria carotis interna. Patientin kam am 9. October 1902 in meine Sprechstunde mit Klagen über continuirliches Sausen im rechten Ohre. Die Anamnese ergab, dass sie im Januar 1902 heftig auf den rechten Hinterkopf gefallen war, eine Stunde etwa bewusstlos gelegen hatte, worauf sich heftiges, den ganzen Tag anhaltendes Erbrechen einstellte. Darauf fühlte sie sich vollkommen wohl bis zum Sommer. Ohne Vorboten trat plötzlich im rechten Ohr ein Sausen auf, welches ununterbrochen anhält und die Kranke belästigt. Weitere Erkundigungen ergaben, dass Pat. seit 1863 verheiratet ist, viele Male abortiert hat, und dass ihre zwei noch lebenden Töchter an hereditär luetischen Affektionen leiden. Diese Anamnese liess an die Möglichkeit einer cerebralen Ursache des Ohrensausens denken, vielleicht im Sinne von Aneurysmenbildung, und als ich mit dem Stetoscop den Kopf auskultierte, konnte ich in der That überall gleich stark ein deutliches systolisches Blasen vernehmen. Wurde die Carotis communis mit dem Finger komprimiert, so verschwand die subjektive Empfindung des Ohrensausens vollkommen, während objektiv über dem Kopf das Sausen, wenn auch bedeutend schwächer, noch gehört wurde. Zuweilen scheint es auch vollständig zu verschwinden. Das Gehör ist vollkommen normal, ebenso ergibt die Stimmgabelprüfung normale Verhältnisse.

Was die Aneurysmen der basalen Hirngefäße anbelangt, so dürften sie im Allgemeinen vielleicht nicht so gar selten sein. Hoffmann in Wien hat bei seinen gerichtsarztlichen Sektionen im Laufe von 20 Jahren 70 Fälle beobachtet. Der Grund der seltenen Diagnosenstellung liegt wohl darin, dass sie zum Theil gar keine Symptome machen, und dass der Träger sich seines gefährlichen Zustandes selbst gar nicht bewusst ist. Platzt ein Aneurysma und stirbt der Kranke

mehr oder weniger schnell, so lautet die Diagnose «Apoplexie» und über das ursächliche Moment wird selten weiter nachgedacht. In anderen Fällen sind Beschwerden vorhanden, doch oft scheinbar so wenig mit einem Aneurysma in Zusammenhang zu bringen, dass diese Möglichkeit weiter garnicht in Betracht gezogen wird. In noch anderen Fällen verbirgt sich das Aneurysma unter den Erscheinungen eines Gehirntumors; diese Diagnose wird gestellt und Arzt und Patient beruhigen sich damit.

Eine Form der Aneurysmenbildung jedoch geht mit so prägnanten Symptomen einher, dass es kaum übersehen werden kann, und zwar ist dieses das Aneurysma arterioso-venosum der Carotis cerebialis, während ihres Verlaufes im Sinus cavernosus. Herr College Siegmund ist in der Lage, soeben einen derartigen Fall aus seiner Praxis vorstellen zu können und will ich daher in der Schilderung nicht vorgreifen.

Die Aneurysmen kommen in allen Lebensaltern vor, als ätiologisches Moment wird meist ein Trauma angegeben. Die Therapie ist im Allgemeinen auf Fernhalten aller Schädlichkeiten, welche die Ruptur des Aneurysma hervorrufen oder beschleunigen könnten, gerichtet. Bei den rupturirten Aneurysmen der Carotis im Sinus cavernosus wird mit Erfolg die Ligatur der Carotis communis gemacht und will ich dieselbe in dem von Dr. Siegmund vorgestellten Falle auch vornehmen. Ueber den Erfolg werde ich in Zukunft berichten.

(Autoreferat).

3. Dr. Siegmund demonstirt einen Fall von Aneurysma arterio-venosum im Sinus cavernosus:

Meine Herren! Die Patientin, die ich hier Ihnen eben vorstelle, ist 24 Jahre alt und leidet an ihren Beschwerden seit 14 Jahren. Dieselben bestehen in äusserst heftigen Kopfschmerzen, auf der rechten Seite, die einen sehr quälenden Charakter annahmen und welche vom Beginn ihrer Entstehung an bis jetzt erfolglos behandelt worden sind. Anamnestisch weiss Pat. anzugeben, dass sie nach einem Seebade in Dieppe bei starkem Wellenschlage sehr heftiges Kopfweg bekommen habe und seit jener Zeit sei dasselbe in überaus heftigen Attacken, «die ihren Kopf oft ganz nach rechts für viele Stunden gezogen hätten» stets wiedergekehrt. Ausserdem höre sie

beständig und vorzugsweise rechts ein Rauschen und Brausen im Kopf. Die Intervalle zwischen den einzelnen Attaquen seien gewöhnlich ziemlich beschwerdefrei. Das sind also die subjektiven Empfindungen der Patientin.

Bei objektiver Betrachtung fällt Ihnen sofort der beiderseitige Exophthalmus auf, der lebhaft an einen Basedow erinnert; die venösen Blutgefässe der die Lider umgebenden Theile sehen Sie beträchtlich erweitert. Beim Anlegen der Hand auf die Augäpfel fühlen Sie, besonders auf der rechten Seite eine geringe Pulsation, die am deutlichsten und stärksten an den Gefässen hinter dem rechten Ohr wahrnehmbar ist: der aufgelegte Finger fühlt dort einen dicken schwirrenden Strang. Auch das rechte Ohrläppchen macht jede Pulsationswelle mit und wird mit einem deutlich sichtbaren Stoss emporgehoben. Beim Anlegen des Ohres oder des Stetoskops hört man überall am ganzen Kopfe (rechts aber immer stärker wie links) und auch über dem geschlossenen Auge ein kontinuierliches Schwirren und Brausen.

Diesem Syptomencomplex dient als häufigste Ursache ein Aneurysma arterio-venosum, das gewöhnlich durch Zerrei-sung der Carotis innerhalb der Sinus cavernosus entsteht. Das Blut der Carotis ergiesst sich unter hohem Drucke in den Sinus cav., in Folge wessen die in denselben einmündenden Venen der Orbita sehr stark erweitert resp. zur Pulsation gebracht werden können.

Herr Dr. v. Krüdner hatte auf meine Bitte hin die Liebenswürdigkeit den Augenbefund aufzunehmen, über dessen interessante Resultate, die den Ort des cerebralen Aneurysma's genau localisieren liessen, er Ihnen sofort referieren wird.

(Autoreferat).

Dr. H. Baron Krüdner. Aeusserlich haben wir es hier mit einem Krankheitsbilde zu thun, welches den Ophtalmologen unter dem Namen pulsierender Exophthalmus bekannt ist. Der Bulbus prominirt und lässt sich durch langsamen Druck reponieren, die Venen der Lider sind kolossal gefüllt und geschlängelt, die aufgelegte Hand fühlt ein Schwirren, und mit dem Stetoskop nimmt man über dem Auge ein kontinuierliches Brausen wahr, nahezu ebenso stark wie an den Kopfknochen. Die häufigste Ursache dieses Symptomencomplexes ist nachgewiesenermassen ein Aneurysma der Carotis,

infolge einer Ruptur derselben im Sinus cavernosus. Wir haben aber noch mehrere Anhaltspunkte, welche uns gestatten den Sitz der Affektion zu lokalisieren: es besteht eine links seitige homonyme Hemiopsie und hemiopische Pupillenreaktion. Homonyme Gesichtsfelddefekte beruhen stets auf einer Störung oberhalb des Chiasma, zudem besteht wie gesagt hemiopische Pupillenreaktion. Somit liegt die Leitungsunterbrechung diesseits der Stelle, wo die Okulomotoriusfasern zu ihrem Kerne abgehen, also im Traktus. Wäre der Lichtreflex erhalten, so müsste die Läsion weiter nach oben verlegt werden. Da die Traktus über dem Sinus cavernosus verlaufen, so ist der Sitz des Aneurysmas im Sinus cavernosus noch sicherer präcisiert. Die Venen, welche ihr Blut direkt durch die Venae ophthalmicae in den Sinus führen, sind hier mächtig gestaut, während eine Störung des venösen Abflusses aus der Iris nicht besteht, da dieser durch die Venae faciales fortgeleitet wird. Ophthalmoskopisch ist beiderseits die Abblassung der rechten Pupillen-seiten vorhanden und das Fehlen des Venen-Pulses bemerkbar.

Im übrigen Arterien und Venen stark gefüllt, die Venen um ein Geringeres dunkler, als dieses normaler Weise der Fall ist

(Autoreferat.)

Dr. Stavenhagen stellt an Dr. Siegmund die Frage ob bei dem von ihm vorgestellten Falle über die Entstehungsursache Etwas bekannt sei? Ferner ob der Exophthalmus plötzlich oder allmählich entstanden sei? (Auf beide Fragen antwortet Dr. Siegmund, dass darüber Nichts bekannt sei) Redner weist darauf nun hin, dass für die Entstehung einer Hemianopsie immer ein langsamer Verlauf Bedingung sei. Solche Fälle seien überhaupt sehr selten. Vor Jahren wurde ein ihm bekannter Fall mit pulsierendem Exophthalmus durch Operation geheilt. Kann in diesem Falle das Geräusch durch Kompression der Carotiden zum Schwinden gebracht werden?

Dr. Siegmund: Das Geräusch schwindet durch Kompression nicht. Was die Unterbindung der Carotis betrifft, so ist dieselbe in England schon im Jahre 1805 von Travers gemacht worden — es trat jedoch in diesem Falle bald ein Recidiv ein. Der erste Sektionsbericht stammt von Nelaton. Es scheint, dass Frauen, und zwar besonders gravide häufiger erkranken, als Männer. Die häufigste Ursache ist wohl in einem erhöhten

lokalen Blutdrucke. durch körperliche Anstrengung veranlasst, zu suchen.

Heilung ist bisher wohl nur durch Operation erzielt worden; die Versuche, eine solche durch Kompression der zuführenden Gefässe zu Stande zu bringen, sind ohne Erfolg geblieben.

Dr. Mandelstamm I. möchte dem Exophtalmus in diesem Falle wenig Bedeutung beimessen, da er doppelseitig ist. Seiner Ansicht nach, handelt es sich hier nur um vorstehende Bulbi.

4. Dr. v. Knorre hält seinen angekündigten Vortrag: «Ueber vaginalen Kaiserschnitt».

Vortragender verfügt über zwei Fälle von vag. Kaiserschnitt. die er im Verlauf des letzten Jahres bei Karzinom mit Schwangerschaft auszuführen Gelegenheit hatte. Es handelte sich um Graviditäten im VIII. bez. IX. Monat der Schwangerschaft und wog das eine Kind 1100, das 2-te 2238. Beide Kinder wurden lebend extrahiert, jedoch liess sich das eine wegen Lebensschwäche (1100 gram.) nicht erhalten, das andere gedieh gut und wurde 3 Wochen nach stattgefundener Entbindung mit der Mutter gesund entlassen. Was das Karzinom anlangt, so handelte es sich im 1. Falle um ein Portiokarzinom von Wallnussgrösse — die Parametrien vollkommen frei — im 2. Fall um ein sehr vorgeschrittenes Cervixhöhlenkarzinom, welches den ganzen Cervixkanal absolut verschloss, und bis an den inneren Muttermund hinaufreichte. Die Parametrien waren hier besonders rechts schon stark infiltriert.

Bezüglich der Technik der Ausführung folgte Vortragender ganz den Vorschriften Dürrsen's, und konnte die der Operation nachgerühmte elegante Ausführbarkeit bestätigen. Blutungen wurden nicht beobachtet, vielleicht daher, weil die Ligamente provisorisch durch Umstechungen versorgt worden waren.

Die Extraktion der Kinder wurde in beiden Fällen am vorliegenden Kindsteile — ein Mal an den Füßen, im 2. Fall mittelst Forceps am vorliegenden Schädel vorgenommen; im letzteren Falle stellten sich dem Forceps keinerlei Schwierigkeiten in den Weg, weil die vordere Uteruswand bis hoch in's Corpus hinauf gespalten worden war.

Nach Entfernung des karzinomatösen Uterus sammt Adnexen erfolgte in beiden Fällen eine exakte Peritonealnaht. Die Rekonvelescenz war in beiden Fällen eine tadellose — die zweite Pat. z. B. konnte am 18. Tage nach der Entbindung m ärztl. Verein vorgestellt werden. Der erste Fall stellte sich 9 Monate post. Op. vor und war noch rezidivfrei. — (Der Vortrag erscheint in einer Fachzeitschrift in extenso).

(Autoreferat).

Dr. Keilmann weist darauf hin, dass man noch eine Behandlungsart erwähnen kann, die bei Gravidität, die mit Karzinom der Cervix kompliziert ist, in Anwendung kommen könnte, d. i. die Einleitung der Geburt und nach Ausstossung des Foetus die sofortige Exstirpation des puerperalen Uterus. Er habe dieses Verfahren in einem Falle angewandt zu einer Zeit, als Dührssens Publikation eben erschienen war und noch keine weiteren Fälle bekannt waren. Etwa 10 Stunden nach Einleitung der Hystereuryse konnte das Kind extrahiert werden, und ca. 3 Stunden danach exstirpierte er den Uterus. Die Gravidität hatte den IX - X Monat erreicht. Das Kind blieb leben, die Mutter starb ca. 4--5 Wochen nach der Operation infolge einer Darmblutung, als deren Ursache die Sektion ein embolisches Dünndarmulcus ergab. In einem zweiten Falle lag ein weit vorgeschrittenes Karzinom vor, bei dem die Geburt bereits im Gang war und spontan vor sich ging. Das Kind war klein und starb bald an Lebensschwäche. Das Karzinom war inoperabel.

In einem dritten Falle endlich hat K. im VII. Monat der Gravidität den Dührssen'schen Kaiserschnitt gemacht und die sofortige Exstirpation des Uterus angeschlossen. Obgleich die Frau mit starker Blutung ankam und hochgradig anämisch war, entschloss er sich zur Operation, weil die Tastung freie Parametrien ergab. Die Frau starb jedoch am Tage nach der Operation.

K. hat im Ganzen nur in den vorbeschriebenen 3 Fällen Komplikationen von Gravidität mit Karzinom gegenüber gestanden und im ersten und dritten Falle sich überzeugt, wie überraschend leicht die Exstirpation des eben entleerten Uterus ist. Es scheine ihm nach den bisher vorliegenden und seinen eigenen Erfahrungen nicht mehr zweifelhaft, dass die Indikationsstellung und Therapie, die Herr von Knorre in

den mitgetheilten Fällen zur Anwendung gebracht, heutzutage bei Uteruskarzinom intra Graviditatem die einzig richtige sei, und die guten Erfolge fordern unbedingt zur Nachahmung auf.

Dr. H a c h : Der klassische Kaiserschnitt müsste doch zum selben Ziel führen. Was die Bezeichnung «Kaiserschnitt» im ersten von Dr. K n o r r e referirten Falle anbetrifft, so sei dieselbe in Anbetracht der Kleinheit des Foetus (1100 Grm.) vielleicht nicht ganz richtig gewählt.

Dr. P o o r t e n : Nach den Ansichten vieler Autoren sind die mit Gravidität combinirten Karzinome noch mehr zu Rezidiven geneigt, als sonst. Er selbst hat Prof. W i n t e r in Königsberg bei einer Dührssen'schen Operation assistiert. Alles ging scheinbar sehr gut von Statten, bald jedoch schon trat Rezidiv ein.

In Rücksicht auf das Leben des Kindes empfiehlt es sich, die Ligaturen im Parametrium erst nach Extraktion desselben anzulegen — weil sonst leicht zuviel Zeit darauf gehe.

Dr. K e i l m a n n verweist noch zum Schluss auf die Anamnese der beiden Fälle des Herrn v. K n o r r e ; in beiden Fällen hat ärztliche Beobachtung stattgefunden und der Rath zur Operation ist spät ertheilt worden. Winter habe neuerdings (Verh. d. Deutsch. Ges. für Gynäcologie) wiederum betont: nicht in der Erweiterung der Operationstechnik, sondern in der möglichst frühzeitigen Operation liege die Möglichkeit der Krebsheilung; dieses müsste auch bei uns immer wieder betont werden. Von mehr, als 60 Karzinomfällen, die er beobachtet, hätten kaum 30 überhaupt noch operativ in Angriff genommen werden können, und von diesen sei kaum einer, der sicher rechtzeitig operiert sei. Alle sind zu spät gekommen und viele sind lange behandelt worden, ohne dass die Operation gerathen wäre. Diese traurige Thatsache als Mahnung zu erwähnen erlaube er sich, trotzdem sie nicht zum vorliegenden Thema gehöre.

Dr. v. K n o r r e empfiehlt den vaginalen Kaiserschnitt, gerade, weil derselbe nach erfolgter That, wieder ganz normale Verhältnisse ergibt und daher für den Fall, dass sich eine nicht zu beherrschende Nachblutung einstellen sollte, in der leicht ausführbaren Totalexstirpation das sicherste Mittel bildet, das Leben der Frau zu retten — hier ist die Total-

exstirpation entschieden bedeutend ungefährlicher, als die früher geübte Abtragung des Corpus uteri nach Porro.

Die Anwendung des vaginalen Kaiserschnittes bei Eklampsie hält er gelegentlich, besonders als Konkurrenzoperation dem klassischen Kaiserschnitt gegenüber für geboten, da er letzterem gegenüber die bedeutend geringere Gefährlichkeit voraus hat, vom Fehlen von Bauchbrüchen etc. etc. ganz abgesehen. Er findet seine Ansicht unterstützt durch Bumm, der im letzten Hefte des Centralblattes 5 einschlägige Fälle berichtet. Ob das Bossische Dilatorium den vaginalen Kaiserschnitt bei Behandlung der Eklampsie in allen Fällen wird ersetzen können, ist zunächst noch nicht zu entscheiden, da zu wenig Beobachtungen vorliegen.

Herrn Dr. Hach gegenüber möchte er anführen, dass die Bezeichnung «vaginaler Kaiserschnitt» bei anderen Autoren für noch frühere Schwangerschaftsmonate gewählt worden ist. Bumm führt unter seinen Fällen einen solchen an, wo das Kind nur 850 grm. wog. Was die Blutung bei Ablösung der Blase anlangt, so war eine solche gering oder jedenfalls durch provisorisch angelegte Kocher'sche Klemmen leicht zu beherrschen.

Herrn Dr. Poorten gegenüber möchte er auf die schlechte Prognose des Karzinoms überhaupt, besonders aber des Karzinoms in der Schwangerschaft hinweisen. Dass in seinem 2. Fall das Rezidiv bald zu erwarten ist, glaubt er bestimmt ohne vag. Kaiserschnitt wäre aber die Frau intra partum gestorben; sein 2. Fall ist bis dato 9 Monate ohne Rezidiv geblieben, wie lange aber auch hier letzteres auf sich warten lassen wird, ist zur Zeit nicht bestimmbar.

Die Ligierung der Ligamente hat auf's Leben des Kindes keinen Einfluss gehabt, beide wurden lebend geboren; das erste starb, wie angeführt an «Lebensschwäche», es wog nur 1000 gramm. Auch die meisten übrigen Autoren haben keine Schädigung der Kinder beobachtet.

(Autoreferat).

5. Dr. Burchard stellt einen 32-jährigen Kranken mit Huntington'scher Chorea vor, bei dem die charakteristischen Symptome deutlich ausgeprägt sind. Die Krankheit begann vor c. 6 Jahren mit geringen charakteristischen Bewegungen, die sich allmählich verstärkend, schliesslich fast

den ganzen Körper ergriffen haben; die Balbusmuskeln sind wie gewöhnlich bei der degenerativen Chorea, verschont. Intendierte Bewegungen können gut ausgeführt werden, der Einfluss des Willens unterdrückt deutlich die choreatischen Zuckungen; früher galt dieser Umstand als typisch für die degenerative Chorea, doch hat schon Charcot darauf hingewiesen, dass man genau dasselbe auch bei den chronischen Formen der gewöhnlichen Chorea findet. Die Patellarreflexe sind von seltener Intensität, die motorische Kraft der Muskeln etwas herabgesetzt. Am Beginn der Erkrankung traten Charakterveränderungen auf, der Patient wurde böse und streitsüchtig; allmählich litt die Intelligenz und augenblicklich besteht deutlicher Schwachsinn und vermindertes Gedächtniss.

Der Vater des Patienten starb 45 a. n., und hatte in den letzten Lebensjahren an Chorea gelitten, die Mutter ist an Diabetes gestorben; eine Schwester des Patienten ist geisteskrank, eine 2. Schwester ist, 29 a. n., gestorben, nachdem sie im 19. Lebensjahr an Chorea erkrankt und in Anschluss daran eine sich ganz allmählich entwickelnde, immer zunehmende Geistesschwäche aufgetreten war; der Sohn des Patienten leidet seit einem halben Jahr an choreatischen Zuckungen. Nachdem Burchard verschiedene differenzialdiagnostische Momente hervorgehoben, betont er in Folgendem die Gründe, die dafür sprechen, dass wir es hier nicht mit einer chronischen Form der gewöhnlichen Chorea zu tun haben: In erster Linie kommt der familiäre Charakter der Erkrankung in Betracht; dann das Alter, in dem die Erkrankung auftrat; ferner der Beginn der Erkrankung, die nicht akut oder subakut auftrat und erst späterhin schleppend wurde, sondern die von Anfang an einen langsamen und schleppenden Verlauf hatte; schliesslich ein weiteres entscheidendes Moment: der unaufhaltsame progressive Verlauf der Erkrankung und die Abnahme der geistigen Fähigkeiten.

Burchard schliesst sich den Autoren an, die Huntington'sche Chorea als selbstständige Krankheit ansehen, die mit der gewöhnlichen Sydenham'sche Chorea nichts, als nur die choreatischen Bewegungen gemein hat und betont, dass jetzt nur wenige Autoren der Charcot'schen Auffassung huldigen, dass die Huntington'sche Chorea nur eine Abart der gewöhnlichen chronischen Chorea sei. Die

pathologisch-anatomischen Befunde, die in letzter Zeit von Oppenheim und Hoppe, Kronthal und Kalischer, Facklam, Gravitz etc. geschildert wurden, haben nicht wenig dazu beigetragen, die Huntington'sche Chorea als selbstständige Krankheit anzuerkennen und zwar als eine Gehirnkrankheit, bei der chronisch-neuropatische Prozesse zur Atrophie der Rinde führen. — Die post- und praehemiplegische Chorea, die angeborene Chorea bei den verschiedensten Gehirnerkrankungen, die Chorea bei der progressiven Paralyse, die hysterische und die infektiöse Chorea, sie sind alle durch die verschiedensten Ursachen bedingt, die nur das Gemeinsame haben, dass sie einen speziellen Reiz, sagen wir auf eine choreogene Zone des Gehirns, ausüben und deutlich ein gleiches Symptom, die choreatische Bewegung erzeugen. Denn diese ist nur ein Symptom und daher ist es mit Genugthuung zu begrüßen, dass aus der grossen Gruppe der Krankheitsfälle, die unter der Diagnose «Chorea» segeln, wieder ein Theil ausgeschieden ist, der eine spezielle Krankheit repräsentiert, die Huntington'sche oder die degenerative Chorea.

(Autoreferat).

Dr. Behr. Im Gegensatze zu der Wollenberg'schen Darstellung der Huntington'schen Chorea, wie dieselbe hier in der Gesellschaft von Herrn Kollegen Burchard vertreten wurde, empfehle es sich daran zu erinnern, dass auch gegenteilige Anschauungen in der Literatur laut wurden, welche in der H'schen Chorea keine selbstständige Krankheitspecies erblicken, so vor Allem Charcot und neuerdings Jolly in der Darstellung dieses Gegenstandes in dem Handbuche von Ebstein und Schwalbe.

Die für die H'sche Chorea geltenden Charakteristika sind bei ihr einerseits nicht konstant, andererseits kommen sie auch bei der Sydenhamschen Chorea vor. So ist vor Allem die Heredität für die H'sche Krankheit keineswegs charakteristisch. Ebenso ist nicht erwiesen, dass infektiöse Ursachen bei ihr nicht mitspielen.

Schliesslich hat auch die bei der H'schen Chorea auftretende Verblödung weder klinisch, noch pathol.-anatomisch etwas Spezifisches an sich. Sie kommt bei der anderen Form ebenso vor.

Die pathol. Anatomie vor Allem ist noch nicht exakt genug, um von sich aus eine Krankheit sui generis zu creiren. Die Franzosen gehen darin entschieden viel zu weit.

Nach allen diesen Ueberlegungen müsste man die Krankheit nur als besondere Verlaufsart der alten Chorea auffassen.

Wegen drängender Zeit wird die weitere Diskussion verschoben.

6) Dr. Keilmann hält seinen angekündigten Vortrag über «Chorioepitheliom».

Vortrag. demonstriert Präparate von einem Falle von Chorioepithelioma und zwar den Uterus mit einem wallnussgrossen Tumor, Scheidenmetastasen und die eine von erbsen- bis bohnengrossen Metastasen durchsetzte Lunge.

Die Kranke wurde am 26. Mai 1902 in seine Abth. aufgenommen. Pat. war 48 Jahre alt, hat 5 Mal geboren und war 25 Jahre verheiratet. Im IX. OI hat Pat. sich für gravid gehalten und glaubt abortiert zu haben, wonach 2 Monate Blutung bestand. Nach einer Operation (Abrasio?) hatte die Blutung sistiert, um nach 2 Monaten wiederum zu erscheinen und 2 Wochen zu dauern, danach trat wiederum eine Pause von Monaten ein, dann aber blutete Pat. bis zur Aufnahme durch etwa 4 Wochen.

Status: hochgradige Anämie (Hämoglobingeh. = 45%) Uterus vergrössert (Cavum 12 Cm.) Cervix offen. Von der vorderen Wand ausgehend ein wallnussgrosser Tumor mit zerklüfteter Oberfläche; neben der Blutung besteht reichlicher übelriechender Ausfluss.

Das Alter der Frau und einige Nebenumstände veranlassten die Annahme eines Abortes abzulehnen und ein verjauchtes Myom anzunehmen, welches die reichlichen und unregelmässigen Blutungen zu erklären sehr wohl im Stande war. Da Temperatursteigerungen bestanden, wurden zunächst Uteruspülungen vorgenommen und als nach Ablauf von 2 Wochen der Ausfluss nachgelassen hatte und die Temp. normal war, wurde nach sorgfältigem Verschluss des os ext. der Uterus total extirpiert. Die Wundheilung erfolgte ohne Störung; (höchste Temp. 37,4 am 8. Tage).

Der exstirpierte Uterus wog 240 gr.; an der vorderen Wand fand sich der getastete, vollständig nekrotische Tumor, und in der stark verdickten Wand eine Anzahl intramuraler, kleiner Knötchen, die Myomstruktur zeigten und keine Nekrose aufwiesen. Das mikroskop. Präparat aus der centralen nekrotischen Partie des Tumors ergab: einzelne kernlose Muskelfasern, sonst nur Blut, Leukocyten und einige hyaline degenerierte Zellen. Die Pat. wurde wesentlich erholt (spec. Gew. d. Blutes 1051; Hämoglobingeh. nach Fleischl. 65%) entlassen.

Am 20. Juni 1902 wurde die Frau wiederum, im hohen Grade anämisch und aus der Scheide blutend, aufgenommen. Es fand sich in der Scheide ein bohnergrosser, scheinbar aus Granulationsgewebe bestehender Tumor, der exstirpiert wird; die mikroskop. Untersuchung ergibt ein typisches Chorioepithelium. Obgleich die Pat. über Schmerzen im Becken klagt, konnte eine weitere Metastase nicht nachgewiesen werden.

Est am 5. October stellte sich Pat. wiederum vor und zwar wegen heftiger Schmerzen im linken Bein und leichter Blutung aus der Scheide. Unmittelbar über dem Introitus finden sich wallnussgrosse, blaurothe Tumoren z. Th. mit zerfallener Oberfläche und eine Anzahl in der Tiefe sitzender harter Knoten. Statt näherer Beschreibung sei auf die getreue Darstellung solcher Scheidentumoren in Hübl's Monographie verwiesen. Trotzdem die Operation nun keine Aussicht auf Heilung bot, wurden diese Tumoren doch exstirpiert. Die Schmerzen im Verlauf des Ischiadicus blieben bestehen. 10 Tage nach Entfernung aller in der Scheide nachweisbarer Knoten bildeten sich an der Harnröhrenmündung neue, die dann zusehends wuchsen und bald zerfielen; die Schmerzen im Bein wurden immer heftiger und der Allgemeinzustand verschlechterte sich rapid. Am 20. October 1902 trat der Exitus ein, nachdem sich kurz vorher gering blutiggefärbtes Sputum gezeigt hatte, ohne dass sonst etwas an der Lunge hätte nachgewiesen werden können. Die Autopsie ergab als Erklärung der heftigen Ischiasschmerzen die Thatsache, dass der N. Ischiadicus an der Austrittsstelle aus dem Becken von einem metastatischen Tumor umwachsen war. Die Lungen waren von erbsen- bis bohnergrossen Knötchen total durchsetzt.

(Mikroskopische Präparate werden aus verschiedenen Tumoren in der Versammlung demonstriert.)

Aus der Literatur referiert Vortragender genauer über die Publikationen von Schlagenhauer (Wiener Klin. Wochenschrift 1902) und Hübl. (Ueber das Chorioepithelium etc. Wien. Sept. 1903).

(Autoreferet).

Wegen vorgerückter Zeit wird die Diskussion verschoben.

D. z. Secretär: S. Kröger jun.

Sitzung am 15. Januar 1903.

I. Fortsetzung der Diskussion über den Vortrag Dr. Burchard's «Ueber Huntington'sche Chorea».

Dr. Burchard: Herr Dr. Behr hatte sich auf der vorigen Sitzung gegen mich gewandt, weil ich die Huntington'sche Chorea als selbstständige Krankheit, als Krankheit sui generis dargestellt hatte. Ich muss trotzdem die Berechtigung zu dieser Darstellungsweise aufrecht erhalten. Ich möchte gleich betonen, dass ich in meinem Vortrage schon angeführt hatte, dass einzelne Autoren, z. B. Charcot die genannte Krankheit nur als eine chronische Form der gewöhnlichen Chorea ansehen, die Ansicht der grossen Mehrzahl der Autoren spricht jedoch für meine Auffassung. Im Eichhorst'schen Lehrbuche, im Oppenheim'schen Werke über Nervenkrankheiten, im Nothnagel'schen Sammelwerke ist die Krankheit als vollkommen selbstständig dastehend geschildert. Die berühmtesten Nervenärzte teilen diesen Standpunkt, so Hitzig, Möbius, Schlesinger, Jendrassik, Wollenberg etc. Charcot hat seine Ansicht 1886 geäussert, zu einer Zeit, wo noch nicht genügend Beobachtungsmaterial und pathologisch-anatomische Befunde vorlagen; sein Schüler Huet und Professor Jolly mit seinem Schüler Zinn sind jetzt eigentlich die einzigen namhaften Vertreter der Charcot'schen Anschauung. Herr Dr. Behr hat in der vorigen Sitzung die Gründe angeführt, die gegen

die Selbstständigkeit der Huntington'schen Chorea sprechen sollen. Ich habe in meinem Vortrage mit Absicht die Motivierung und Gegenüberstellung der gegenteiligen Ansichten nicht gebracht, weil ich der Ansicht war, dass ein solches Vorgehen über den Rahmen in dem ein Vortrag in der hiesigen Gesellschaft stehen soll, hinausgeht; da jedoch Dr. Behr die Jolly'schen Gründe angeführt hat, so halte ich mich jetzt auch für berechtigt, die Gründe der Gegenpartei vorzubringen. Die Unterschiede zwischen der Sydenham'schen und der Huntington'schen Chorea sind folgende: die erstere befällt vorzugsweise das jugendliche Alter, die zweite Erwachsene; die Huntington'sche Chorea zeigt ausgesprochene Heredität, die Sydenham'sche hat eine gänzlich andere Aetiologie, sie beruht wahrscheinlich auf Infektion, worauf schon ihr häufiges Auftreten nach Rheumatismus, Masern, Scharlach etc. hindeutet, ihre häufige Kombination mit Endocarditis. Die Huntington'sche Chorea ist unheilbar, progressiv, beginnt schleichend und ist exquisit chronisch. Die Sydenham'sche Chorea ist heilbar, gutartig, beginnt meist akut oder subakut. Die psychischen Störungen bei ersterer zeigen eine degenerative Tendenz, sind chronisch und betreffen hauptsächlich die intellektuelle Sphäre, bei der zweiten dagegen handelt es sich meist um vorübergehende Seelenstörungen, die nicht zur Verblödung führen und den Eindruck von Intoxikationsdelirien machen. Schliesslich finden wir bei der Huntington'schen Chorea stets wiederkehrende einheitliche pathologisch-anatomische Veränderungen, wie bei der gewöhnlichen Chorea vermisst werden. Das sind, scheint mir, Unterschiede genug. Wir haben aber auch chronische Formen der gewöhnlichen Sydenham'schen Chorea; ging eine solche aus einer akuten Form hervor, so ist die Sache klar; entwickelte sie sich aber von vorn herein chronisch, so muss der Verlauf derselben, die stete Progression, die Art der Geistesstörung zur Differenzialdiagnose herangezogen werden; ich will nicht bestreiten, dass hier Fälle vorkommen können, wo eine solche unmöglich wird. Es kommen aber chronische Formen der Chorea bei den verschiedensten organischen Gehirnerkrankungen vor, wie nach Kinderlähmung, bei Tumoren, Cysten, bei der Paralyse, bei post- und praehemiplegischer Chorea, bei Arteriosklerose des Gehirns

etc. Hier ist die Chorea lediglich ein Symptom, das durch Reizung einer choreogenen Zone zu Stande kommt, und ich glaube, dass wohl weder Charcot, noch Jolly diese Chorea mit der Sydenham'schen identifiziert haben. Aus dieser grossen Gruppe der chronischen Chorea-Formen kann man nun eine grosse Anzahl von Fällen absondern, die alle etwas Gleiches und Gemeinschaftliches haben, das sind die Fälle, die wir als Huntington'sche Chorea bezeichnen. Man findet bei ihnen gleiche Aetiologie, gleichen Verlauf, dieselben pathologisch-anatomischen Veränderungen. Und daher sind wir berechtigt, dieser Gruppe Selbstständigkeit zuzusprechen.

(Autoreferat).

Dr. Behr: Wenn man die Kasuistik der H.'schen Chorea durchgeht, so kommt man zu folgenden kritischen Ergebnissen:

I. Die pathol.-anat. Befunde sind zu widersprechend, um für die Systematik verwertet werden zu können.

So konstatierte Weidenhammer (cf. Verh. d. Neurologen und Irrenärzte zu Moskau — Neurolog. Ztrbl. 1901. p. 1161) bei einem Falle von H. Chorea eine Encephalitis chron. hämorrhagica diffusa, und sah in diesem Befunde eine Bestätigung derjenigen Anschauung, die obige Krankheit mit anderen diffusen Erkrankungen des Zentralnervensystems wie progr. Paralyse und Dementia senilis in Parallele setzt.

Stier (cf. Neurolog. Ztrbl. 1902 p. 910) spricht in seinem Falle von einer embryonalen Entwicklungsanomalie, und nimmt sogar eine primäre Wucherung der Glia an.

Kekaval und Raviart (cf. Psychiatr. Wochenschr. Nr. 43, 1901 und Arch. des Neurolog. Vol. IX. 1900) nahmen hauptsächlich eine Veränderung der Neuroglia an, obgleich bei ihren Präparaten das Versagen der Weigert'smethode keine genaue Deutung zulassen konnte.

Ladame (cf. Ztrbl. f. Nervenheilk. und Psychiatr. 1901, p. 566. und Arch. der Neurolog. Vol. IX.) fand in einem Falle ausgesprochene Entwicklungsanomalien des Gehirns, wie Asymetrie der Hemisphären, Zweiteilung der Boland'schen Furche, Vorhandensein von 4 Stirnwindungen etc. und sieht in diesem Befunde ein anatomisches Stigma hereditarium der nervösen Zentren, und glaubt hiermit den familiären, heredi-

tären und degenerativen Charakter der Krankheit erklären zu können.

Der eine Autor findet also entzündliche Veränderungen des Zentralnervensystems, der andere embryonale Entwicklungsanomalien, der dritte Gliaveränderungen, der vierte versteigt sich in die Phantasie eines anat. Stigma hereditarium. Bei solcher Divergenz der Anschauungen sei es jedenfalls ausgeschlossen aus dem anat. Bilde ein Urteil zu gewinnen und anatom. Befunde als Belege für die Existenz einer distinkten autonomen Krankheitsspezies heranzuziehn und zu bewerten.

II. Auch die klinische Betrachtung der H. Chorea ergibt gleichfalls kein einheitliches Bild dieser Erkrankung. Denn in ihrem Verlaufe sind alle verschiedenartigsten Formen der psych. Störungen beobachtet worden: wie paranoide Zustände, Verwirrtheit, Neigung zu zornigen Affekten etc. Ja es sind sogar Fälle sicher beobachtet worden, in welchen die Kranken in intellektueller Beziehung völlig intakt blieben (Löwenfeldt).

III. Es ist nicht gelungen zu beweisen, dass die Bewegungsstörungen bei der H. Chorea sich wesentlich von denen bei den chron. Formen der Sydenham'schen unterscheiden. (Cf. Jolly: Handbuch der praktischen Medizin von Ebstein und Schwalbe Bd, IV).

IV. Was die Aetiologie betrifft, so ist gleichfalls die vorwiegende Bedeutung der Erbllichkeit nicht erwiesen. Vielmehr sprechen viele Momente, besonders die Tatsache, dass gerade die arme Bevölkerung von der Krankheit bevorzugt wird, entschieden für die Möglichkeit infektiöser Einflüsse.

V. Diese vermeintliche Erbllichkeit ist schliesslich das Einzige, was der Krankheit eine selbstständige Existenz einzuräumen scheint. Und in der Tat sind die Stammbäume von choreatischen Familien sehr frappant in Bezug auf das häufige Auftreten dieser Krankheit. Dennoch folgt daraus keineswegs die Berechtigung aus diesem häufigen Auftreten in bestimmten Familien eine besondere Krankheitsspezies zu konstruieren.

In ähnlicher Weise giebt es Familien, die durch Generationen von der Taubstummheit bes. keimgesucht werden, wie andere bekanntlich von der Tuberkulose. Dennoch wäre es

irrig daraus besondere Formen der Taubstummheit resp. Tbk. abzuleiten.

Redner glaubt daher, dass die Erblichkeit als solche nicht ausreicht, um eine neue Krankheitsspezies aufzustellen, und von den übrigen abzusondern. Ueberhaupt das Aufstellen von einer Krankheitsspezies auf Grundlage von Stammbäumen erscheine ihm prinzipiell falsch. Die Genealogen lehren uns: nicht mit Stammbäumen, sondern mit Abnentafern, welche beide Elternpaare gleichmässig nach aufwärts umfassen, zu operieren *).

Die Aerzte sind im Allg. viel zu leicht bei der Hand aus Stammbäumen einzelner Familien Degeneration und degenerative Erkrankungen abzuleiten. Der Begriff der Degeneration, welcher unter der Herrschaft eines einseitigen Darwinismus entstanden war, müsste vielmehr von dem Begriff der Variation abgelöst werden.

Wir müssten dem Beispiel der biolog. Wissenschaften folgen, und untersuchen, in welchen Grenzen sich gewisse Veränderungen bewegen — ehe wir von Degeneration sprechen. Ebenso müssten wir die verschiedenartigsten Ausdrucksformen der Krankheiten erkennen und studieren, ehe wir uns entschliessen neue Krankheitsspezies zu konstruieren.

VI. Wie schwankend der Begriff der H. Chorea trotz der Arbeiten von Wollenberg und Faklam, wie unsicher die Autoren selbst sind, dafür bietet die Literatur manigfache Beispiele.

Besonders auffallend ist diese Unsicherheit in einigen Besprechungen und kritischen Betrachtungen über familiäre Nervenkrankheiten.

Margulies beschrieb einen «Beitrag zu den Uebergangsformen zwischen Friedreich'scher Ataxie und Hérodotauxie cérébelleuse von Marie (cf. Neurolog.-Ztrbl. 1902). Der Referent Haenel erklärt die Krankheit — offenbar verführt durch die gleichartige Erblichkeit — schlankweg als H. chorea, obwohl der Autor selbst nicht in der Lage war eine präzise Diagnose zu stellen.

*) Doch würden — abgesehen von den Herrscherfamilien und einigen Adelsgeschlechtern — doch nur wenige Familien solche Abnentafern aufstellen können.

Aehnlich ist es auch Unverricht ergangen, dessen Fälle von Myoklonie Schultze f. chron. Chorea, Böttiger als H. chorea ansprachen.

VII. Zum Schluss berührt Redner noch die Differentialdiagnose der H. Chorea, und führt einen Fall aus seiner Praxis an, wo ein Mädchen von 20 J., die längere Zeit an choreatischen Bewegungsstörungen gelitten, unter dem Bilde einer heiteren, läppischen Erregung psychisch erkrankte. Da die Kranke aus einer nervösen Familie stammte, da die Chorea in einem verhältnissmässig späten Lebensalter einsetzte, da eine Psychose vorlag, so war der Gedanke an eine progressive Chorea gegeben. Bald aber löste sich der Zweifel, typische hysterische Anfälle erschienen, hysterische Stigmata wurden gefunden, die Chorea und Psychose verschwanden, und die Hysterie blieb allein als dauernde Erscheinung.

Ferner führt Redner die multiple Sklerose an, die ebenso bisweilen diagnostische Zweifel erwecke. Auch bereite die Maladie des Tic's gelegentlich differentialdiagnostische Schwierigkeiten.

VIII. Redner kommt zu dem Ergebnis, dass wir bei dem heutigen Stande der Wissenschaft nicht in der Lage sind die H. Chorea als selbstständige Krankheitseinheit anzuerkennen, sondern dass wir es mit einer chron. Bewegungsstörung zu tun haben, wie dieselbe unter gewissen Bedingungen bei bestimmten Familien zum Ausdruck kommt. Diese Bewegungsstörung ist weder durch klinische noch anatomische Charaktere von der chron. Chorea der alten Antoren geschieden; und es besteht kein Grund nur auf Basis der Erbllichkeit neue spezif. Krankheitsbilder abzugrenzen und zu entwerfen.

(Auszug aus einem Autoreferat).

Dr. Schönfeldt. Gewiss gibt es keine spezif. pathol.-anatom. Grundlage für die klinische Abgrenzung der Chorea Huntington von der Chorea minor. Ebenso wenig berechtigt uns allein die Gruppierung d. Symptome dazu.

Es sind aber 2 Erkrankungen, die nur äusserlich in der Art der Bewegungsstörung eine Aehnlichkeit mit einander haben. Denn diese Symptome von (scheinbar) gleichgearteter Hyperkinese finden wir auch als Teilerscheinung apopl. Insulte (sog. prae- und posthemiplegische Chorea) und anderer organ. Hirnkrankheiten.

Was hat aber denn ein alter Hemiplegiker, der im späteren Verlauf choreat. Bewegungsstörungen in den gelähmten Extremitäten darbietet, klinisch Gemeinsames mit der sich schnell entwickelnden typischen Ch. minor eines Kindes?

Nur die Berücksichtigung des aetiologischen Faktors legt uns die Notwendigkeit einer prinzipiellen Trennung beider Erkrankungen nahe: die Huntington Chorea ist eine endogene (Jendrassik) d. h. in Folge ganz spezif. choreatisch-hereditärer Degeneration entstehende, — während die Ch. minor durch ein exogenes — zunächst noch unbekanntes infektiös-toxisches Agens verursacht wird.

Wollenberg hat durchaus kein neues Krankheitsindividuum schaffen wollen, sondern spricht von der chron. progredienten Chorea Huntington (hereditaria tarda s. degenerativa) als von derjenigen Gruppe der familiären Degeneration, «die den choreatischen Typus repräsentiert» und will nur die innere Grundverschiedenheit beider Formen von Chorea betonen, die einander durchaus nicht verwandt sind.

(Autoreferat).

Dr. Th. Schwartz: Die Huntington'sche Chorea ist eine exquisit hereditäre Krankheit und ist schon dadurch allein von der gewöhnlichen Chorea scharf abgegrenzt, deren Aetiologie eine andere ist. Auch der Verlauf der Huntington'schen Krankheit, sowohl in anatomischer als intellektueller Hinsicht — weist nichts Gemeinsames mit der gewöhnlichen Chorea auf, sodass eine Trennung der beiden Krankheiten durchaus nötig sei. Seiner Ansicht nach stehen gerade die neuen Autoren auch so, und stimmt er Dr. Schönfeldt bei, wenn er mit Prof. Jendrassik die Heredität als Krankheitsursache eine endogene Ursache nennt, die mit dem Begriff der Degeneration zusammenfalle.

Dr. Burchard: Die pathologisch-anatomischen Veränderungen, die Dr. Behr angeführt hat, sind selbstverständlich Nebebefunde und haben mit der Huntington'schen Chorea nichts zu tun. Ebenso können die lymphoiden Veränderungen nur als Nebebefund gelten. Ich gehe auch nicht so weit, zu behaupten, dass die patholog.-anatomischen Grundlagen der Huntington'schen Chorea jetzt sicher feststehen, ich sage nur, dass ein einheitlicher Befund: hämorrhagische Entzündung der Gefäße und diffuse Encephalitis mit konsekutiver

Atrophie der Hirnrinde bei der Huntingtonschen Chorea fast regelmässig gefunden wird, bei den anderen Choreaformen aber nicht. Was das Faktum betrifft, dass in einem Fall, den Behr anführt, 10 Jahre lang keine Intelligenzstörung sich gezeigt hat, so ist auch in einigen anderen Fällen, wie Ewald, v. Söldner und Kornilow berichten, der Intellekt intakt geblieben; diese Fälle sind aber alle zu kurze Zeit beobachtet worden, um ein abschliessendes Urteil zu ermöglichen. Die Intelligenzstörung kann sich erst nach langer Zeit entwickeln.

(Autoreferat).

Dr. Stender äussert sich dahin, dass die von Dr. Burchard erwähnten pathol.-anat. Befunde für Huntington'sche Chorea nichts Charakteristisches hätten. — Die von Dr. Behr vertretene Ansicht über das Wesen der Huntington'sche Chorea fände sich in der modernen Literatur kaum wieder.

2. Dr. Vierhuff hält seinen angekündigten Vortrag; Ueber Appendicitis larvata.

«In neuerer Zeit ist man immer mehr bestrebt, das vielfach noch dunkle Kapitel des subdiaphragmatischen Schmerzes zu klären, einzelne Besonderheiten herauszufinden, und ihnen eine bestimmte pathologische bzw. anatomische Unterlage zu geben. So entstand die Pseudoperityphlitis Nothagel's, die Neurose des Plexus coeliacus, (F. A. Hoffmann) und die Appendicitis larvata Ewald versteht unter A. larvata Fälle von chronischem Verlauf, die mit unbestimmten und unklaren Symptomen verlaufen, die in ihrer Vielgestaltigkeit meist an alles Andere, als eine vom Appendix ausgehende Erkrankung denken lassen, zumal ein akuter Anfall von Perityphlitis den Beschwerden nicht vorauszugehen pflegt. Die Beschwerden werden meist in der Magengegend, in der Nabelgegend lokalisiert, oder werden, falls Verwachsungen mit der Blase oder den weiblichen Sexualorganen bestehen, auf diese bezogen. Ob man die Bezeichnung A. larvata unzweckmässig findet und sie durch eine andere ersetzen will, erscheint von untergeordneter Bedeutung. Für die Praxis liegt ihr Wert darin, dass nunmehr auf eine Gruppe von Fällen hingewiesen ist, die in so hohem Maasse atypisch verlaufen, dass sie meist

nicht richtig gewürdigt werden. Und doch entscheidet die richtige Würdigung der Beschwerden über das Wohl und Wehe bzw. das Leben der Kranken. Durch die Resektion des Wurmfortsatzes lassen sich die Beschwerden mit einem Schlage beseitigen, resp. werden lebensgefährliche Komplikationen beseitigt. Differentialdiagnostisch kommen in Betracht: Erkrankungen des Magens, der Nieren und Ureteren, sowie der weiblichen Sexualorgane, atypisch verlaufende Gallensteinkoliken, Neurosen. Vortr. bespricht die Diagnose eingehend und weist besonders auf die Schwierigkeit gegenüber den Neurosen hin, wobei der psychischen Konstitution des Kranken besonders Rechnung zu tragen sei. Auch auf die häufige Kombination von Erkrankungen der Verdauungsorgane mit Neurosen wird hingewiesen. Hinsichtlich der Differentialdiagnose zwischen *Ap. larvata* und Erkrankungen der Adnexe des Uterus ist zu beachten, dass die besonders in Betracht kommende Salpingitis meist auf eine Infektion zurückzuführen ist, welche die Adnexe beiderseits in Mitleidenschaft zieht; demnach spricht die einseitige Erkrankung gegen Salpingitis und für Appendicitis.

Wenn sich auch in einzelnen Fällen der Diagnose unüberwindliche Schwierigkeiten entgegenstellen, so dürfte sie immerhin in der Mehrzahl der Fälle bei sorgfältiger Berücksichtigung aller in Betracht kommenden Momente gestellt werden können. Zuweilen ist der geschwollene und auf Druck empfindliche Wurmfortsatz zu fühlen, oder es gelingt denselben nach dem Vorschlage Ewald's durch die künstliche Aufblähung des Darmes aus der Tiefe emporzuheben und dem palpierenden Finger zugänglich zu machen. Bei Personen mit fettreichen Bauchdecken sollte die Narkose zu Hilfe genommen werden.

Die Therapie ist eine chirurgische. Sobald der Nachweis, dass der Wurmfortsatz die Ursache der Beschwerden ist, gelingt, ist die Resektion desselben geboten.

Eine besondere Beachtung erfordern die Leibscherzen, über die im kindlichen Lebensalter so häufig geklagt wird. Wenngleich dieselben meist harmloser Natur sind und vielfach durch Koprostase und durch abnorme Gährungen bei unzweckmässiger Ernährung hervorgerufen werden, so ist andererseits zu bedenken, dass gerade im kind-

lichen Lebensalter der ersten perityphlitischen Attaque mehr weniger latent verlaufende Beschwerden vorauszugehen pfelegen, die beachtet werden müssen. Neuere Beobachtungen zeigen, dass die Perityphlitis im Kindesalter keineswegs selten ist; auch zeigt sie einen gefährlicheren Charakter als bei Erwachsenen.

Folgende Beobachtung des Vortragenden darf als lehrreich in dieser Beziehung angeführt werden.

M. R. 10 J.

Vor 2 Jahren Diphtherie, sonst ausser den gleich zu schildernden Beschwerden stets gesund. Vor 1 J. Tonsillotomie. Seit $1\frac{1}{4}$ Jahre gleidet Pat. an fast täglich auftretenden Leibschmerzen, die nicht genau lokalisiert sind, meist in der Mitte des Abdomens auftreten, hauptsächlich nach dem Essen, so dass Pat. oft trotz gutem Appetit zu essen aufhört. Die Schmerzen sind von wachsender Intensität, oft tragen sie einen quälenden Charakter, sind dann wieder leichter, und cessiren dazwischen sogar einige Wochen. In ärztlicher Behandlung ist Pat. der Schmerzen wegen nicht gewesen, hat auch ihretwegen nie zu Bett gelegen. Stuhlgang meist regelmässig zuweilen nur bestand Neigung zu Obstipation. An Uebelkeiten, Aufstossen, Erbrechen irgend welcher Art hat Pat. nicht gelitten. Am 14. September 1902 erkrankte sie plötzlich mit heftigen Leibschmerzen, die vorübergehend etwas nachliessen, so dass Pat. ihre Mutter auf den Markt begleitete. Bald darauf trat dann wieder eine Verschlimmerung ein, so dass das Bett aufgesucht wurde. Da kein Stuhlgang eintrat, wurde von der Mutter Karlsbader Wasser, Ol. Ricini, Pulv. liquor. comp. eingegeben, es wurde jedoch alles erbrochen. Eine vom hinzugerufenen Arzt verabfolgte Morphinum-Injektion schaffte nur wenig Linderung der stürmischen Erscheinungen.

Nach ihrer Ueberführung in die Diakonissenanstalt am Morgen des 16. September wurde folgender Befund erhoben:

Verfallener Gesichtsausdruck, häufiges nicht faeculent riechendes Erbrechen, Puls 120 von ziemlich guter Qualität. Beschleunigte Atmung, Unruhe. Zunge etwas belegt. Kein Fieber. Abdomen gleichmässig aufgetrieben, nur des Epigastrium

partizipiert wenig an der Auftreibung. Zwerchfellsstand an normaler Stelle. Leberdämpfung erhalten. Abdomen im Ganzen ziemlich empfindlich, keine besondere Empfindlichkeit des Epigastriums oder der Ileocoecalgegend. Der Mac Burney'sche Punkt nicht empfindlicher als die andern Partien des Abdomens. Keine peristaltische Unruhe. Vom Nabel ab nach abwärts überall dumpfer Schall.

Zunächst Besserung bei exspektativem Verhalten. Dann wegen erneuter Occlusionserscheinungen Operation (Dr. Fr. v. Berg).

Der resezierte Appendix erscheint äusserlich fast normal, weder geschwollen noch vergrössert, nur an seinem distalen Ende kolbenartig verdickt. Beim Aufschneiden ist er zu $\frac{2}{3}$ durchgängig, das distale Drittel ist obliteriert und in straffes Gewebe umgewandelt. Die Schleimhaut des Appendix ist leicht katarrhalisch verändert. — Glatte Verlauf, Heilung. Demnach war durch die Operation die Annahme bestätigt, dass die Beschwerden, die $1\frac{1}{2}$ Jahre vor der Occlusion bestanden hatten, auf eine Appendizitis bereits zurückzuführen sind. Die Beschwerden waren nunmehr mit einem Schlage beseitigt. (Seit der Operation sind 4 Monate verflossen).

(Autoreferat).

Dr. v. Bergmann wendet sich gegen den Modus, eine schwer diagnostizierbare Krankheitsform als «larviert» zu bezeichnen.

Schon gleich nach dem Vortrage Ewald's habe sich Prof. König gegen eine solche Berechtigung ausgesprochen.

In jedem Falle von Appendicitis spielen sich charakteristische Vorgänge ab: entweder handelt es sich dabei um diffuse Entzündung oder Ulceration des Wurmfortsatzes, wodurch Infektionskeime der Bauchhöhle zugänglich gemacht werden; oder aber um Verlötung des Organes mit der Nachbarschaft — dann kommt es zu Zerrungserscheinungen, oder aber es zeigen sich Reflexwirkungen auf andere Organe. Die Schwierigkeit der Diagnose mag oft sehr gross sein — dennoch brauchen wir keine solche Bezeichnung, da die Diagnose theoretisch immer möglich ist. Dass grosse Verdienst Ewald's: uns auf ein typisches Bild besagter Krankheit aufmerksam gemacht zu haben, bleibt natürlich unangefochten.

Was den Vierhuff'schen Fall betrifft, so handelte es sich schliesslich doch um eine Occlusion —; auch die früheren Attaquen können auf diese Ursache zurückgeführt werden.

Die gewöhnlichen, diagnostischen Hilfsmittel, wie der Mac Burney'sche Punkt fehlen häufig — dies erschwert natürlich die Diagnose sehr. — Ebenso täuscht man sich oft in Bezug auf den Palpationsbefund, der sich mit dem Operationsbefunde oft gar nicht deckt, sondern den Krankheitsprozess in grösserer, zuweilen aber auch kleinerer Ausdehnung erscheinen lässt, als sich bei der späteren Operation herausstellt.

Dr. Hampeln wendet sich gleichfalls gegen den neuen Terminus: durch zuviel Unterscheidung leide die Klarheit eines Krankheitsbildes. Die Ewald'schen Fälle böten zwar eine dankenswerte Bereicherung der Kasuistik, aber keine Typen für eine neue Krankheit. Ebensowenig wie man von einer Nephrolithiasis larvata rede, passe ein solches Epitheton für die besprochenen Formen von Appendicitis.

Dass chronische Leiden lange Zeit unerkannt bleiben, dann aber schliesslich durch Hinzutreten neuer Gesichtspunkte der Diagnose zugänglich werden, wird immer vorkommen.

Es ist geboten in jedem Falle von Peritonitis an Appendicitis als Ursache zu denken.

Was die Bezeichnung «larvata» betrifft, so wäre sie nur zutreffend in Fällen, wo sich bei der Operation keinerlei Adhäsionen, sondern eine unkomplizierte Appendicitis vorfände.

Dr. Büttner hält die Bezeichnung «larvata» zum mindesten für entbehrlich. Das Verdienst Ewald's bestehe darin: auf einen bestimmten Typus der Appendicitis hingewiesen zu haben, der nicht die bekannten Symptome aufweist, sondern die soeben vom Kollegen Vierhuff beschriebenen. Solche Fälle sind vor E.'s Veröffentlichungen häufig verkannt worden. Und doch scheinen sie nicht ganz selten zu sein. Wenigstens hat E. nicht nur einen, sondern 10 derartige (darunter viele reine Appendicitiden, ohne Verwachsungen) diagnostiziert. Dieselben sind zur Operation gelangt — dabei erwies sich die Richtigkeit der Diagnose.

Dr. Bornhaupt: Neuerdings hat Kehr auf die Verwechslung von Appendicitis mit Cholelithiasis aufmerksam gemacht. In Fallen, wo beide Krankheiten kombiniert vorkom-

men, wo also die Appendicitis von der Cholelithiasis verdeckt und daher übersehen wird, könne man allerdings von einer «App. larvata» reden.

Dr. Woloshinski: Solche Fälle, die lange ohne deutliche Erscheinungen bleiben, können kaum als larviert bezeichnet werden, höchstens bis zu dem Stadium, wo eben deutliche Erscheinungen die richtige Diagnose ermöglichen. Wie grossen Täuschungen man gelegentlich ausgesetzt sei, lehrt ein Fall auf seiner Praxis. Bei demselben handelte es sich um vage, meist links im Leibe empfundenen Schmerzen — objektiv war gar nichts nachzuweisen. Pat. magerte mehr und mehr ab, da wurde, $\frac{1}{2}$ Jahr nach Beginn der Erkrankung rechts in der Gegend des Wurmfortsatzes ein kleiner fluktuierender Tumor fühlbar. Durch die nun stattfindende Operation, erfolgte Heilung.

Dieser und ähnliche Fälle lehren jedoch nur, dass es Formen von Appendicitis giebt, die erst spät diagnostiziert werden können.

Dr. Keilmann: Ebenso wie eine Appendicitis durch andere Krankheiten verdeckt werden kann (wie bereits Dr. Bornhaupt hervorhob) so könne sie wieder andere Krankheiten vortäuschen. Es sei z. B. nicht selten, dass sie als Adnexerkrankung imponiere. Kann letztere ausgeschlossen werden, so ist das für die richtige Diagnose von grossem Wert.

Dr. Vierhuff: Er sei gefasst gewesen auf Widerspruch zu stossen. Auch ihm sei an der Beibehaltung des Terminus nicht viel gelegen. Er habe, wie er auch bereits in der Einleitung zu seinem Vortrage betont, in erster Linie die Formen, welche unter dem Bilde einer Epigastralgie auftreten, im Auge gehabt. Dank den Veröffentlichungen Ewald's werden auch solche neuerdings diagnostiziert; früher verhalf meist nur ein typischer Anfall zur richtigen Diagnose.

Redner betont zum Schluss, dass es wichtig sei in jedem Verdachtsfalle von Appendicitis, auch den erkrankten Wurmfortsatz wirklich herauszufühlen. Wo es nicht anders angeht, müsse zu dem Zwecke der Dickdarm mit Luft aufgebläht werden.

d. Z. Sekretär: S. Kröger jun.

Sitzung am 29. Januar 1903.

1. Dr. B o s s e demonstriert einen Heissluftapparat, welcher nach dem Muster des zur Zeit auf der Königsberger Poliklinik im Gebrauch befindlichen, von einem hiesigen Klempner konstruiert worden ist. Der Apparat zeichnet sich vor Allem durch seine ungemein einfache und handliche Konstruktion vor den bekannten Heissluftkasten aus, obgleich er genau dasselbe leistet, wie die teuren, und dadurch sehr umständlichen Kasten, weil diese meist nur für einen bestimmten Körperteil konstruiert sind, während der hier demonstrierte Apparat vermöge seiner sinnreichen Einrichtung unbegrenzt verwendbar ist. Der Apparat besteht aus einem rechtwinklich gebogenen Rohr aus Eisenblech. Der vertikale Schenkel trägt unten die Wärmequelle in Form einer Methyalkohol-Lampe. Letztere ist nach oben und unten verschieblich, der horizontale Schenkel des Rohres ist mit einer das Lumen gut verschliessenden Klappe versehen, welche ausserhalb einen Doppelgriff hat, der mit einer dünnen Kette versehen ist. Auf das Ende des horizontalen Schenkels wird eine aus fester Kartonpappe bestehende röhrenförmige Verlängerung geschoben. Letztere hat einen nach unten gerichteten rechteckigen Ausschnitt, um die Hitze auch nach unten oder seitlich, je nach Bedürfniss strahlen lassen zu können, was dadurch erreicht wird, dass man über das Kartonrohr eine vorn geschlossene, unten gleichfalls mit rechteckiger Oeffnung versehene Klappe schiebt. Zur Herstellung geschlossener Räume, bedient man sich einfach halbbogenförmig gebogener Pappkartons, welche seitlich einen Ausschnitt für den horizontalen Schenkel des Apparates besitzen. Ueber diesen Hohlraum wird dann eine dünne Woldecke gebreitet.

Der Apparat selbst ruht verschieblich auf einem festen Stativ. Als Indikationen für die Anwendung des Heissluftapparates sind zu nennen alle rheumatischen Gelenkerkrankungen, ferner Ischias und eine ganze Reihe anderer neuralgischer Erkrankungen. Vor allem aber werden ungemein günstig pleuritische Exsudate beeinflusst.

(Autoreferat).

Dr. Keilmann hebt hervor, dass die lokale Applikation heisser Luft in der gynäkolog. Praxis häufig zur Anwen-

dung gelange: er habe sich bisher des Dehio'schen Schwitzrohres bedient und dasselbe bei Beckenexsudaten mit gutem Erfolge benutzt. Man könne dabei Temperaturen bis zu 85° C. erzielen.

2. Dr. v. Knorre demonstriert ein grosses (25 Pf. russ.) vielknotiges Myom, welches er durch abdominale Totalexstirpation bei einer Patientin entfernte, die in Folge dieses Tumors die letzten 10 Jahre fast beständig das Bett gehütet hatte.

Nicht die Grösse des Tumors oder seine ganz zerklüftete Form ist es, welche unser Interesse beansprucht, sondern vor Allem die merkwürdige retroperitoneale Entwicklung der Geschwulst, die einen kurzen Bericht erheischt. Der Tumor lag mit fast $\frac{2}{3}$ seines Volumens retroperitoneal zu beiden Seiten der Wirbelsäule und ragte bis in die Radix mesenterii hinein. Die Ausschälung bot viel Schwierigkeiten durch den innigen Zusammenhang zwischen Perit. und den einzelnen Knoten, und erheischte wiederholentlich Spaltung und Resektion des Bauchfells über den einzelnen Tumoren. Nach Vernähung des Peritoneums wurde die buchtige grosse, retroperitoneale Wundhöhle zur Vagina zu drainiert, der Peritonealsack aber über der Vagina vollkommen geschlossen. Die Wundheilung bis in die 3. Woche eine tadellose, Dauer durch eine kleine Trombose im Gebiet der V. Saphena vorübergehend gestört. Pat. gesund entlassen.

(Autoreferat).

3. Dr. Th. v. Boetticher demonstriert einen Fall von allgemeiner spastischer Gliederstarre mit Athetose und Chorea (Littlesche Krankheit). Patientin P. J. 7 $\frac{1}{2}$ a. n.

Der Vater, Seemann, starb vor 3 Jahren nach langem Krankenlager (wahrscheinlich Tabes dorsalis), Mutter, Aufwärterin, vollkommen gesund. — Patientin 3. Kind. Das erste Kind Frühgeburt (angeblich nach heftigem Schreck) starb nach einigen Stunden, — das zweite gesund. — Patientin kam aber als Frühgeburt leicht zur Welt. Gleich in den ersten Lebenstagen wurden spastische Störungen und choreatische Zuckungen an den Extremitäten und in der Rückenmuskulatur bemerkt. Im letzten Jahr hat die Starre in den Armen und Händen nachgelassen, so dass Pat. jetzt Greifbewegungen machen kann, wenn auch behindert durch Chorea und Athetose der Finger. Stehen und Gehen hat

Pat. nie gekonnt. Beim geringsten Versuch geraten die Beine in die extremste Abduktionsstellung. Dabei sind absolut keine Lähmungserscheinungen, keine Atrophien und keine Sensibilitätsstörungen nachzuweisen. Die Augen sind bis auf eine leichte Abblassung der Papillen normal, die geistige Entwicklung in Anbetracht der traurigen sozialen Lage nicht schlecht. Pat. spricht 2 Sprachen, kann zählen und buchstabieren. Die Sprache ist sehr undeutlich nasal und durch Zuckungen gestört.

Klinisch lässt sich dieses Bild gut aus der grossen Gruppe der infantilen Diplegien ausscheiden, da die für die Diplegie charakteristischen Atrophien und Lähmungserscheinungen vollkommen fehlen. Die Starre befällt hier mehr die unteren Extremitäten, während die oberen Extremitäten eine Tendenz zur Besserung zeigen. Patholog. anatomisch ist jedoch eine genaue Differenzierung nicht möglich, da die Befunde zu variable sind. Atrophische und hypertroph. Sklerose, Porencephalie Cysten. Encephalitiden und Hydrocephalus sind sowohl bei Diplegien als auch bei der allgemeinen Starre angetroffen worden.

Auch die ätiologische Einteilung nach praenatal, natal und postnatal (Sachs) ist nicht durchführbar, da auch hier die Beziehungen nach keiner Richtung hin beständig sind. In unserem Fall wird wohl die Frühgeburt als Ursache anzusehen sein. (Lues resp. Tabes dors. des Vaters?) Nach Arsen Eisengebrauch und Jodkali ist im letzten Jahr eine Besserung zu verzeichnen.

(Autoreferat).

Dr. Mey erkundigt sich bei Vortragendem nach der Beschaffenheit des Augenhintergrundes.

Dr. v. Böttcher. Nach den Untersuchungen Dr. Hedenströms betrage die Sehschärfe $\frac{1}{3}$; der ophtalmoskopische Befund ergebe ausser einer auffallenden Blässe der Nn. optici ganz normale Verhältnisse.

Dr. Mey: er selbst hat einen ähnlichen Fall erlebt. Bei demselben bestanden aber alle Zeichen eines chron. Hydrocephalus. Diastase der Schädel-Nähte, Opticusatrophie; ferner ergab die Lumbalpunktion sehr reichliche Mengen von Cerebro-spinalflüssigkeit. Bei allen derartigen Krankheitsformen müsse man stets an die Möglichkeit eines bestehenden

Hydrocephalus denken. Auch in diesem Falle sind die Fontanellen nicht ganz geschlossen.

4. Dr. Bertels berichtet über einen Fall von Iktus laryngis (Vertigo laryngea). Ein Herr von 59 Jahren, Alkoholiker, starker Raucher, bekommt bei Gelegenheit einer Exazerbation seines chronischen Katarrhs der Luftwege Anfälle von kurzdauernder Bewusstlosigkeit (ca. $\frac{1}{4}$ Min.) und zwar immer nur im unmittelbaren Anschluss an Hustenparoxysmen. Einige Male will die Frau des Patienten während dieser Anfälle auch Zuckungen im Gesicht bemerkt haben. Ferner erfolgten bei den Hustenstößen auch wiederholt Blutungen aus dem Munde, der Nase, dem Ohr und unter die Konjunktiven. Mit dem Nachlass des akuten Katarrhs blieben zuerst die Blutungen und dann auch die Anfälle von Bewusstlosigkeit fort; die letzteren erstreckten sich über einen Zeitraum von 6 Wochen und traten bis zu 5 Malen in 24 Stunden auf. Ein vereinzelter Anfall erfolgte einige Monate später, seitdem ist ca. 1 Jahr verflossen und Pat. ist in dieser Zeit frei von weiteren Anfällen geblieben. Im Stadium der akuten Exazerbation des Katarrhs, sind dazwischen auch stickhustenähnliche Hustenanfällen beobachtet worden, die aber niemals mit den Iktusanfällen zusammenfielen. Als Knabe von 12 Jahren ist Pat. mit dem Hinterkopf aufs Eis gefallen und soll danach Alles vergessen haben, was er bis dahin gelernt hatte. Im Alter von 40 Jahren 2 epileptiforme Anfälle. Keine Gichtanfälle. Keine Anfälle von Tabes. Im Larynx und an den Thoraxorganen ausser den Anzeichen des Katarrhs nichts Pathologisches. Urin frei von Eiweiss und Zucker.

Redner bespricht im Anschluss an vorstehende Krankengeschichte die Symptomatologie des Iktus laryngis und die zur Erklärung desselben aufgestellte mechanische und Reflextheorie und erörtert die Beziehungen des Iktus zur Epilepsie, zur Tabes und zum Keuchhusten.

(Autoreferat).

Dr. Hampeln dankt Vortragendem für die interessante Mitteilung, die er besonders in Bezug auf die ätiologische Frage so erschöpfend behandelt habe, dass kaum etwas Wesentliches dazu noch zu bemerken sei.

Das Auftreten von Blutungen und Bewusstlosigkeit in Anschluss an einen Hustenanfall ist etwas sehr merkwürdiges und kann bei der Häufigkeit laryngealer Affektionen, und wiederum ausserordentlicher Seltenheit besagten Symptomenkomplexes nur durch eine eigentümliche Vereinigung von individueller Disposition und anatomischer Konstellation erklärt werden.

Die nach Quetschung des Abdomens, z. B. im Gedränge, vorkommenden Blutungen im Bereiche der oberen Körperhälfte, sind in Anbetracht der hierbei einwirkenden grösseren Gewalt einfach mechanisch zu erklären — hier aber kann nur eine abnorme Zerreislichkeit der Gefässe angenommen werden.

Etwas Aehnliches mag sich bei einem Manne aus seiner Praxis abgespielt haben, der nach Anfällen von Angina pectoris fast jedesmal dement wurde, wobei es sich wahrscheinlich um ähnliche Vorgänge in den Hirngefässen gehandelt haben mag. Ebenso merkwürdig war in einem Falle von Aortenaneurysma mit Verlegung der Trachea das Auftreten von Hautemphysem, wie es gelegentlich bei starker akuter Bronchitis vorkommt. Alle diese Vorgänge beruhen, wie es scheint, auf einem Zusammentreffen von Disposition und eigenartiger anatomischer Konstellation.

Dr. Burchard: Man müsse 2 Typen von Anfällen unterscheiden. Beim ersten handle es sich um einen krampfhaften Hustenanfall, der der Bewusstseinsstörung vorausgeht; beim zweiten um einen nur kurzen, unbedeutenden Husten, sodann einer plötzlichen tiefen Inspiration mit sofortigem Bewusstseinsverlust. Vortragender habe zu wenig betont, dass es sich bei allen Fällen von Iktus laryngis um Leute mit chronischem Husten gehandelt habe, die damit in Zusammenhang stehende Hyperästhesie der Schleimhaut mag die Anfälle reflektorisch ausgelöst haben. Für das Zustandekommen der Bewusstlosigkeit schein ihm eine Anämia cerebri an verständlichsten. Bei einem Manne aus seiner Praxis, der einen Anfall nach dem zweiten Typus durchmachte, handelte es sich um gleichzeitige kolossale Pulsverlangsamung (40 Schl. in der Min.). Eine solche kommt auf reflektorischem Wege durch Reizvermittlung vom N. laryngeus sup. auf den Plexus cardiacus zu Stande, und vermag

ihrerseits Hirnanämie und damit Bewusstlosigkeit hervorzurufen.

Dr. Ed. Schwarz kannte den Pat., der dem Vortrage Dr. Bertels zu Grunde liegt und möchte einen wichtigen Umstand, nämlich den chron. Alkoholismus, an dem er leidet, als ätiologisches Moment in den Vordergrund ziehen. Die ätiologische Bedeutung des Alkoholismus für diesen Fall dränge sich um so mehr auf, als Pat. während eines Jahres relativer Abstinenz, unter strenger Kontrolle seiner Frau, keinen einzigen Anfall gehabt. Man müsse diese Anfälle unter die epileptischen, wie sie bei Alkoholikern in höherem Alter nicht ganz selten sind, rechnen. Jedenfalls lassen sich unter diesem Gesichtspunkte sämtliche einschlägige Symptome eindeutig erklären.

Dr. von Rimscha. Nach Semon zu urteilen, scheint Iktus laryngis sehr selten zu sein. Er selbst hat einen interessanten Fall erlebt: Patient, Maschinist, ist mässiger Trinker und leidet an chronischem Husten, der in letzter Zeit besser geworden. Sein Kind hat den Keuchhusten. Indem er dasselbe während eines Anfalles beruhigen will, gerät er selbst in Bewusstlosigkeit mit Zungenbiss und Opisthotonus, dem ein Gefühl von Zuschnüren der Kehle unmittelbar vorausgegangen war.

Wenn man einen epileptischen Anfall mit laryngealer Aura ausschliessen könnte, so könnte es sich wohl um Iktus laryng. gehandelt haben. Jedenfalls scheint ihm dieser Fall mehr dahin zu gehören, als der Bertels'sche, der mehr nach Laryngospasmus aussehe.

Dr. Bergengrün: Nach den Lehrbüchern zu urteilen, liessen sich Laryngospasmus und Iktus laryng. differentialdiagnostisch kaum unterscheiden. Redner neigt am meisten zu der Annahme; dass es sich bei letzterem um reflektorische Nervenreizung handle. Gegenüber Dr. Burchard möchte er jedoch bemerken, dass Katarrhe der Luftwege dabei gar nicht so häufig seien, wie er behaupte. In einem Falle von Schrötter bekam der Pat., der eine auffallend blasse Kehlkopfschleimhaut hatte, bei jedem Glase kalten Wassers, das er trank einen Anfall.

Zum Schluss bittet Redner die Gynäkologen sich darüber zu äussern, ob der Iktus laryng. bei Frauen häufig sei und

ob man Grund habe dafür Reflexvorgänge von den Genitalien her zu beschuldigen?

Dr. Schönfeldt: Die mechanische Erklärung für das Zustandekommen der Anfälle hat seiner Ansicht nach viel Bestechendes: so bei einem alten Manne mitluetischer Arteriosklerose, der beim Wenden des Kopfes jedesmal einen Anfall bekommt, sodass er nur in beständiger Begleitung vom Hause geht, wobei ihn sein Begleiter immer daran erinnern muss, nur nicht den Kopf zu wenden.

Bei diffuser Arteriosklerose der Hirngefäße kommt es eben zu Zuständen, die sich mit dem decken, was wir petit mal nennen, sogar die Aura fehlt dabei nicht; und es wäre denkbar, dass es sich in allen Fällen von Iktus laryng. um eine laryngeale Aura mit nachfolgendem epileptischen Anfall handle.

Dr. Bertels: Nach den Darstellungen der verschiedenen Autoren und den eigenen Beobachtungen ist Redner zu der Aussicht gelangt, dass in der Regel im Beginne jedes Anfalles das Gesicht cyanotisch ist, um einer späteren Blässe Platz zu machen. Redner hat letzteres nicht bemerkt, dennoch könne sehr gut Hirnanämie bestanden haben, ohne sich im Gesichte auszuprägen; auch liesse sich dies mit der mechanischen Theorie sehr gut vereinigen.

Das Wesentliche für das Zustandekommen der Bewusstlosigkeit scheine ihm jedenfalls die Verlangsamung der Zirkulation zu sein. wie sie ja auch bei jeder Ohnmacht in Frage kommt.

Spasmen sind bei Iktus laryng. selten: z. B. das inspiratorische Ziehen — im Gegensatz zum expiratorischen Spasmus, der ja zu jedem Hustenanfall gehört. Auch in diesem Falle ist kein inspiratorisches Ziehen gewesen. Auch kann Laryngospasmus gewiss vorkommen, er gehört aber nicht zum Bilde. Dies möchte Redner gegenüber den Einwänden Dr. Rimschas bemerken. In dem vom Letzteren angeführten Falle eigener Beobachtung spricht der Zungenbiss doch sehr für einen echten epileptischen Anfall.

Was die Verlangsamung des Pulses anbetrifft, so lässt sie sich einfach durch die Gehirnanämie erklären.

Auf die Frage Dr. Bergengrüns antwortet Redner, dass zwei Fälle, wo es sich um Erkrankung von Frauen han-

delt, veröffentlicht sind — bei beiden handelte es sich um chronischen Husten.

Dr. Voss fragt Dr. Bertels, ob er angeben könne, woher die Blutung aus dem Ohre stamme, ob aus dem äusseren Gehörgänge oder dem Mittelohr?

Dr. Bertels meint, dass ersteres vorgelegen habe, er habe einige Zeit nach dem Anfälle Pat. ein Blutcoagulum aus dem Ohre gespült, dabei sei ihm nichts, was für eine Beteiligung des Mittelohres gesprochen hätte, aufgefallen.

d. z. Sekretär: S. Kröger jun.

Sitzung am 5. Februar 1903.

1. M. Eliasberg demonstriert einen Fall von Retinitis proliferans. Es handelt sich um einen Eisenbahnkondukteur, Adam Kalnin, 53 Jahre alt, welcher bei einem Eisenbahnunglück am 18. November 1902 mit der Bremsenstange einen Schlag gegen die linke Seite des Nasenrückens und gegen das Hinterhaupt bekommen hat. Kurz vor Weihnachten bemerkte Pat. eine zunehmende Schwäche des rechten Auges, zuerst von aussen; gegen Mitte Januar a. c. Erblindung des rechten Auges. Pat. ist zur Begutachtung von der Bahnverwaltung zugeschiedt. Als Ursache der Erblindung stellte sich heraus eine präretinale Bindegewebsbildung in Form eines Fächers vom Zentrum des Auges ausgehend und dort am dichtesten zur Peripherie in immer dünnere Faserbündel ausstrahlend; an den Fasern und zwischen den Fasern namentlich in der oberen Hälfte des Glaskörpers zahlreiche Blutgefässe zum Teil frei im Glaskörper verlaufend. Zwischen den Fasern, wie hinter den Blutgefässen, welche frei im Glaskörper von den Fasern entspringen, bekommt man mit dem Ophthalmoskop einen roten Reflex; die Netzhaut ist nirgends abgelöst; wir haben es also weder mit einer gew. Netzhautablösung, noch mit einer solchen, welche durch einen Tumor oder Zystizerkus hervorgerufen wird, sondern, da die Netzhaut anliegt, wenn auch deren Details nicht zu sehen sind, mit einer präretinalen Bindege-

websproliferation zu tun. Das Bindegewebe mitsamt den unregelmässig verzweigten Gefässen ist mit dem Ophthalmoskop direkt zu verfolgen. Zum Vergleich werden die Arbeiten mit Zeichnungen von Dr. Blessig: Zur Kasuistik und Aetiologie der präretinalen Bindegewebebildung (retinitis proliferans) (Sep. Abd. aus den Klin. Monatsbl. f. Augenh. Juni 1893) und von Dr. Fehr: Zur Kenntnis der Retinitis proliferans, (Zentralbl. f. Augenh. Juli 1900) demonstriert. Die erste Arbeit über retinitis proliferans auf Grund von 3 Fällen rührt von Prof. Mangher: (Gräfes Arch. f. Ophthalmologie Bd. XXII Abt. III 1876 pag. 229 - 275 mit 1 Tafel).

Die Prognose ist schlecht, weil die Bindegewebsbildung von der Netzhaut ausgeht. Aetiologisch kommen in Betracht Blutungen, deren Rolle jedoch von einigen bestritten wird. In unserem Falle ist sie auch nicht festzustellen, da Pat. vor dem Unfall nicht untersucht wurde, was das Primäre bei der Erkrankung des rechten Auges war: Blutungen in Folge des Schlages gegen die Nase und Hinterhaupt, oder Erschütterung, oder Sehnervenentzündung.

2. A. Berg hält seinen angekündigten Vortrag über den Ureterenkatheterismus im Dienste der funktionellen Nierendiagnostik.

Vortragender bespricht die Casper-Richter'schen Untersuchungen über die funktionelle Diagnostik der Nierenerkrankheiten.

Für eine vorzunehmende eingreifende Nierenoperation kommt es nicht sowohl darauf an, ob die andere Niere in anatomischem Sinne gesund oder krank sei, denn ein Mensch kann auch mit einer kranken Niere leben, sondern vielmehr darauf, ob die andere arbeitstüchtig genug ist, um nach Ausschaltung des Schwesterorganes die für das Leben unentbehrliche Tätigkeit allein zu übernehmen.

Wenn man vor der Entscheidung steht eine Niere zu extirpieren, so sind 2 Fragen zu beantworten:

1) Wie steht es mit der Gesamtarbeit der Nieren, ist sie eine für den Organismus suffiziente oder insuffiziente? Ist sie eine insuffiziente, so wird von der Operation Abstand genommen.

Die Insuffizienz der Nieren lässt sich aus der Untersuchung des Nierensekretes allein nicht feststellen. Die einzige theo-

retisch begründete Methode hierfür ist die Untersuchung der molekularen Konzentration des Blutes nach Korani. Die molekulare Konzentration des Blutes wird bestimmt durch den Gefrierpunkt, der normaliter 0,56—0,58 unter dem des destill. Wassers liegt. Uebersteigt der Gefrierpunkt 0,60, so sind die Nieren insuffizient und kontraindizieren eine Nephrektomie.

2) Muss man bei genügender Tätigkeit der Nieren festzustellen suchen, welcher von beiden Nieren bei dieser Tätigkeit die Hauptarbeit zufällt, der zu exstirpierenden kranken oder der für gesund gehaltenen restierenden, wie gross also die relative Leistung jeder einzelnen Niere ist.

Die Grösse der Nierenarbeit misst man an dem Produkte der Nierentätigkeit, dem Sekrete und zwar, da der Ureterenkatheterismus die getrennte Auffangung des Sekretes jeder Niere ermöglicht, auch die Arbeit jeder einzelnen Niere.

Aus vorhandenem Eiter, Albumen, Mikroorganismen, Zylindern und roten Blutkörperchen erschliesst man die anatomische Beschaffenheit des Organes; über die Funktionskraft belehren 3 andere Werte, nämlich die Quantität des in der Zeiteinheit ausgeschiedenen N., die Erniedrigung des Gefrierpunktes des Urins gegenüber dem des destill. Wassers und die Quantität des ausgeschiedenen Zuckers, dessen Entstehen künstlich durch eine vorherige subkutane Phloridzininjektion hervorgerufen wird. Die Verfasser haben festgestellt, dass bei Gesunden, sobald man den Harn getrennt und gleichzeitig aus beiden Nieren auffängt — das Gleichzeitige ist das punctum saliens — die Werte für N., für den Gefrierpunkt und die ausgeschiedenen Zuckermengen auf beiden Seiten immer gleich sind. Hat man es mit einer kranken Niere zu tun, so beobachtet man, dass alle Faktoren der kranken Seite gegen die gesunde minderwertig sind. Wie die kranke Niere weniger N. ausscheidet, so arbeitet sie auch Alles in Allem eine kleinere Zahl von Molekülen aus dem Blute heraus, daher ist die Gefrierpunktserniedrigung eine geringere, je weniger funktionsfähiges Nierenparenchym da ist, um so weniger Zucker wird produziert. Ist das Nierengewebe zum Teil zerstört, so findet überhaupt keine Zuckerbildung statt.

Die Casper-Richter'sche Methode wird nicht in allen Fällen ausreichen, um die Funktionstüchtigkeit der Niere festzustellen. Die Kryoskopie und die Phloridzinmetode geben uns weder über die absolute Arbeit einer Niere Aufschluss, noch lassen sie das Kompensationsvermögen der Niere erkennen; sie zeigen uns nur, welche Niere im Moment der Untersuchung mehr leistet. Bei grossen Differenzen der Werte beider Seiten wird sich die Leistungsfähigkeit der Nieren eher abschätzen lassen, als bei geringen Differenzen.

Der Ureterenkatheterismus wird so ausgeführt, dass stets nur ein Ureter katheterisiert wird, und zwar wird, um dem Ureterenkatheterismus so gut wie jede Gefahr zu benehmen, stets der der praesumptiv kranken Niere angehörende Ureter katheterisiert. Den Urin aus der anderen Niere leitet man sich durch einen gewöhnlichen Katheter aus der Blase heraus, nachdem zuerst die zur Füllung der Blase nötig gewesene Flüssigkeit durch diesen Katheter abgeflossen ist. Man fängt dann den gleichzeitig aus beiden Nieren abgesonderten Urin getrennt auf und macht die vorhin besprochenen Untersuchungen.

Die Möglichkeit der Uretereninfektion beim Katheterismus muss zugegeben werden, da Keime sowohl aus der Urethra als auch aus der Blase hineingeschleppt werden können. Um dem zu begegnen, wird die Urethra vor der Untersuchung mit einer Borsäurelösung gründlich ausgespült, die Blase mit einer antiseptischen Flüssigkeit, am besten Hg-oxycyanatlösung gefüllt und nach der Untersuchung durch Zufuhr grösserer Flüssigkeitsmengen die Diurese angeregt um die eventuell hineingebrachten Keime herauszuspülen.

Die Erfahrung hat gelehrt, dass der Ureterenkatheterismus als ein im Grossen und Ganzen ungefährlicher Eingriff anzusehen ist. Die Infektion begünstigende Momente sind ebenso, wie bei der Blase: Trauma und Retention z. B. bei Hydro-nephrose.

(Autoreferat).

Dr. Hampeln: Wie aus den Auseinandersetzungen Dr. Berg's hervorgeht, bietet der Ureteren-Katheterismus keineswegs solche Schwierigkeiten, wie sie a priori anzunehmen wären. Dennoch wäre aber eine einfachere Methode wünschenswert. Z. B. scheint der sog. Harnseparator (von Gawe in

Königsberg demonstriert), weniger gefährlich und vor Allem einfacher. Es ist dies ein doppeläufiger Katheter, der in die Blase eingeführt wird. Durch die vorhandene Scheidewand wird eine Vermischung verhütet, sodass der Harn aus jedem Ureter gesondert aufgefangen werden kann.

Dr. Berg erwidert: ihm sei der Aparat fremd, doch müsse er annehmen, dass die dabei gewonnenen Resultate höchst ungenaue seien.

Dr. Hampeln: Was die Kryoskopie betrifft, so sei sie trotz der Vervollkommnung in der Technik doch noch höchst schwierig auszuführen. Einfacher erscheine ihm der Pulvrich'sche Ein'auch-Refraktometer, welcher unter Zuhilfenahme von Refraktionsbestimmungen die Dichte des Harns feststelle. Die dabei nötigen Rechnungen würden durch vorhandene Tabellen sehr vereinfacht.

Dr. Schabert: Das vom Herrn Kollegen Berg soeben vorgetragene Thema erscheine Redner für unseren Kreis noch etwas verfrüht, obgleich es in der übrigen Welt z. T. sehr aktuell sei. Bei uns hätte man sich mit dieser Frage noch zu wenig befasst, und es wäre daher wünschenswert gewesen, wenn der soeben gehörte Vortrag auf eine spätere Zeit verschoben worden wäre.

Er selbst hat nur 2 Mal Uret. katheterisiert — das ging ganz leicht und gut; was das von Dr. B. demonstrierte Instrument anbetrifft, so scheine es dem von Güterbock angegebenen, mit welchem man aus beiden Ureteren getrennt Urin auffangen könne, nachzustehen.

Redner wendet sich dann gegen den oft geübten Modus: eine neue äusserlich blendende Untersuchungsmethode auf den Schild zu erheben, und dabei andere, ältere Methoden zu vernachlässigen. Dies geschehe immer zum Schaden des Ganzen. In der Mehrzahl der Fälle käme es nicht so sehr darauf an über die Funktionstüchtigkeit der Nieren im Klaren zu sein — für den Operateuren entscheide meist die *Indicatio vitalis*. Dr. Bornhaupt hat 20 Fälle aus dem rig. Stadtkrankenhause zusammengestellt. Bei allen diesen war die *Indicatio vitalis* Ausschlag gebend, und zwar waren es meist Pyämien, Blutungen oder Schmerzen, die dem Chirurgen das Messer in die Hand zwangen.

Der Operateur, der sich streng an die Ergebnisse des Ureterenkath. hält, wird ja allerdings seine Operationsstatistik dadurch verbessern, die der Mortalität aber nicht.

Dr. Engelmann betont die Wichtigkeit: den Urin aus beiden Ureteren gleichzeitig zu gewinnen. Die vom Kollegen Berg angeführte Methode, nämlich den zur kranken Niere gehörenden Ureter zu katheterisieren, und einen gewöhnlichen Katheter in der Blase liegen zu lassen, sei völlig ausreichend. Eines besonderen Instrumentes für Katheterisation beider Ureteren bedürfe man nicht.

Dr. v. Bergmann: dass der Uret-Kathet. zuweilen mit grossen technischen Schwierigkeiten verknüpft sein kann. beweist ihm ein Fall, wo in seiner Gegenwart Kasper selbst nach langem erfolglosen Bemühen in den Ureter zu dringen, vom Katheterisieren abstehen musste. Israel, der ein Mal im Anschluss an Uret-Kath. schwere Infektion auftreten sah, hält auch von diesem Gesichtspunkte aus diese Untersuchungsmethode für bedenklich. Kummel in Hamburg, der mit viel Exaktheit in dieser Frage gearbeitet, berichtet über einen sehr frappanten Fall, wo er eine Frau, deren Nieren laut Harn-Untersuchung insuffizient waren, auf deren Bitten dennoch operiert hatte, und zwar mit dem besten Erfolge.

Um ganz exakt zu Werke zu gehen, müsste man, da der Urin der kranken Seite sich doch z. T., am Katheter vorbei, mit dem der gesunden mische, beide Ureteren gesondert katheterisieren. Dies verbiete sich aber der damit verbundenen Infektions-Gefahr wegen.

Dr. H. Lieven: Der exakte Kliniker wird nach wie vor alle ihm zu Gebote stehenden Untersuchungsmethoden zu Rate ziehn; er wird sich nicht auf den Uret.-Kath. beschränken.

Was die Technik des letzteren anbetrifft, so ist sie doch im Allgemeinen nicht so schwierig, wie Dr. v. Bergmann meint. Nur wenn die Blase sehr reich an Falten oder verzogen ist, kann sie grosse Schwierigkeiten machen. Infektionen hat er nie erlebt, -- einige Mal traten geringe Temperatursteigerungen auf.

Redner empfiehlt zur Uebung der Technik ein leicht konstruirbares Phantom, bestehend aus einem mit Wasser gefüllten Gefäss und einem darin befindlichen Stückchen Gummischlauch.

Zur Prüfung der Nierensuffizienz ist es zweckmässig vor der Katheterisation den Patienten eine Gabe Methylenblau innerlich zu verabfolgen.

Dr. O. Klemm bemerkt im Gegensatz zu den Auslassungen Dr. Schabert's, dass da die bisher besprochene Methode bei uns nicht geübt sei, man es nur mit Freuden begrüßen könne, dass Kollege Berg die Methode beherrscht, dass in der Ausübung doch keine Gefahr zu liegen scheine (nach den Berichten zu urteilen), und dass man sich nie in seinem Handeln binden dürfe durch Ausschlag einer Methode allein — sondern auch hier, wie sonst immer alle Momente zusammen das Urteil beeinflussen.

Je mehr Methoden der Untersuchung, desto klareres Urteil über den Fall.

Was die Kryoskopie betrifft, so ist sie nicht schwierig, und mit Hilfe des Beckmann'schen Apparates der Gefrierpunkt in $1/2$ Stunde leicht und zuverlässig zu bestimmen. Refraktometrische Bestimmungen wären ungenauer.

(Autoreferat).

Dr. Hampeln weist auf eine Arbeit Rovsing's in Kopenhagen hin, der in einer Reihe von Fällen d. Harn beider Ureteren bakteriologisch untersucht, und dadurch die Indikationen für die Operation wesentlich verfeinert habe.

Dr. Schabert betont nochmals das Ausschlaggebende der *Indicatio vitalis*. Auch wenn Gefrierpunktserniedrigung vorliegt, so müsse die Operation gemacht werden, falls Genesung ohne sie ausgeschlossen erscheint.

Dr. Berg. Ein Abfließen des Urins neben dem Katheter finde in den ersten 15—20 Minuten, und so lange dauert ja nur die Untersuchung, nicht statt, da der Ureter sich auf dem eingeführten Katheter als auf einem Fremdkörper reflektorisch kontrahiert. Bleibt der Katheter Stunden lang liegen — was niemals nötig ist, so muss zugegeben werden, dass Urin neben dem Katheter abfließen kann.

Einen doppelseitigen Katheterismus zur Methode zu erheben, wäre wegen der eventuell damit verknüpften Gefahren nicht angängig.

(Autoreferat).

d. z. Sekretär: S. Kröger jun.

Sitzung am 19. Februar 1903.

1. Dr. H. Berg demonstriert einen Fall von Sklerodermie.

M. H! Die Patientin, die ich heute die Ehre habe Ihnen vorzustellen, kam vor einigen Tagen in meine Sprechstunde mit der Klage zunehmender Steifigkeit an Händen und Armen seit 1 Jahr. Den Beginn ihres Leidens datiert sie vom August 1901, also vor 1½ Jahren; es stellte sich damals Schwellung und Rötung der Finger ein, und dieselben wurden nach jedesmaligem Waschen auffallend weiss.

Später stellten sich rote und blaue Flecken ein unter zunehmender Steifigkeit. In letzter Zeit ist der Prozess rasch über Arme und Hals fortgeschritten.

Die Patientin ist 28 Jahre alt, stammt angeblich aus gesunder, nicht neuropathischer Familie, ist selbst bisher stets gesund gewesen, seit über 4 Jahren verheiratet, hat vor circa 4 Jahren einen Abort im 4. Monat gehabt, veranlasst durch Trauma.

Im letzten Halbjahr hat sie an chronisch-rezidivierender Peritonitis gelitten aus unbekanntem Ursachen.

M. H! Sie sehen hier einen Fall von schön ausgeprägter sog. universeller Sklerodermie. Wegen der Gleichartigkeit des Grundcharakters lasse ich hier die Fälle von J a d a s s o h n und W o l t e r s aus dem N e i s s e r'schen stereoskopischen Atlas zirkulieren. Die Krankheit befindet sich in vorliegendem Falle durchweg in sklerotischem Stadium, die Hände in charakteristischer Krallenstellung, die Haut glatt, blank von eigentümlicher Härte, fühlt sich kühl an und hat ihre Elastizität, Faltbarkeit und Verschieblichkeit verloren.

Der pathologische Vorgang stellt sich dar als eine Erkrankung des Bindegewebes und der Gefässe. Das Epithel, Drüsen und Haare werden erst sekundär in den Prozess mit einbezogen; man sieht daher hier die Härchen durchweg erhalten.

Das dem sklerotischen vorausgehende erythematöse Stadium ist in diesem Falle nirgends mehr deutlich; gut versinnbildlicht wird es durch die Erzählung der Kranken, dass sie früher auf Frostbeulen behandelt worden.

Zur Therapie dieser prognostisch bekanntlich so ungünstigen Erkrankung möchte ich nur bemerken, dass die Patien-

tin jetzt Thiosinamin-Injektionen erhält, von denen man in letzter Zeit gute Resultate gesehen haben will.

(Autoreferat).

2. Dr. W. von Grot (als Gast) demonstriert einen im Stadtkrankenhaus von Dr. A. von Bergmann operierten Fall von Struma colloides cystica. Seit 14 Jahren hat Pat. an der linken Seite des Halses einen allmählich nach L.H.O. vergrößerten Tumor. Zunehmende Schluckbeschwerden zwingen Patientin zur Operation.

Der Tumor hat die Grösse eines Männerkopfes, ist der Trachea adhaerent, und drängt dieselbe nach rechts hinüber. Nach oben zu reicht der Tumor bis hinter den proc. mastoideus. Die hintere Rachenwand hühnereiförmig vorgewölbt. Epiglottis rinnenförmig komprimiert, das linke Stimmband paretisch.

Bei der am 15. Januar 1903 vorgenommenen Operation, erweist es sich, dass der Tumor, dessen Inhalt teils breiig, teils flüssig ist, bis an die Wirbelsäule sich erstreckt, mit dem Oesophagus fest verbacken ist und dass er längs dem Oesophagus sich erstreckend, mit einem fingerdicken Stiel bis an die Schädelbasis hinaufreicht und derselben adhaerent ist. Erwähnt wird der Resektion der Vena jugularis, der Schwierigkeit beim Ablösen des Tumors von der zur eventl. Tracheotomie blosgelegten Trachea, besonders des schwierigen Abkommens vom Oesophagus und von dem Ganglion cervicale supremum, sowie, dass der Rekurrens und Hypoglossus durchschnitten werden mussten. Der Wundverlauf ging glatt von Statten. Die gleich nach der Operation aufgetretene Ptosis des linken Augenlides und die Myosis der linken Pupille, beruhend auf Lähmung der sympathischen Fasern beim Ablösen des Ganglion cervicale supr. sind im Verschwinden. Es besteht zur Zeit noch eine Lähmung d. l. Stimmbandes und ein Abweichen der Zunge, beim Vorstrecken nach links. Am 20. Februar 1903 wird Pat. geheilt aus der Behandlung entlassen.

Hervorgehoben wird, dass hier die Schluckbeschwerden bedingt waren durch die Vorwölbung der hinteren Rachenwand, welche der in den Oesophagus eintretenden Speise ein direktes Hindernis bot, und dass ferner dieses der erste bekannte

Fall wäre, in dem sich eine Struma mit einem Stiel bis an die Schädelbasis erstreckt und derselben adhaerent ist.

(Autoreferat).

Dr. von Bergmann: Dieser Fall beweist, wie wichtig es zuweilen ist, bei scheinbar inoperablen Tumoren dennoch eine Operation zu wagen. Er habe sich zur Operation entschlossen, vornehmlich weil die frische, gesunde Beschaffenheit der Haut über dem Tumor gegen Malignität sprach, und weil ferner das Fehlen von Stauungserscheinungen auf der Rachenschleimhaut auf ein weniger tiefes Umsichgreifen des Gewächses hinwies, als seiner Grösse nach zu erwarten gewesen wäre. Und in der Tat erwies es sich nach dem Hautschnitte als durchaus operabel. Es empfiehlt sich daher in zweifelhaftem Falle stets eine Probeinzision zu machen.

In vorliegendem Falle ist das Wuchern des Tumors nach oben und um den Pharynx herum sehr bemerkenswert — auch die Litteratur biete dafür keine Erklärung.

3. Dr. Hampeln hält seinen angekündigten Vortrag: Zur Pathologie des Oesophagus-Karzinoms.

Vortragender äussert sich, durch Fälle in den letzten Jahren dazu veranlasst, über einzelne Fragen des Oesophagus-Karzinoms und zwar 1) über Metastasen, 2) über Blutungen und 3) über den häufigsten Sitz dieses Karzinoms.

ad. 1. In Bezug auf die Metastasen d. h. die wichtigen entfernteren Organmetastasen schliesst sich Vortragender der Ansicht Stricker's und anderer Autoren von der Seltenheit dieser Metastasen an, und begründet dieses vom Karzinom anderer Organe so abweichende Verhalten mit dem raschen, komplikationsreichen Verlauf gerade des Oesophaguskarzinoms. In 60 Sektionsfällen im Laufe von 13 Jahren fand sich ausser den gewöhnlichen Lymphdrüsenmetastasen nur 4 Mal metastatisches Leberkarzinom. Doch lag in diesen Fällen ein auf den Magen übergegangenes Kardiakarzinom vor, sodass die Beteiligung des Oesophagus an den Metastasen als nicht erwiesen anzusehen ist. Andere Organmetastasen kamen überhaupt nicht vor, wohl aber das kontinuierliche oder sprunghafte Uebergreifen des primären Oesophaguskrebses auf seine Umgebung («Inokulation resp. Implantation»). So bestand 2 mal neben dem Oesophaguskrebs ein Karzinom des Pylorus, einmal ein solches der kleinen Magenkurvatur. Einmal endlich

fand sich ein adhärenter Karzinomknoten der Kanda des Pancreas.

Hingegen überwogen auffallend andere Komplikationen entzündlichen Charakters, eitrige und nicht eitrige Pleuritis, Pericarditis, Gangrän und Abszess des Mediastinums, der Lungen, meist in Anschluss an eine Perforation des Oesophagus, in einigen Fällen aber auch ohne nachweisbare Kontinuitätstrennung. Diese Komplikation wurde in der Hälfte der Sektionsfälle beobachtet. Hervorzuheben sind von ihnen 9 Fälle von Gangrän und Abszess des Mediastinums, 14 Fälle von Lungengangrän und 11 Fälle von Lungenabszess, ein Fall von Haematothorax und ein Fall hämorrhagischer Perikarditis ohne Karzinometastasen.

ad. 2. Oesophageale Blutungen treten beim Sondieren bekanntlich häufig auf, gelegentlich auch in stärkerem Grade, seltener sind spontane Blutungen beim Oesophaguskarzinom, wobei es sich meist um geringe, leicht zu übersehende Mengen handelt. Doch bot sich Votr. die Gelegenheit in einer Minderzahl von Fällen profuse Haemorrhagien zu beobachten, und zwar ohne dass immer die Eröffnung grösserer Gefässe dabei beteiligt zu sein schien. Im ganzen ereigneten sich diese profusen Blutungen unter 215 F. seiner Hospital- und Privatpraxis 12 Mal, jedoch deckte nur in 2 von ihnen die Sektion die Ursache der Blutung, nämlich ulcerative Perforation des absteigenden Astes der Aorta auf. In den anderen 10 Fällen fand sich weder bei der Sektion noch in der Krankengeschichte ein Anhaltspunkt für die Annahme einer Eröffnung der Aorta oder anderer grösserer Blutungen.

Fall 1. Ein 50-jähriger Mann trat am 2. Oktober 1887 in das Hospital ein. Seit 3 Jahren im ganzen Schlingbeschwerden, höheren Grades seit 3—4 Monaten. Stenose des Oesophagus bei 33 cm. Lähmung des linken Stimmbandes. Wiederholte Sondierungen. Am 22. Dezember beim Sondieren Erbrechen schwärzlicher Massen. Am 27. Dezember fötide Exhalationen. Fieber Dämpfung RHÜ, und Bronchialatmen. Am 28. Dezember Tod.

Sektionsbefund: Ringförmiges karzinomatöses Ulkus der Speiseröhre, 18 cm. von der cric. beginnend, mit breiter Öffnung in die rechte Lunge perforiert. Gangränöser Sack

in der rechten Lunge, angefüllt von geronnenen Blutmassen. In der hinteren Trachealwand ein scharfrandiges Loch, das in einen kleinen Abszess führt (traumatische Perforation). Magen und Darm mit grossen Blutmassen angefüllt. Keine Metastasen.

Fall 2. Ein 40-jähriger Mann tritt November 1900 unter Erscheinungen vorgeschrittener Phtise ein und stirbt nach 3 Tagen.

SB. Lungentuberkulose. Ringförmiges karzinomatöses Geschwür der Speiseröhre, 3—4 cm. unter der Bifurkation beginnend, und bis zur Kardia reichend. — Magen nicht dilatirt, von schwarzem geronnenem Blut erfüllt. Darm leer. Aorta normal. Drüsen- und Lebermetastasen.

In beiden Fällen also klinisch latente profuse Blutung, wahrscheinlich vom Karzinomgeschwür herrührend, ohne sichtbare Eröffnung arterieller Gefässe. Hieraus folge, dass auch eine profuse Blutung nicht als solche auf Eröffnung grösserer Gefässe hinweist, sondern, wie an anderen Orten so auch hier, kapillären Ursprungs sein kann. Darum hat es sich s. Z. auch in den 8 anderen, was die Blutung selber betrifft, günstig ausgehenden Fällen gehandelt, von denen er 2 mitteilen will.

3. Ein 48-jähriger Mann, aufgenommen am 2. April 1899. Schluckbeschwerden seit 3 Monaten, seit 2 Monaten auch bei flüssiger Kost, seit 6 Wochen Erbrechen. Vorher an einem Tage Erbrechen grosser Blutmengen unter bedrohlichen Erscheinungen. Nachher nur geringe blutige Beimengungen zum Erbrochenen. Keine Sondierung vor der Blutung, sondern erst nachher. Hindernis bei 36 cm. 32, 28 und 40 cm. Entlassung am 15. April. Tod zu Hause nach 3 Monaten ohne Wiederholung der Blutung unter Erscheinungen eines Oesophaguskarzinoms mit terminaler Lungengran. Keine Sektion.

4. 65-jährige Patientin der Privatambulanz. Seit einem halben Jahre Schluckbeschwerden. Erbrechen fester Nahrung. Flüssiges passiert. Starkes Blutbrechen in den letzten 2 Wochen und zwar am ersten, zweiten und letzten Tage, jedes Mal ca. $\frac{3}{4}$ Liter. Kein Blutstuhl. Abmagerung. Zeichen der Arteriosklerose. Wegen Annahme eines perforierenden Aneurysmas keine Untersuchung der Speiseröhre. Ba-

dioskopie ergibt einen nicht pulsierenden Schatten, tumorähnlich, über dem Herzschatten. Patientin stirbt fern von Riga nach 4 Monaten unter Erscheinungen eines Karzinoms ohne Wiederholung der Blutung. Keine Sektion.

In diesen 2, wie in den übrigen nicht mitgeteilten, in Bezug auf die Blutung gleich verlaufenden Fällen lag somit eine profuse und dennoch das Leben nicht bedrohende Blutung beim Oesophaguskarzinom vor, als deren Quelle wie in den beiden ersten Sektionsfällen kleinere Gefässe, Kapillaren, Venen — angenommen werden dürfen. Man habe demnach in Bezug auf oesophageale Blutungen profuse manifeste oder latente, tödtliche aber selten auch passagere Gewebsblutungen als drittes differentiell diagnostisches Moment neben den beiden anderen Hauptmomenten, der Perforation des Oesophagus von der Aorta her, oder der Aorta resp. anderer Blutbahnen vom Oesophagus aus zu unterscheiden.

ad. 3. Was endlich den häufigsten Sitz des Karzinoms betrifft, so ergeben sowohl die Sektionsbefunde, wie die Sondierungen als übereinstimmendes Resultat die Praedilektion des untersten Oesophagusteiles, nämlich in 76 pCt. der Sezierten und 85 pCt. der Entlassenen (72 pCt. resp. 80 pCt. nach Ausscheidung des Kardiakarzinoms). Nur einmal befand sich d. Karzinom in den 60 Sektionsfällen im oberen Drittel, über der Bifurkation, 15 Mal lag seine Mitte, sein oberer od. unterer Rand im Bereich der Bifurkation, 46 Mal lag der obere Geschwürsrand unterhalb der Bifurkation. In 128 entlassenen Fällen war der Sitz des Karz. 6 Mal über der Bifurkation 12 Mal in ihrer Höhe und 110 Mal unterhalb (27, meist 30—34 cm. von den Zähnen). Bei der Sondierung bediente er sich der Olive mit dem Führungsstabe aus Fischbein, und führe sie nach Trendelenburg's Vorgange hinter dem Kranken stehend, aus. Auch bei grösster Vorsicht seien Perforationen, sei es eines versteckten Aneurysmas oder des karzinomatösen Oesoph. nicht ausgeschlossen. (Kraus, Litten). Nach seiner Erfahrung sei die Gefahr gerade auf ein Aneurysma zu stossen, allerdings gering, da dieses, wie auch Kernig hervorhebt, nur höchst selten, bei Verwachsung mit dem Oesophagus und Perforationstendenz, zu dauernder Kompression führt. Verhältnismässig häufig hingegen kämen Perforationen des karz. Oesoph. mit der

Sonde vor, die übrigens in einzelnen Fällen anscheinend ohne üble Folgen verlaufen. In Berücksichtigung dieser Gefahren gelte es gewiss der Mahnung eingedenk zu bleiben, jeder Sondierung die genaueste Untersuchung, insbesondere der Aorta und sorgfältige Erwägung aller möglichen, auch seltenen Veranlassungen einer Stenose vorzuschicken.

(Autoreferat).

Dr. von Bergmann: Ein seltenes Symptom, das aber auch der Erwähnung wert erscheint, ist bei Oesophaguskarzinom das Auftreten subkutaner, metastatischer Abszesse. Redner hat in einem solchen Falle, bei dem keine Stenosenerscheinungen bestanden, nur aus diesem Symptom und der zunehmenden Kachexie die Krebsdiagnose stellen können, — (allerdings wurde damals fälschlich Intestinalkarzinom angenommen). Was die Stenose der Speiseröhre betrifft, so lässt sie sich ja freilich eine Zeitlang durch Sondenbehandlung in Schranken halten — später hilft aber auch diese nicht mehr, dann bleibt nichts übrig, als zur Anlegung einer Fistel zu schreiten. Durch eine solche wird nicht nur die Ernährung wesentlich gefördert, sondern auch durch den gleichzeitigen Fortfall der quälenden Schluck- resp. Sondierungs-Manipulationen das Allgemeinbefinden des Kranken bedeutend gebessert. Die von Witzel angegebene Operationsmethode giebt im Ganzen gute Resultate.

Dr. Hampeln macht auf die verschiedenen Verlaufseigentümlichkeiten des Oesophaguskarzinoms in verschiedenen Ländern aufmerksam, was vielleicht mit den örtlichen Lebensgewohnheiten in Zusammenhang steht. Hier zu Lande gehören z. B. Organmetastasen zu den grössten Seltenheiten, während sie in Deutschland einen grossen Prozentsatz der Komplikationen ausmachen. Auch die Lokalisationen sind verschieden: so überwiegt in England das obere Drittel der Speiseröhre, während nach allen übrigen Statistiken dies zu den Seltenheiten gehört.

Die von Dr. Bergmann angeführten metastatischen Abszesse hat Redner auch beobachtet und zwar am Halse bei hochsitzendem Karzinom, wo der Abszess durch Zerfall krebsig infiltrierter Drüsen entstanden war,

Was die Therapie betrifft — eine Frage, die allerdings über den Rahmen des heutigen Vortrages hinausgeht — so ist

man im Allgemeinen schwankend, welcher Behandlungsmethode, ob der exspektativen, d. i. Sondierung, oder der chirurgischen d. i. der Ernährung durch die Fistel man den Vorzug geben solle.

Die Sondierung ist nach Kraus keineswegs für alle Perforationen und Abszessbildungen verantwortlich zu machen. — eine Anschauung, die früher allgemein war, und der Redner gleichfalls huldigte, — sondern letztere kommen auch ebenso bei Operierten vor. Doch da es sich dabei stets um spät Operierte handelte, so ist nicht ausgeschlossen, dass die Frühoperierten bessere Resultate zeitigen dürften. In Hinblick auf eine damit verbundene Verlängerung des Lebens und gleichzeitige Milderung der Leiden wäre eine Operation in jedem Falle zu empfehlen. Kraus pflegt nur 8 Tage lang die Sondenbehandlung zu versuchen: bewährt sie sich nicht, so schlägt er die Operation vor.

Dr. von Bergmann: Zu früh sollte man die Operation lieber nicht vornehmen, da die Patienten die Ernährung durch die Fistel, bei der der Genuss am Essen natürlich in Fortfall kommt, auf die Dauer schlecht vertragen.

Die Radikaloperation giebt zur Zeit nur absolut schlechte Resultate.

Dr. Schabert: Dr. Hampeln stellt die Blutungen aus dem Oesophagus als parenchymatöse in eine Linie mit den Blutungen aus anderen Organen. Doch wie es scheint nicht mit Recht. Denn wenn man bedenkt, dass der Plattenepithelkrebs überhaupt gar nicht zur Blutung neigt, wie z. B. das Lippenkarzinom, so wäre es doch sehr befremdlich, sollte das Karzinom der Speiseröhre davon eine Ausnahme machen. Am ungezwungensten erklären sich letztere Blutungen aus einem gangränösen Zerfall der Schleimhaut im Bereiche des Krebsgeschwürs. Und solche Gewebe bluten in der That exquisit — man brauche nur an die Lungengangrän zu denken. Die mehrfach erwähnte geringe Neigung Organmetastasen zu machen teilt der Krebs der Speiseröhre wohl mit allen Plattenepithelkrebsen.

Dr. Hampeln: Was die Metastasenbildung anbetrifft, so stimmen auch in Deutschland die Autoren darin nicht überein. Kraus betont z. B. deren Häufigkeit, Stricker hält sie wieder für selten.

Die Auslassungen Dr. Schaberts über die Gewebsgangrän als Ursache der Blutungen scheinen das Richtige zu treffen. Ihm, Redner, war vornehmlich am Ausschluss sichtbarer arterieller Blutungen gelegen; und er nahm daher per exklusionem parenchymatöse an, möchte aber jetzt doch der von Schabert dargelegten Auffassung den Vorzug geben.

In der möglichst späten Anlegung einer Fistel stimmt er mit Dr. Bergmann überein.

d. z. Sekretär: S. Kröger jun.

Sitzung am 5. März 1903.

1. Dr. Heinrich Lieven demonstriert einen Patienten mit circumscripiter Sklerodermie. Auf den Armen sieht man ziemlich scharf umschriebene, weisse Flecken, die unter die Hautoberfläche eingesunken erscheinen und sich wie Papier anfühlen. Daneben vereinzelte runde pigmentierte Stellen. Auf der linken Bauchhälfte streifenförmige derbe Pigmentationen. Differentialdiagnostisch käme die *Lepa anaesthetica* in Betracht, nur ist dort die Sensibilität vollständig aufgehoben, während sie hier bloß herabgesetzt ist. Die Prognose ist im Vergleich zur gewöhnlichen Sklerodermie eine günstige, da gewöhnlich nach Verlauf einiger Jahre Spontanheilung eintritt: jedoch kann sich aus der circumscripiten Form auch eine allgemeine Sklerodermie entwickeln.

Patient, der demonstriert wird, scheint geheilt, trotzdem ist er es nicht. Nach seinen eigenen Angaben nehmen die Flecken ca. 2 mal im Jahre eine pralle Spannung an, röten sich lebhaft und jucken heftig. Nach einiger Zeit tritt dann wieder der status quo ante ein. Therapeutisch unterlasse man am besten alles und warte ruhig ab. Sollte der Prozess die Tendenz zum Fortschreiten zeigen, so wende man die bei der gewöhnlichen Sklerodermie geübte Therapie an: Systematisch durchgeführte Bäderbehandlung mit darauffolgender Massage und Einölen der erkrankten Stellen. Medikamente haben sich als nutzlos erwiesen; die von Hebra empfohlenen Thiosinamin-Alkoholinjektionen müssen erst noch geprüft werden.

(Autoreferat).

2. Dr. Bertels hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber Malaria und Anopheles in Riga und Umgebung.

Einleitend erwähnt Redner die Arbeiten Grassis und Anderer, durch welche der gesamte Entwicklungsgang der Malariaparasiten im Anopheles klargelegt worden ist; ferner die experimentellen Uebertragungen der Malaria auf gesunde Menschen durch infizierte Anopheles; schliesslich die Versuche, durch welche der Nachweis geführt wird, dass man durch den Schutz vor Mosquitos sich auch gleichzeitig vor Malaria schützt.

Vortragender hat es sich zur Aufgabe gestellt, zu untersuchen, in wieweit in Riga und Umgegend die geographische Verbreitung der Anopheles sowohl, als auch ihre zeitliche Verteilung über die einzelnen Monate des Jahres mit dem Vorkommen von Malariaerkrankungen in Uebereinstimmung steht, und ist zu dem Resultat gekommen, dass überall dort, wo viel Malaria herrscht, auch viele Anopheles zu finden sind man sucht nach denselben am besten in solid gebauten, nicht zugigen Pferde- und Viehställen), während dort, wo die Anopheles spärlich sind, es gar keine oder nur wenig Malaria giebt.

Was die zeitlichen Beziehungen anlangt, so hat Vortragender gefunden, dass bei uns die Malariaepidemie jedes Jahr im Frühling beginnt, im Mai oder Juni (n. St.) ihren Höhepunkt erreicht und dann langsamer als sie begonnen, wieder absinkt. Im Winter giebt es nur vereinzelte Fälle. Dies entspricht dem Verhalten der Anopheles insofern, als auch diese im Winter nur in geringer Zahl zu finden sind, und für gewöhnlich nicht stechen. Doch ist es Redner gelungen, auch mitten im Winter die Anopheles dadurch zum Stechen zu bewegen, dass er sie einige Tage lang bei Zimmertemperatur aufbewahrte. Im Stall hat Redner den ersten bluterfüllten Anopheles im Jahr 1903 am 26. Februar (n. St.) gefunden. Am 16. März (n. St.) waren schon fast alle im Stall gefangenen Anopheles mit Blut gefüllt.

Die Anopheleskurve weicht aber insofern von der Malaria-kurve ab, als die Anopheles bei uns 1902 in den Monaten Juli und August (nach ihrem Vorhandensein in den Ställen zu urteilen) am zahlreichsten waren, während die meisten Malariaerkrankungen in den Mai fielen. Es muss hier also

einen noch unbekanntem Faktor geben, welcher trotz Zunahme der Anopheles in den Monaten Juni, Juli, August eine Abnahme der Zahl der Malariaerkrankungen zu Wege bringt.

Genaueres wird seinerzeit im Druck erscheinen.

(Autoreferat).

Dr. Bernsdorff, als Präses, dankt Vortragendem für die soeben dargestellten Ergebnisse seiner eingehenden Forschungen, welche in der Art in Russland bisher noch nicht ausgeführt worden.

Was die von Dr. Bertels angeführten Malariaerkrankungen in der Knabenabteilung des Kinderasyles, wobei die Abteilung für Mädchen verschont blieb, anbetrifft, so möchte Redner als Erklärung dafür anführen, dass wir damals ein besonders warmes Frühlingswetter hatten, und in der Knabenabteilung für die Nacht die Fenster offen gehalten wurden, bei den Mädchen aber nicht. So ist es verständlich, dass die Anopheles zu den Knaben eindringen und diese infizieren konnten, während die Mädchen verschont blieben. In dem ihm gleichfalls bekannten Falle auf dem II. Weidendam war die Infektion aller Wahrscheinlichkeit nach auch durch die zur Nacht geöffneten Fenster erfolgt.

Redner richtet zum Schluss an Dr. Bertels die Frage, ob diese Gelegenheitsursache auch sonst für die Erkrankungen an Malaria von Bedeutung sei?

Dr. Bertels kann darüber nichts Genaueres sagen. In den Wohnungen der erkrankten Arbeiter hat er häufig Anopheles gefunden.

Dr. Ed. Schwarz berichtet, dass er von einem Bekannten, der in den Tropen gelebt hat, erfahren habe, dass die dortige Malaria häufig durch auf Oleander lebende Blattläuse verbreitet würde.

Dr. Bertels: Vicente hat in der Tat Mitteilungen über einen Fall gemacht, in welchem er eine Uebertragung der Malaria durch Blattläuse annimmt. Nach einem Referat im «Centralbl. für Bakteriologie» verhielt sich die Sache folgendermassen. Ein Knabe, der sein in malariafreier Gegend liegendes Elternhaus nie verlassen hatte, erkrankte an Malaria und es ergab sich, dass die Mutter früher in einer versehrten Gegend dieselbe Krankheit acquiriert hatte. In

der Wohnung fanden sich eine Anzahl von Oleanderbäumen, auf welchen eine grosse Menge von Blattläusen lebten. Vicente glaubt, dass diese Blattläuse die Malaria von der Mutter auf den Sohn übertragen hätten und hofft, die Malariaplasmodien in den Blattläusen darzustellen.

Redner hat noch eine andere, soweit ihm erinnerlich, bestimmter lautende Angabe über die Uebertragung der Malaria durch eine «Oleanderschildlaus» gelesen, hat aber die betr. Notiz nicht wieder auffinden können. Jedenfalls stehen derartige Angaben ganz vereinzelt da.

(Autoreferat).

Dr. E. D. Schwarz: In einem Falle von Polyneuritis, den er im Krankenhause behandelte, glaubt Redner die Erkrankung auf Malaria zurückführen zu müssen: Pat. erkrankte an einer Neuritis im Gebiete des rechten Plexus brachialis, nachdem er vorher mehrere typische Malariaanfalle durchgemacht hatte. Als er ins Krankenhaus eintrat, war die Milz noch deutlich vergrössert. Das Fieber war bereits geschwunden — auch das Fahren nach Plasmodien blieb erfolglos.

Eigentümlich war eine circumscribte, myositische Schwellung im M. biceps dexter, in deren Bereich die elektrische Erregbarkeit völlig erloschen war, während die übrigen Teile des Muskels Entartungsreaktion aufwiesen. Diese Schwellung hinterliess eine derbe Schwièle, die noch längere Zeit nach erfolgter Heilung deutlich palpabel war. Da bekanntermassen eine Polyneuritis durch Malaria entstehen kann — wenigstens hat Remak eine grössere Reihe aus den Tropen zusammengestellt — so wäre es dankenswert, wenn Dr. Bertels vorkommenden Falles auch auf diese Frage sein Augenmerk richten würde.

Dr. H. Schwartz hatte vor Jahren als stellvertretender Fabrikarzt am «Prowodnik» einen Arbeiter mit typischer Malaria behandelt. Nachdem derselbe genesen, stellte er sich einige Zeit später mit einer Schwièle im Gastroknemius vor. Obgleich Redner damals auf das Vorausgehen einer Polyneuritis gar nicht geachtet hatte, glaubt er jetzt doch, dass es sich damals um einen, dem vom Vorredner soeben beschriebenen ähnlichen Fall gehandelt habe.

Redner berichtet ferner, dass vor 3 Jahren im Kinderhospitale vereinzelt Fälle von Malaria nichts Ungewöhnliches waren; wie aber solche Erkrankungen mit einem Schlage aufhörten, nachdem eine auf dem Gehöfte befindliche Pfütze von kaum 20 Quadrat-Fuss Flächenraum zugeschüttet war. Während dieser Erkrankungen war wiederholt auf Anopheles gefahndet worden, anfangs mit negativem, späterhin — unter Beihilfe von Dr. Bertels — aber mit positivem Erfolge.

Redner wendet sich sodann gegen die, sogar auch in der neuesten Litteratur (Nothnagel) gebräuchliche Bezeichnung «Quotidiana-Parasiten», als ob diese Form der Malaria eine Besonderheit repräsentiere, und stellt sich auf Seite der Italiener, die in der Quotidiana nur eine Tertiana duplex sähen.

Ein Fall aus seiner Praxis scheint ihm diese Stellungnahme auch genügend zu rechtfertigen. Es handelte sich um eine Malaria mit typischen Anfällen von Intermittens quotidiana, die sich aber dadurch auszeichneten, dass immer ein Tag mit exquisit hoher Temperatur mit einem solchen von etwas niedrigerer abwechselte. Dieses Fieber schwand auf Chinin völlig, recidivierte aber bald als typische Tertiana.

Dr. W. Lieven: Es ist wichtig, die Malaria-Anopheles-Theorie, die ihre Wiege im Süden hat, an nördlichen Malariaherden nachzuprüfen. Da der Malariaparasit beim Uebergang aus dem gleichmässig temperierten menschlichen Blut in den Leib des kaltblütigen Anopheles für seine Weiterexistenz einer gleichmässig hohen Aussentemperatur bedarf, so ist verständlich, dass er sich nur in der warmen Jahreszeit entwickeln könne. Das Temperaturoptimum liegt bei $+30^{\circ}$ C. Die untere Grenze etwa bei 20° C. (Grassi, Celli). Das Jahr 1902 war ein abnorm kaltes. Auf der meteorologischen Station zu Riga sind pro 1902 nur am 29., 30., 31. Mai, am 1. Juni, am 21. Juni und am 1. Juli mittlere Tagestemperatur von ca. 20° C. beobachtet worden ($19,9 - 22,5^{\circ}$), also nur an 6 dabei nicht auf einander folgenden Tagen. Eine mittlere Tagestemperatur von 18° C. kam noch am 27. Juli zur Beobachtung.

Trotzdem ist dieses Jahr durch eine äusserst heftige Malariaepidemie gekennzeichnet, die nach Redners Statistik im Mai

ihre Acme erreichte, um bereits im Juni wieder schnell abzufallen. (Zugang an Malariakranken pro 1902):

Januar	3
Februar	5
März	48
April	162
Mai	253
Juni	153 u. s. w.

Ausgehend von der allgemein angenommenen Tatsache, dass der Malariaparasit im Anophelesleibe sich erst bei einer Temperatur von ca. 20° C. geschlechtlich entwickeln kann, dass in der kühlen Jahreszeit d. Anopheles stechen ohne zu infizieren (Koch): sich ferner stützend auf die ungünstigen Temperaturverhältnisse des Jahres 1902 — ist Redner zur Ueberzeugung gekommen, dass, falls wir nicht alle oder die meisten Malariaerkrankungen pro 1902 als Rezidive des Jahres 1901 auffassen wollen, die Anopheles bei der Malariaepidemie 1902 in Riga eine unwesentliche Rolle gespielt haben muss.

(Autoreferat).

Dr. Bertels: (Auf Dr. Lieven's Einwände): Grassi giebt die Minimaltemperatur für die Entwicklung des Tertianparasiten im Anophelesleib nicht auf 20° C., sondern auf 18° C., Doflein in seinem Buch über die Protozoen sogar nur auf 17° C. an. Das sind Temperaturen, welche in unseren Wohnungen auch im Winter etwas ganz Gewöhnliches sind. Da nun die Anopheles nächst den Viehställen gerade die menschlichen Wohnungen als Aufenthaltsorte bevorzugen, so liegt von Seiten der Temperatur bei uns zu keiner Jahreszeit ein Hindernis für die Entwicklung der Tertianparasiten vor, namentlich wenn man die Vorliebe der Anopheles berücksichtigt, sich an der Zimmerdecke aufzuhängen, wo die Temperatur um ein Beträchtliches wärmer ist, als in den unteren Regionen.

Was den Verlauf der Tertianaepidemie in Italien betrifft, so ist es richtig, dass sowohl Rob. Koch, als auch Celli und del Pino das Vorkommen einer Frühjahrstertianaepidemie für die von ihnen untersuchten Gegenden in Abrede stellen. Nach den genannten Autoren sind die im Frühjahr vorkommenden Fälle von Tertiana fast sämtlich als Recidive

vom Vorjahr aufzufassen und die eigentliche Tertianaepidemie fällt gleichzeitig mit der Aestivoautumnalfieberepidemie in die zweite Hälfte des Jahres. Die Erklärung für das späte Auftreten der Tertiana, trotzdem dass Anopheles schon vorher in genügender Menge vorhanden sind, soll nach den genannten Autoren darin zu suchen sein, dass die Temperaturen in der ersten Hälfte des Jahres nicht genügend hoch sind, um die Malariaplasmodien im Anophelesleibe zur Entwicklung zu bringen. Das wäre nun allerdings eine höchst auffallende Tatsache, dass zu einer Jahreszeit, in welcher es bei uns schon Malariafälle in grosser Menge giebt, dass es in dieser selben Jahreszeit in Italien noch zu kalt sein soll zum Zustandekommen einer Malariaepidemie. Entweder also muss die Erklärung Koch's und Ceili's für das Fehlen der Frühjahrstertiana in Italien falsch sein oder wenn die Malariaplasmodien dort wirklich die für ihre Entwicklung nötige Temperatur nicht finden sollten, so kann das daran liegen, dass die Häuser in Italien weniger fest gebaut und die Oefen nicht so gut geheizt sind, wie bei uns; vielleicht auch daran, dass die Anopheles sich mehr im Freien aufhalten, als bei uns. Jedenfalls steht fest, dass die Anopheles bei uns auch im frühen Frühling Temperaturen finden können, in welchen sie die von ihnen beherbergten Tertianaparasiten zur Reife bringen können.

Uebrigens giebt es auch in verschiedenen Gegenden Italiens namentlich in Norditalien eine Frühjahrsepidemie von Tertiana, die vollständig der unsrigen entspricht.

(Autoreferat).

Dr. v. Krüdenor führt einen Fall aus seiner Praxis an, der dem von Dr. Ed. Schwarz soeben besprochenen, gleichfalls analog ist. Es handelt sich um einen Mann mit Neuritis optica, bei welchem es sich während der klinischen Behandlung herausstellte, dass er an Malaria litt, die er als Soldat in Polen erworben hatte. Aehnliche Fälle sind auch von Uthoff und Marino beschrieben worden.

Dr. H. Schwartz verweist auf eine neue holländische Arbeit, nach welcher die Entwicklung der Tertianaparasiten sogar bei nur 15° C. beobachtet worden. Danach scheint doch die Minimaltemperatur in den verschiedenen Ländern zu variiren, und es wäre sehr wohl denkbar, dass die italienischen

Anopheles einer höheren Temperatur bedürften, als die in nördlichen Ländern lebenden.

Dr. Zander: Der Anopheles hat im Gegensatz zu seinem relativ schweren Körper ein schwaches Flugwerk, und wird daher immer geschützte, stille Orte zu seinem Aufenthaltsorte wählen. Bei uns, wo verhältnismässig viel Wind herrscht, sind es in erster Linie die Wohnräume, Viehställe etc., die die Berührung mit Anopheles begünstigen. Ein Faktor, der für die Entwicklung der Eier resp. Embryonen durchaus notwendig erscheint, ist das Wasser, sei es auch nur in Form eines kleinen Tümpels, oder als Inhalt einer Wassertonne. Sehr lehrreich dafür ist eine in Amerika gewonnene Beobachtung: in einer sehr trockenen, wasserfreien Gegend bricht eine schwere Malaria aus. Nach langem, erfolglosem Suchen findet man an den Blättern einer wassertröpfen-sammelnden Pflanze Anopheleseier.

Dr. Voss wusste bisher nicht, dass wir 2 Arten von Mücken bei uns haben und fragt Dr. Bertels, ob es nicht möglich sei, dass unser Culex durch Anopheles verdrängt worden? Das wäre eine Erscheinung, für welche sich in der Natur vielfach Analogien darbieten. Redner fragt ferner, ob sich in den einzelnen Jahren eine Uebereinstimmung in der Häufigkeit des Vorkommens von Anopheles einerseits und Malaria andererseits nachweisen lasse?

Dr. Bertels: (Auf Dr. H. Schwartz's Anfrage bezügl. der Quotidiana):

Dass die in unseren Breiten vorkommenden Quotidianfieber als Tertiana duplex aufzufassen sind, darüber herrscht allgemein Uebereinstimmung. Der von Mannaberg in seinem Lehrbuch angeführte Quotidianparasit hat nichts mit unserer Quotidiana zu tun, sondern kommt der tropischen (resp. südeuropäischen) Malaria zu. Nach R. Koch's Ansicht, welche gegenwärtig die herrschende geworden ist, giebt es aber überhaupt keinen Quotidianparasiten, sondern die verschiedenen Erscheinungsformen des «Tropenfiebers», zu denen auch das «Aestivoautumnalfieber» der Italiener zu rechnen ist, werden alle durch eine einzige Spezies des Malariaplasmodiums hervorgerufen, welches gleich unserem Tertianparasiten einen ca. 2tägigen Entwicklungszyklus hat, und das Quotidianfieber kommt dadurch zu Stande, dass

die infolge des ersten Fieberanfalls erhöhte Temperatur noch nicht zur Norm abgefallen ist, wenn der nächste Fieberanfall beginnt.

(Nachdem Dr. W. Lieven Citate aus Grassi verlesen hatte):

Wenn Grassi die Minimaltemperatur auf 18--20° C. an giebt, so ist daraus zu entnehmen, dass die genaue Minimaltemperatur eben 18° C. ist.

(Auf Dr. Voss's Anfrage):

Ob die Häufigkeit des Vorkommens von Anopheles mit der Häufigkeit der Malariafälle in den einzelnen Jahren übereinstimmt, darüber liegen keine Beobachtungen vor. Dass ein wechselseitiges Vikariiren etwa zwischen der Menge der Anopheles und der der Culexarten stattfindet, ist wenig wahrscheinlich, da überall dort, wo man Anopheles findet, gleichzeitig auch Culex vorkommt, und zwar wie es scheint überall in weit überwiegender Zahl.

(Autoreferat).

Dr. Bosse macht auf den Vegesaksholm als eine Brutstätte der Malaria aufmerksam. Im vorigen Sommer sei dort kein Haus verschont geblieben. Diese Bevorzugung besagten Ortes sei wohl zum grossen Teil auf die heftigen Ueberschwemmungen, denen er im Frühjahr ausgesetzt ist, zurückzuführen.

Dr. Zander: Die Larven der Anopheles unterscheiden sich von den Culexlarven dadurch, dass ihr Körper glashell und mit einer Luftblase versehen ist; — ferner schwimmen sie horizontal auf dem Wasser, während die Culexlarven mit ihrem Hinterteil eintauchen.

Redner hat besagte Larven in früheren Jahren häufig gefangen, und zwar war die Ausbeute in den verschiedenen Jahren enorm wechselnd. In manchem Sommer konnte er mit ihnen grössere Gefässe in kurzer Zeit füllen, in anderen wieder fing er nichts. Dieser Wechsel der Frequenz der Anopheles wird sicher auch auf die Ausbreitung der Epidemien von Bedeutung gewesen sein.

Dr. Hach macht darauf aufmerksam, dass die Auseinandersetzungen Dr. Lieven's doch im Grunde die Anopheles-Theorie gar nicht erschütterten, sondern eher stützten: Gerade bei kühlerer Aussentemperatur fände von Seiten der Be-

völkerung ein vermehrter Aufenthalt in den Wohnräumen statt — damit sei eine erhöhte Infektionsgefahr gegeben.

Dr. Hampeln schliesst sich Dr. Hach vollkommen an: auch bei anderen Epidemien, wie z. B. Typhus exanthematicus, sei dieser Umstand sehr in die Augen springend.

d. z. Sekretär: S. Kröger, jun.

Sitzung am 19. März 1903.

1. Dr. P. Alexejew (als Gast): hält seinen angekündigten Vortrag «Ueber die im verflossenen Dezennium in Riga beobachteten epidemisch auftretenden Krankheiten». Bevor ich Kurven, die den Gang der epidemischen Krankheiten in Riga darstellen, demonstriere, werde ich mir erlauben, einige Erläuterungen darüber voranzuschicken.

Die Zahl der in der Medizinalabteilung eingelaufenen Anzeigen von epidemischen und endemischen Krankheitsfällen belief sich im verflossenen Dezennium, von 1893—1903, auf circa 38 Tausend.

Registriert wurden 19 Krankheitsarten — an der Spitze der Liste dieser Krankheiten der Typhus exanthematicus, am Ende die Influenza. Unter diesen 19 Krankheitsarten befinden sich auch Ophthalmia blenorrhoïca, Febris puerperalis, Parotitis epidemica, Pneumonia crouposa, Erysipelas — alles Krankheiten, die wegen ihres seltenen Auftretens in Form von Epidemien bei der Zusammenstellung der Kurven nicht in Betracht gekommen sind.

Die Zahl der in der Medizinalabteilung aus dem statistischen Bureau eingelaufenen Karten kann nicht als Zahl der in Riga vorgekommenen Fälle von epidemischen und endemischen Krankheitsfällen angesehen werden. Das sind nur die registrierten Fälle. Man kann nicht annehmen, dass alle Krankheitsfälle, die registriert werden sollen, angezeigt wurden und jemals angezeigt werden können, weil:

I) nicht alle Kranken von Aerzten behandelt werden: eine grosse Zahl der Einwohner Rigas aus den niederen Schichten der Gesellschaft erkrankt, genest und stirbt ohne die Hilfe der Aerzte in Anspruch zu nehmen. Viele Beerdigungen werden

nicht auf Grund eines ärztlichen Totenscheines gemacht; oft genügen Aussagen von Eltern und Verwandten oder ein Polizeizeugniss. Mit den Genesenen scheint es noch schlechter zu stehen; wenn man von Pest und Cholerafällen, die wohl alle angezeigt werden, absieht, so kommen gewiss eine Unmasse von Typhusfällen z. B. vor, die ohne ärztliche Kontrolle bleiben. Kinderkrankheiten werden in den unteren Schichten der Bevölkerung nicht immer von Aerzten behandelt, und alles verläuft ohne deren Hülfe gut, zum Beispiel bei Masern und Scharlachkranken.

2) Nicht alle praktizierenden Aerzte zeigen alle Fälle von epidemischen Krankheiten an. Es ist schon früher vorgekommen und soll auch zuweilen vorkommen können, dass ein oder der andere Arzt nicht immer die nötige Zahl der Blankette zur Hand hat, oder auch aus irgend welchem Grunde es unterlässt, jeden von ihm beobachteten Fall anzuzeigen.

3) Es können Unregelmässigkeiten bei der Zustellung der Karten in die Medizinalabteilung vorkommen, und bei der Registrierung der Karten daselbst sind schon leider Rechnungsfehler beobachtet worden und es sollen auch noch bis dato verschiedene Fehlerquellen bei der Registrierung der Karten in der Medizinabteilung konstatiert werden können.

Aus diesen 3 Gründen muss der Wert der von mir angeführten und bearbeiteten Zahlen niedrig genug gestellt werden

Aus den Kurven ist zu ersehen, dass 1) die Morbidität an ansteckenden Krankheiten in Riga nicht eine konstante ist — und grossen Schwankungen — Jahresschwankungen unterliegt. Der nicht kontinuierliche Gang der Gesamtzahl der Erkrankungen ist aus den Kurven zu ersehen. Die Kurven steigen und fallen nicht in jedem Jahre, sondern sie sind 2 Jahre im Aufsteigen und ebensolange im Fallen begriffen. Der Gang der Erkrankungen, der Massenerkrankungen in Riga scheint 2-jährige Perioden darzustellen — nicht jedes Jahr ist ein schlechtes oder gutes Jahr, sondern alle 2 Jahre giebt es ein gutes und alle 2 Jahre ein schlechtes Jahr. Das 3. Jahr ist entweder gut oder schlecht.

2) Die Monatskurven erreichen ihre Klimax im August; die Dysenterie scheint den Ausschlag zu geben. Dass die Sommeriarhöen, die im Juni und Juli grassieren, dabei im Spiele sind, ist nicht unwahrscheinlich — man möchte glauben, dass

nicht alles, was als Dysenterie registriert ist, auch wirklich Dysenterie war.

Die Dysenterie trat im letzten Dezennium mit einer in die Augen springenden Regelmässigkeit auf. Keine der anderen epidemischen Krankheiten hatte solch einen ausgesprochen regelmässigen Charakter im Erscheinen und im Schwinden. Das allgemein charakteristische für Epidemien ist ihr spontanes, unregelmässiges, an keine Zeit gebundenes Auftreten, was bei der hiesigen Dysenterie nicht der Fall ist. Sollte das nicht für den endemischen Charakter unserer Dysenterie sprechen? Sind nicht die Bodenverhältnisse, die konstanter als die Witterungsverhältnisse sind, hier am meisten als Ausschlag gebend, anzusehen? Epidemien werden eingeschleppt, tauchen auf und schwinden, um nicht alle Jahre wiederzukommen. Die Dysenterie erscheint aber hartnäckig alle Sommer zur selben Zeit. Sind nicht Lokalverhältnisse, abgesehen vom Obstgenusse hier die Hauptursache?

3) Scharlach und Masern laufen parallel. Ihre Kurven konvergieren zuweilen. Das Auftreten von Tussis konvulsiva nach den Masern lässt sich nicht konstatieren — es ist allgemein angenommen, dass dem so ist, — aus den Kurven, der kleinen Zahl wegen, kann man das aber nicht ersehen.

4) Das Verschwinden des Typhus exanthemat. gegen das Ende des Dezenniums, das Auftreten der Intermittens am Ende desselben vor ungefähr 3 Jahren, und die Verminderung der Zahl der Pockenkranken sind interessante Daten, für die ich keine Erklärung weiss. Die Ansichten der Kollegen über die Ursachen des Auftauchens und Schwinden dieser Krankheiten kennen zu lernen, würde mich sehr interessieren und mir sehr angenehm sein.

Dr. Hampeln richtet an Vortragenden die Frage, ob die in der Kurve registrierten Fälle von Rekurrens sich auf in Riga ansässige oder angereiste Kranke bezögen. Zwei, während seiner Zeit in der inneren Abt. des Krankenhauses behandelte Fälle stammten aus Riga selbst, und betrafen Eisenbahnbeamte, die auf der Station Riga I. wohnten.

Dr. Alexejew erwidert, darüber keine Notizen zu besitzen.

Dr. Berkholz die von Dr. Alexejew registrierten Fälle beziehen sich auf angereiste Kranke.

Was die übrigen epidem. Krankheiten betrifft, so möchte er Folgendes bemerken: Das Auftreten der Dysenterie ist nach seinen Erfahrungen fast nur an die niedere Bevölkerung gebunden. Dies findet wol darin seine Erklärung, dass bei dieser Krankheit die Ernährungsverhältnisse eine gewichtige Rolle spielen.

Der Typhus exanthematicus hat bei uns keinen streng epidemischen Charakter: er hört nie ganz auf, zeigt aber andererseits auch wenig Neigung sich auszubreiten. Meist stammen 4—5 Fälle aus einem Hause, dessen Nachbarschaft verschont bleibt.

Seine Häufigkeit ist grösser, als die statist. Zahlen angeben. Er wird wahrscheinlich nicht immer erkannt, besonders wenn er ohne Exanthem verläuft. Solche Formen — sine exanthemate — sind recht häufig. Im Krankenhause wurden vor einiger Zeit 4 Wärterinnen durch einen Kranken infiziert. Alle 4 blieben ohne Exanthem. Die Diagnose wurde damals per exclusionem und aus der sich bei einem Falle anschliessenden Psychose gestellt.

Vor einigen Jahren grassierte in Dorpat eine ganze, grosse Flecktyphus-Epidemie sine exanthemate.

Redner giebt sodann eine kurze tabellarische Uebersicht über die vom Januar 1898 bis zum Juni 1901 im Krankenhause von ihm beobachteten Fälle von Pocken — im Ganzen 769.

Von diesen waren geimpft 423 = 54,2 pCt., ungeimpft 346 = 45,8 pCt. Von den geimpften starben 8 pCt., von den ungeimpften — 46,6 pCt. Mit Erfolg revacciniert im Laufe der letzten 6 Jahre waren 85 mit einer Mortalität von 0 pCt.

Von mit Erfolg geimpften Kindern war keins jünger als 10 Jahre. Gestützt auf diese Zahlen betont Redner die enorme Wichtigkeit der Schutzimpfung und besonders auch der Revaccination. Leider sei bei uns in Riga ein grosser Teil der Fälle — fast die Hälfte — ungeimpft.

Dr. Deubner hat seiner Zeit während der Sommermonate, als regelmässiger Stellvertreter Dr. Hampeln's, im Krankenhause Gelegenheit gehabt den Parallelismus zwischen vorrückender Sommerzeit und der Erkrankungshäufigkeit an Typhus abdom. beobachten zu können. Im Hochsommer betrug die Zahl der Typhuskranken oft mehr, als die Hälfte aller Abteilungsinsassen. Im umgekehrten Verhältniss zur Morbiditäts-

ziffer stand aber wieder die Schwere der Erkrankungen, die ihren Höhepunkt im Beginn der Epidemie zeigte.

Dr. Stavenhagen richtet an Dr. Alexejew die Frage, ob ein durch's Gesetz gestützter Impfwang bei uns existiere? (Die Frage wird verneint).

Dr. Bertels macht darauf aufmerksam, dass auf einigen Gütern, wie z. B. im Kirchspiel Neuermühlen von der Gemeindeverwaltung eine Pression auf die Bevölkerung behufs Vaccination ausgeübt werde.

Dr. Bernsdorff: Bei uns zu Lande muss jeder Konfirmande ein Impfzeugniss beibringen. Dieser Modus ist einem Impfwange innerhalb der protestantischen Bevölkerung gleich zu stellen. Für die andersgläubige Bevölkerung giebt es leider kein Analogon. Besonders bei den Katholiken findet man viele ältere Leute, die nie geimpft worden. In den letzten Jahren hat sich daher der starke Zustrom von Littauern auch in einem Ansteigen der Pockenkurve deutlich bemerkbar gemacht.

Ein weiterer Impfwang wird von der Militärverwaltung auf die Soldaten ausgeübt. Der Erfolg ist der, dass bei selbst ausgedehnten Epidemien im Innern des Reiches die stationierten Regimenter gleich Oasen innerhalb der verseuchten Bevölkerung von den Pocken verschont bleiben.

Dass für das Umsichgreifen der Dysenterie nicht nur die Ernährungsfrage, sondern auch Witterungsverhältnisse eine Ausschlag gebende Rolle spielen, beweisen die äusserst spärlichen Erkrankungen im vorigen Sommer, der sich ja durch besonders kühles Wetter auszeichnete.

Dr. Berkholz betont nochmals die Wichtigkeit der Vaccination; dass bei uns nicht geimpft werde, beruhe nicht nur auf Animosität der niederen Bevölkerung, sondern auch auf einer gewissen Indifferenz der Aerzte. In der «Krippe» z. B., wo Redner Arzt ist, sind fast alle neueintretenden Kinder ungeimpft.

Dr. v. Rieder giebt für die Ueberlegenheit der Impfverhältnisse auf dem flachen Lande über die städtischen die Erklärung, dass dort die Gemeindeverwaltung einfach den Impfbefehl ergehen lässt. Wer sich dem widersetzt, wird dann vom Friedensrichter — ganz ohne Berührung der Rechtsfrage — wegen Auflehnung gegen die Obrigkeit bestraft.

Dr. Miram und Dr. Woloshinski führen einige Beispiele aus ihrer Praxis an, die das gelegentlich Zweifelhafte und Widerspruchsvolle in der Immunisirungs- resp. Immunitätsfrage bei Variola dartun sollen. So berichtet ersterer von einem Fall, wo ein Mann mit deutlichen Pockennarben von neuem an Variola erkrankt und stirbt. Dr. Woloshinski erzählt von einem Pat. bei dem bald nach Absolvierung der Blattern die Vaccination einen positiven Erfolg hatte. In einem umgekehrten Falle erkrankte Jemand an den Pocken, der 2 Wochen vorher mit Erfolg geimpft worden war.

Dr. Wolferz I: Was den Impfwang betrifft, so scheint der administrative Weg, wie er von Schulen, Militärverwaltungen etc. betreten worden, vor jeder eventuellen Gesetzgebung den Vorzug zu verdienen: Die Bevölkerung fügt sich so viel eher und lieber, als wo ihm mit dem Gesetz gedroht wird. Ein befreundeter Arzt im Innern Russland pflegte von Zeit zu Zeit mit einer Anzahl von Käufern, von 15 Soldaten begleitet, eine Rundreise zu Impfzwecken anzutreten. Er vaccinierte dann Alles, was ihm vor die Hände kam, ohne dass «auch nur ein Hahn danach gekräht hätte».

Dr. Berkholz bemerkt zu den Aeusserungen Dr. Miram's und Woloshinski's, dass die Disposition für jede Erkrankung auch bei demselben Individuum grossen zeitlichen Schwankungen unterliege.

Er selbst hatte als Polikliniker in Dorpat mit einer grossen Zahl von Exanthematicus-Fällen zu tun gehabt, ohne infiziert zu werden; fünf Jahre später erkrankte er an derselben Krankheit, ohne dass sich Unterschiede in den äusseren Verhältnissen konstatieren liessen. Redner hält daran fest, dass während einer Epidemie die Disposition im Allgemeinen steige. Dieses sehe man auch an der deutlich besseren Wirkung der Vaccine zu einer Zeit, wo die Pocken herrschen.

Dr. Deubuer fügt hinzu, er glaube die Beobachtung gemacht zu haben, dass Individuen, die der Pubertätszeit näher ständen, ganz besonders stark auf die Vaccineimpfung reagierten.

Dr. Hach führt als weiteres Beispiel für das zuweilen aussergewöhnlich schnelle Schwinden der Immunität einen Fall an, wo ein 1¹/₂-jähriges Kind, bei dem die Vaccination angeschla-

gen hatte, nach kaum einem Jahr wieder mit Erfolg geimpft werden konnte *).

Dr. Berkholz: Eine alle 5 Jahr stattfindende Revaccination würde, ungeachtet besprochener Ausnahmefälle, für die Praxis völlig ausreichen; und wäre im Stande eine gelegentliche Epidemie wesentlich einzuschränken.

Dr. O. Klemm hebt als wichtigen Faktor bei der Vaccination die Qualität der Lymphe hervor, und vertritt die Anschauung, dass die zahlreichen positiven Impfergebnisse während bestehender Epidemien, weniger mit einer erhöhten Disposition, als mit dem Umstande zusammenhängen, dass durch den gesteigerten Consum die Lymphe immer in frischem Zustande zu haben sei. Ist dieselbe über 3 Wochen alt, so taugt sie nichts mehr; dies ist zu gewöhnlichen Zeiten aber sehr oft der Fall.

Dr. Berkholz schliesst sich dieser Auffassung durchaus an. Während der Epidemie blieb in der «Krippe» keine Impfung ohne Erfolg—einerlei aus welcher Fabrik die Lymphe stammte. Vorher hatten mehrere Röhren versagt.

II. Dr. Voss hält seinen angekündigten Vortrag über Gehirntumor und Otitis media. Gestatten Sie mir über zwei Kranke Bericht zu erstatten, bei welchen uns die Diagnose grosse Schwierigkeiten bereitet hat, und wo der operative Eingriff daraufhin nicht so ausgeführt worden ist, dass er das Leben der Kranken zu retten imstande war. Es handelt sich um das Zusammentreffen zweier nicht zusammengehöriger Krankheiten, einer Otitis media und einem Hirntumor, resp. um die Aetiologie bei der Diagnose des letzteren.

Am 18. Februar 1899 wird uns der vierjährige gutgenährte Jahn Grünberg wegen heftiger anfallsweiser Kopfschmerzen von der Mutter ins Diakonissenhaus gebracht. Die Kopfschmerzen sind zeitweise so stark, dass das Kind laut schreit. Besonders auffällig ist der Gang des Kleinen und seine Kopf-

*) Redner ist nicht der Ansicht, dass die Disposition für Vaccine einerseits und Variola andererseits durchaus parallel zu gehn brauchten, sondern meint vielmehr, dass besagtes Kind seine Immunität gegen Pocken trotzdem wird bewahrt haben können.

haltung. Er geht breitbeinig, ohne zu taumeln, ohne links oder rechts abzubiegen, geradeaus, und trägt seinen Kopf etwas in den Nacken zurückgeworfen, so als ob er ihn balanzierte. Ich möchte den Gang so beschreiben: Er geht wie ein Matrose, der eine Last auf dem Vorderkopf trägt. Dabei findet, wie gesagt kein Taumeln, auch nicht nach hinten, keine Renubahnbewegung statt. Die Kraft der Extremitäten ist beiderseits gleich, keine Steigerung der Kniereflexe. Im Gesicht fällt sofort ein Schiefstand der Augenachsen auf. Die rechte Lidspalte ist etwas enger, als die linke. Es liegt eine Parese des linken Abducens und Trochlearis vor. Die Pupillen reagieren normal. Die Sehschärfe ist beiderseits gleich. Beiderseits Stauungspapille, links mehr, als rechts. Doppelbilder sind bei dem Alter des Kindes nicht sicher nachzuweisen. Die übrigen Organe normal. Keine Stuhlverstopfung. Temperatur normal. Puls nicht verlangsamt. Bis dahin war nun alles gut. Das was vorlag, waren die Symptome eines Tumors und zwar des Kleinhirns. Jetzt aber kommt der heikle Punkt: die Anamnese. Die Mutter giebt spontan an, das Kind habe im vergangenen Mai, also vor 9 Monaten Scharlach gehabt, und dabei einen rechtsseitigen Ohrenfluss, welcher auf Borsäurebehandlung ausgeheilt sei. Im Sommer hat sich dann der starke Kopfschmerz und Erbrechen eingestellt. Letzteres hat aufgehört. Schwindel hat die Mutter nicht beobachtet, ebensowenig aber auch den doch so auffälligen Gang des Kindes.

Die Ohrenuntersuchung ergab beiderseits normale Trommelfelle, rechts auch nicht die Spur einer Narbe. Gehör beiderseits gleich gut.

Die Anamnese ergab also, dass dem Auftreten der Hirndruckerscheinungen eine echte Otitis media vorausgegangen war. Wir entschlossen uns nun den Eingriff auf der rechten Seite vorzunehmen, weil wir auf die Anamnese hin einen Abscess nicht ausschliessen zu können meinten. Für den Fall, dass wir keinen Abscess sondern einen Tumor fänden, waren wir bereit einen Versuch zu seiner Extirpation zu machen. Die Operation führte durch gesunde Knochen auf die gesunde, nicht pulsirende Dura des Kleinhirns. Nach Spaltung derselben zeigte sich die unveränderte Oberfläche des Hirns. Weder die Palpation noch Punktion in verschiedenen Richtungen führten zum Resultate.

Es war weder ein Abscess noch ein Tumor zu finden. Die Dura wurde vernäht und jetzt der verhängnisvolle Fehler begangen, die Hautwunde nicht in vollem Umfange zu schliessen, sondern den unteren Wundwinkel zu tamponieren. Von hier aus hat dann nach über 3 Wochen bei einem V. W. eine Infektion stattgefunden und ging das Kind an eitriger Meningitis zu Grunde. Die Sektion deckte einen wallnussgrossen, gut abgekapselten, gut operierbaren Tumor der linken Kleinhirnhemisphäre auf.

II. Olga Knospe 38 Jahre alt erschien am 23. Dezember 1902 beim Kollegen Rimscha mit der Angabe, sie habe seit 3 Tagen so heftige Kopfschmerzen, dass sie nicht schlafen könne. Links Otitis media mit Granulationen, die entfernt wurden. Stinkende Sekretion, Gehörgang nicht geschwollen, Warzenfortsatz nicht druckempfindlich. 31. Dezember 1902 Aufnahme ins Diakonissenhaus. Anfallsweise heftige Kopfschmerzen, deren Sitz bald ins linke Ohr, bald auf den Scheitel verlegt wird. Während desselben ist Alles bei Berührung schmerzhaft, selbst die Wange und Hals. Im Zwischenstadium keine Druckempfindlichkeit. Anhaltende Stuhlverstopfung. Die Temperatur zeigte kleine Erhebungen bis 38,2° und gerade während solcher treten die Schmerzen auf. Zuerst ist der Augenhintergrund normal, später sind links die Venen etwas weiter und dunkler, als auf der rechten Seite, und ist eine leichte Verschleierung des nasalen Papillenrandes nachweisbar, aber so geringen Grades, dass Dr. Zwingmann im Zweifel ist, ob der Befund überhaupt pathologisch ist im Sinne einer beginnenden Stauungspapille. Eisbeutel, Priessnitz, Valeriana, Pyramidon bleiben ohne Erfolg, die Schmerzen werden stärker.

Mein anfänglicher Verdacht, dass es sich um Hysterie handeln könne, wurde von Dr. Behr nicht geteilt, dazu kamen die Temperatur-Steigerungen und die Veränderungen am Augenhintergrunde. Ich schritt also am 11. Januar 1902 zur Radikaloperation, die ein kleines Antrum aufdeckte, ohne Schleimhautbedeckung, aber auch ohne besondere nachweisbare Knochenerkrankung. Es wird darauf die mittlere Schädelgrube geöffnet und der Schläfenlappen mit negativem Resultat nach Eiter durchsucht. In 6 cm. Tiefe werden 1½ grm. rötlichen, trüben Serums aspiriert. Es tritt nach der Operation keine

Erleichterung ein. Am 15. Januar 1902 wird auch das Kleinhirn und der Sinus freigelegt. Letzterer strotzend prall mit flüssigem Blut gefüllt. Punktion des Kleinhirns negativ. Der Zustand bleibt im Ganzen derselbe. Der Sinus erweist sich 10 Tage später als thrombosiert, wird quer durchschnitten.

Wenn auch im Grossen und Ganzen die Beschwerden der Patientin darnach gebessert scheinen, die grossen Schmerzen nicht mehr auftreten und Pat. mit Appetit isst, so ist sie doch nicht schmerzfrei und bleiben die geringen Temperaturerhöhungen bestehen. Eine linksseitige Facialisparesie tritt vorübergehend auf, geht jedoch wieder zurück. Patientin klagt, ihr werde vom Liegen immer schlechter, dann wieder, dass ihr beim Versuch zu gehen, es schlechter geworden, schliesslich beginnt sie umherzugehen und wünscht trotz Gegenvorstellungen, nach Hause entlassen zu werden, obgleich sie so schwach ist, dass sie bei einem Stuhlgang umgefallen ist und längere Zeit ohnmächtig gelegen hat.

14. Februar. Der hintere Teil der Wunde wölbt sich stark vor, unterscheidet sich jedoch seinem Aeusseren nach nicht von den übrigen Granulationen, ist weich, nicht gespannt.

15. Februar. Pat. hat sich angezogen, um heimzufahren, als sie später als abgemacht, abgeholt wird, weigert sie sich zu fahren, schreit, lacht, spuckt die gereichten Medikamente aus etc., so dass sie isoliert werden muss und Morphium subcutan erhält.

16. Februar. V. W. Patientin antwortet nicht auf Fragen und sträubt sich beim V. W. mit Hand und Fuss dagegen, was sonst nie geschehen. Morphium. Nachdem sie sich ausgeschlafen, ist sie ganz vernünftig und fährt nach Hause.

Hier ist anfangs alles gut, doch stellen sich schon vier Tage später wieder Schmerzen ein, jetzt aber in der linken Hüfte und im linken Bein, die ganz unerträglich werden. Dabei ist die Kraft desselben nicht herabgesetzt. Am 22. Februar ist etwas «aufgeplatzt», wenigstens ist am 24. Februar der dicke Verband bis zur anderen Seite blutig serös durchtränkt. V. W. Die Dura ist von einer weichen, schwammigen Masse durchbrochen, die ganz mürbe und zerreisslich ist. Die Gaze dringt in den Schläfenlappen leicht ein. Heftige Beinschmerzen auch am 27. Februar; am 28. Februar schmerzfrei; 1. März Verband trocken, so dass der V. W. abgesagt wird. Abends

Blasenbeschwerden — anderer Kollege. Tod 4. März. Kein Sektion.

Meine Herren. Im ersten Falle war es die Anamnese, welche uns zu der irrtümlichen Diagnose führte. Stets wird beim Abszess angeführt, es dürfte die Eingangspforte nicht fehlen. Wenn uns auch für den otitischen Abszess die ältere Angabe über die möglicher Weise jahrelange Latenz sich nicht zu bewahrheiten scheint, so lautet doch die Angabe H e s s l e r s, welcher eine Arbeit über Hirntumor und Otitis media 1900 geschrieben hat, dahin, dass eine 1 Jahr oder länger zurückliegende Otitis media nicht mehr für die Aetiologie zu verwerthen ist. In unserem Falle waren es maximum neun Monate.

Im zweiten Falle, wo beide Prozesse zusammen vorlagen, konnte die Dauer der Othorrhoe nicht sicher festgestellt werden. Sowohl Kollege R i m s c h a als auch ich, haben sie nach dem klinischen Bilde für chronisch gehalten. Jedenfalls bestanden aber die schweren Erscheinungen erst seit 14 Tagen. In diesem Falle gaben die geringen Temperaturerhöhungen, welche ja gerade beim Hirnabszess vorkommen sollen, den Ausschlag bei der Diagnose; mir war es wenigstens nicht bekannt, dass solche beim Hirntumor auch vorkommen. Eine nachträgliche Litteraturdurchsicht hat mich jedoch zu einem Hinweise bei H e n s c h e n geführt (im P e n z o l d und S t i n t z i n g). Er sagt: «Fieber mit Frostanfällen oder ohne solche spricht für Abszess und gegen Tumor, der aber auch von Fieber begleitet sein kann (wie bei vom Tumor ausgehen der sarkomatöser oder tuberkulöser Meningitis)». Die sarkomatöse Meningitis würde für unseren Fall das richtige sein, da ja der Tumor später die Dura vollkommen durchbrochen hatte.

(Autorreferat).

Dr. E d u a r d S c h w a r z: Die Differentialdiagnose ist in vielen Fällen äusserst schwer zu stellen, da die Symptomenkomplexe der in Frage kommenden Krankheiten einander vollkommen ähneln können. In dem ersten von Dr. V o s s beschriebenen Falle, den Redner auch gesehen, hielt er a priori die linke Seite für die erkrankte. Da aber andererseits alle subjektiven Beschwerden sich auf die rechte Seite bezogen, so musste er sich mit dem dorthin gerichteten Eingriffe einverstanden erklären.

Ohne sichere aetiologische Handhaben ist die Diagnose überhaupt nicht zu stellen. So war auch in diesem Falle der begangene Fehler nicht zu vermeiden gewesen.

Dr. Sokolowski: Die Differentialdiagnose wird um so schwieriger, weil man in Fällen, die mit Temperatursteigerung verbunden sind, nicht immer das Recht hat, aus ihnen Schlüsse auf den Charakter der Affektion zu ziehen. Nicht der Charakter, sondern der Sitz der Affektion ist oft für die Fieberbewegung bestimmend. Tumoren z. B. machen hohe Temperatursteigerungen, wenn sie in der Nähe der Med. oblongata ihren Sitz haben. Sitzen sie an der Basis, so machen sie keine. Dies ist für die Lokalisation sehr wichtig. Ein Patient, den er beobachten konnte, machte nach einander 3 Stadien bezüglich des Temperatursverhaltens durch:

Ein Tumor etablierte sich in der Hirnrinde -- Temperatur blieb normal.

Ein Tumor etablierte sich in der Medulla oblong. — hohe Temperatur.

Ein Tumor etablierte sich an der Hirnbasis — Temperatur blieb normal.

Dr. Voss (Schlusswort): Ich habe vorhin nur die für uns Ausschlag gebenden Momente angeführt. Als Unterscheidungsmerkmale werden diff. diagnostisch angeführt: Deutliche Herdsymptome, langsame Zunahme, besonders mit progressiver Paralyse der Hirnnerven sprechen zu Gunsten eines Tumors, das gleiche tut eine sehr intensive Neuritis optika. Das Zurückgehen schwerer Erscheinungen deutet auf Tumor. Die rapide Entwicklung der schweren Gehirnerscheinungen, nachdem leichte Anzeichen einer Hirnaffektion bestanden haben, spricht für Abscess, speziell wenn hohes Fieber und Fröste bestehen. (Gowers). Kann im ersten Falle wohl von einer langsamen Entwicklung die Rede sein, so trifft das für den zweiten Fall sicher nicht zu. Die Angaben der Pat. waren ganz präzise: sie könne seit 3 Tagen vor Schmerzen nicht schlafen. Eine progressive Paralyse von Hirnnerven lag gleichfalls nicht vor. Die Facialisparesie ging wieder zurück. In Bezug auf das Zurückgehen schwerer Erscheinungen, welches nach Gowers auf einen Tumor zu deuten ist, kann ich nur die Angabe machen, dass ich zwei Mal bei Hirnabscessen die schwersten Erscheinungen: nämlich Koma. in einem Falle mit

Pulslosigkeit beobachtet habe, welche Erscheinungen vollständig zurückgingen. In einem dritten Falle ergab die Anamnese das mehrmalige Vorkommen und Zurückgehen solcher Erscheinungen noch Spontandurchbruch durch die Schuppe.

Weiterhin muss ich bemerken, dass die Angaben über Neuritis optica und deren Vorkommen heutzutage nicht sicher sind, da erst neuerdings genauere Untersuchungen über dieses Thema beim otitischen Abszess vorgenommen sind, die, glaube ich, erst eines Abschlusses bedürfen.

Herrn Dr. S o k o l o w s k i gegenüber möchte ich bemerken, dass trotz fehlender Sektion im zweiten Falle der Sitz des Tumors, im Schläfenlappen wohl sicher ist. Jedenfalls lag er nicht in der Nähe der Medulla oblongata.

Die Frage, ob nicht das Fieber vom Ohrprozess stamme, möchte ich verneinen, weil es auch nach der Operation, als sicher aller kranke Knochen entfernt war, genau ebenso weiter bestand.

(Autorreferat).

Sitzung am 2. April 1903.

1. Dr. v o n B e r g m a n n. Demonstration: A. B. 15 Jahre alt, ist am 15. März a. c. wegen Darmocclusion operiert worden. Seine Krankengeschichte dürfte von mehreren Gesichtspunkten aus von Interesse sein. Zum ersten mal trat Pat. am 24. Januar 1902 ins Krankenhaus, er befand sich damals in der 5. Perityphlitisattaque, war seit ca. 1 Woche krank, hatte Schmerzen, Fieber (38,5) und keinen Stuhl.

Da die T. nicht abfiel und sich deutlich ein Exsudat palpieren liess, so wurde Pat. am 26. Januar 1902 zum ersten mal laparotomiert, indem mittelst Iliacalschnittes das reichlich vorhandene grünlich-gelbe eitrig-e Exsudat entleert, und der mehrfach perforierte in Adhaesionen eingebackene Wurmfortsatz entfernt wurde.

Fast 2 Monate nach der Operation am 29. März 1902 etablierte sich eine Kotfistel. Die Wunde war nach der Operation breit tamponiert worden. Im Krankenbogen findet sich vom 4.

Februar die Notiz Kotaustritt (?), dann aber ist fast 8 Wochen hindurch — Pat. war inzwischen am 4. März aufgestanden und hatte sich viel umherbewegt — kein Hinweis auf eine sich bildende Darmfistel zu bemerken gewesen. Es ist sehr auffallend, dass so spät nach der Operation die Darmfistel entstanden. Wie sie zu Stande gekommen, lässt sich leider nur vermutungsweise andeuten. Ich glaube, dass in allen schweren Fällen von Perityphlitis, in denen nach wochenlangem Fieber bei abwartender Behandlung Heilung eintritt, das Exsudat, falls es nicht nach aussen sichtbar durchgebrochen ist (durch die Vagina, das Rectum), sich in einen höher gelegenen Darmabschnitt entleert, da ich nach Allem, was ich bei der Operation der Perityphlitisfälle gesehen habe an eine Resorption der grossen eitrigen Exsudate nicht glauben kann. Damit nun ein solcher Durchbruch stattfinden kann, ist vor Allem eine Läsion, oder richtiger Arrosion der Serosa erforderlich; der Widerstand den die Muskularis und Mukosa bieten, ist ein sehr geringer und von dem Druck, unter dem das Exsudat steht, leicht zu überwindender. Bei der grossen Widerstandsfähigkeit der Serosa habe ich bisher geglaubt, dass nur bei sehr grossen unter hohem Druck stehenden oder bei sehr alten Exsudaten die Arrosion stattfindet; dieser Fall lehrt aber, dass schon früh die Wand derart alteriert sein kann, dass eine Restitutio in integrum nicht mehr stattfindet, sondern trotz Entleerung des Exsudates und trotz fortschreitender Heilung dennoch 2 Monate nach der Operation sich eine Fistel etablieren kann.

Die Hoffnung, dass diese Fistel sich spontan schliessen würde, erwies sich sehr bald als nichtig, es begann der stete Kampf mit dem Ekzem, welches sich um solche Fisteln herum bildet, die Darmschleimhaut prolabierte sichtlich; kurz ein längeres Warten erschien aussichtslos.

Am 23. April 1902 wurde Pat. mittelst Querschnitt oberhalb der Fistel zum zweiten Mal laparotomiert. Die Fistelöffnung sass im Coecum, nach Anfrischung der Ränder wurde das Loch durch die Naht geschlossen, ferner wurde eine 15 ctm höher im Dünndarm sich befindende durchlässige Stelle der Darmwand sorgfältig übernäht.

Weil nun aber derartige durch die Naht geschlossene Fistelöffnungen erfahrungsgemäss sehr leicht wieder durchlässig

werden, beschloss ich eine Enteroanastomose zwischen Dünn-
darm und Colon transversum herzustellen, um wenigstens
zeitweilig und teilweise die defekte Darmpartie zu entlasten.

Das befürchtete Rezidiv der Fisteln trat nicht ein. Die Hei-
lung erfolgte glatt und am 17. Mai 1902 konnte Pat. als ge-
heilt entlassen werden. Am 13. März 1903 wurde Pat. wiederum
ins Krankenhaus aufgenommen, er hatte seit seiner Entlas-
sung einigemale kolikartige Schmerzanfälle gehabt, die immer
wieder spontan vorübergingen. Den ersten derartigen Anfall
hatte er bereits 8 Tage nach seiner 2. Operation im Kranken-
hause gehabt, nachdem er sich einen schweren Diätfehler ge-
leistet hatte.

Am 10. März a. c. hatte er sehr viel Mohnkuchen gegessen
Am 11. März traten plötzlich sehr starke Schmerzen in der
Unterbauchgegend und Erbrechen ein.

12. März das Erbrechen nimmt zu, es stellen sich Stuhl- und
teilweise auch Windverhaltung ein.

13. März. Aufnahme ins Krankenhaus. Pat. sieht nicht ge-
rade verfallen aus, zeigt aber wohl einen Halo um die Augen,
es besteht foetor ex ore.

P. 84, weich. Der Leib ist nur wenig aufgetrieben, die
Ileocöcalgegend wölbt sich stärker vor und sieht man hier
dazwischen eine Darmschlinge sich tetanisch steifen.

Ein Wasserlavement, dem später ein hohes Oellavement
folgt, fördern reichlich Stuhl und Winde. Der Stuhl enthält
massenhaft Mohnsamen.

14. März Pat. hat Nachts einige Male erbrochen und
Schmerzanfälle gehabt. Stuhl und Winde sind während der
Nacht nicht erfolgt und erscheint der Leib am Morgen stär-
ker gespannt. Tags über gehen Winde ab, Pat. fühlt sich
besser, er hat nicht mehr erbrochen.

15. März. Die Nacht will Pat. gut verbracht haben, jeden-
falls hat er nicht erbrochen, allein der Leib ist stärker auf-
getrieben, Stuhl und Winde sind garnicht mehr erfolgt, es
hat sich mässiges Aufstossen eingestellt.

Der Eingriff durfte nun nicht weiter hinausgeschoben
werden. Gestützt auf die langsam sich entwickelnde Darmok-
klusion und die Tatsache der vorangegangenen Laparotomien,
glaubte ich es hier mit einer Strang-okklusion zu tun zu
haben und war daher nicht wenig erstaunt nach der Er-

öffnung des Leibes in der Mittellinie (III. Laparotomie) eine Darmokklusion durch Knotenbildung und Verschlingung plus Axendrehung der verschlungenen Partie zu finden, d. h. eine Form der Darmokklusion, die gewöhnlich stürmisch in die Erscheinung tritt und in den bisher von mir operierten Fällen trotz Retorsion, in einem Fall schon 8 Stunden nach dem Beginn — dennoch letal verlaufen ist. — Es war eine proximal der Anastomose gelegene Schlinge um den distal gelegenen Dünndarmabschnitt herumgeschlagen, und hatte an der Torsionsstelle dann noch eine vollkommene Axendrehung statt gehabt.

Der oberhalb der Okklusion gelegene Dünndarm war doch derart gebläht, dass die Serosa einer Schlinge platzte; hier inzidierte ich denn auch nach erfolgter Retorsion, und liess den stark gestauten dünnflüssigen mit massenhaft Mohnkörnern vermischten Darminhalt abfliessen; nachdem die betr. Stelle vernäht, wurde ein per anum eingeführtes Darmrohr von der Bauchhöhle aus derart hoch geführt, dass es durch die Anastomose in den Dünndarm hineinragte. Schluss der Bauchwunde durch 2-etagige Naht.

Der Verlauf war ein sehr günstiger am 16. März gingen bereits Winde ab, am 18. März erfolgte der erste Stuhl, worauf das Darmrohr entfernt wurde. 2 Wochen nach der Operation stand Pat. bereits auf.

2. Dr. von Bergmann: Demonstriert ferner eine Stein- niere — einen grossen eitergefüllten Sack darstellend, der 26 ctm. lang, ca. 20 ctm. breit und ca. 15 ctm. hoch war, angefüllt mit Steinen verschiedener Grösse, namentlich aber mit mehreren Korallensteinen von 6 ctm. Länge und 4 ctm. Durchmesser. Am 15. März ist der Träger dieser Niere operirt worden und geht es ihm gegenwärtig gut. Die Diagnose nahm eine Pyonephrose an, entstanden in Folge einer vor 6 Jahren acquirierten gonorrhöischen Infektion. Die Hauptsymptome der Steinniere: Blutung und Schmerzen fehlten. Blutungen hat Pat. überhaupt nicht gehabt, und Schmerzen vor 2 Jahren, als das Leiden begann, und Pat. der Schmerzen und des Fiebers wegen das Bett hüten musste.

(Autoreferat).

Dr. von Sengbusch zeigt das Photogramm der soeben demonstrierten Niere. Dasselbe ist nach der Operation auf-

genommen worden. Das kam daher, dass die klinischen Symptome für Pyonephrose gesprochen hatten, und an Steinnieren gar nicht gedacht worden war. Redner präsentiert sodann noch ein Photogramm mit sehr deutlichem grossen Stein-Schatten. Dasselbe ist von einer Frau, die an charakteristischen Steinsymptomen leidet, aufgenommen worden. Zur Operation ist es in diesem Falle nicht gekommen, da Patientin sich weigerte.

Dr. von Bergmann: Wenn man berücksichtigt, dass die Röntgenbilder die Steine immer kleiner erscheinen lassen, als sie in Wirklichkeit sind, so spricht jedenfalls die auffallende Grösse des Steinschattens auf dem letzten Photogramm dafür, dass es sich hier um besonders grosse Nierensteine handeln müsse.

Wenn solche Steine nicht entfernt werden, so führen sie über kurz und lang bestimmt zur Eiterung. An einen Abgang auf natürlichem Wege, wie er nach Gebrauch von Mineralwässern bei kleineren Konkrementen vorkommt, ist natürlich gar nicht zu denken.

Dr. Bernsdorff fragt Dr. von Sengbusch, ob bei klinisch sicherer Kalkulosis das Röntgenbild immer positiv ausfalle?

Dr. von Sengbusch: Die Aufnahme ist mit grossen Schwierigkeiten verknüpft. Ihm sind nur 3 Aufnahmen im positiven Sinne geglückt. Eine ganze Reihe von sicheren Nierensteinen sind im Bilde nicht zum Ausdruck gekommen.

3. Dr. L. Schönfeldt: Demonstration eines Falles von sog. neurotischer oder neuraler Muskelatrophie, auch Vorderarm-Peronealtypus genannt.

In den letzten Jahren ist durch Beobachtungen von Charcot, Marie, Hoffmann, Oppenheim und And. ein durch seinen Verlauf und klinischen Befund wohlcharakterisiertes Krankheitsbild von den früher geläufigen Typen der progressiven Muskelatrophie — dem spinalen und myopathischen — abgegrenzt worden und nach dem Vorschlage Hoffmanns als neurotische oder neurale Form bezeichnet worden. Von der spinalen, die in der Regel im mittleren Lebensalter sich entwickelt, unterscheidet diese sich schon durch den Beginn, der meist in der zweiten Hälfte der Kindheit beo-

bachtet wird, wobei die hereditäre Belastung unzweifelhaft eine Rolle in der Aetiologie spielt.

In der Mehrzahl der Fälle beginnt der atrophische Prozess in den Fussmuskeln, wobei vorzugsweise die *m. peronei* und *d. Extensor digit. comm.* betroffen werden, allmählich greift er auf die Wadenmuskulatur über; es bildet sich ein *pes equinus* oder *varoequinus* aus. Erst nach einigen Jahren werden auch die oberen Extremitäten befallen und zwar zunächst die kleinen Handmuskeln — es entsteht die Krallenhand. — Beim weiteren Fortschreiten atrophieren die Vorderarme, Oberarme, — Schulter und Stamm dagegen bleiben meist verschont. Mit Rücksicht auf diese fast stets beobachtete Localisation ist die Bezeichnung: *Peroneal-Vorderarmtypus* durchaus berechtigt. Eine Abgrenzung von der spinalen Form, die, wenn auch in den kleinen Handmuskeln ihren Anfang nehmend, häufig die Vorderarme überspringt, um Oberarm, Schulter- und Rumpfmuskulatur in Mitleidenschaft zu ziehen, die unteren Extremitäten aber fast stets verschont — ist somit nicht nur gerechtfertigt, sondern auch geboten. Von der myopathischen unterscheidet sich die neurotische Form sowohl durch die ihr eigene Localisation, wie auch durch das Fehlen der auf Wucherung von Fett und Bindegewebe, oder auch auf einer ächten Hypertrophie der Muskelfasern beruhenden Volumvermehrung, ferner durch das stets beobachtete fibrilläre Zittern an den affizierten Muskeln. Die Sehnenreflexe fehlen in den betroffenen Muskelgebieten vollständig; Gefühlsstörungen kommen bisweilen vor: Schmerzen - Paraesthesien und herabgesetzte Schmerzempfindung in den peripheren Abschnitten der Extremitäten. Die elektrische Erregbarkeit der befallenen Nerven und Muskeln ist stark herabgesetzt, oft fast erloschen. Die Funktion der Sphincteren normal. Während somit der klinische Befund für ein wohlcharakterisiertes, selbstständiges Krankheitsbild spricht, lässt sich der path. anat. Prozess nicht abgrenzen, da nach neueren Untersuchungen sowohl die peripheren Nerven, als auch die vorderen Wurzeln, wie endlich auch die Muskulatur selbst (*Oppenheim, Kassirer*) verändert gefunden wurden.

Bei diesem 18-jährigen Mädchen, das hereditär nicht belastet ist, entwickelte sich der Prozess im 8. Lebensjahre zunächst

in den Fussmuskeln — der Gang wurde erschwert und es bestanden ziehende, reissende Schmerzen in den Waden.

Nach mehreren Jahren wurden die Hände betroffen; es bildete sich die jetzt stark ausgesprochene Krallenhandstellung aus, die die einfachsten Hantierungen fast unmöglich macht. Die Senenreflexe sind erloschen — die Sensibilität zeigt keine nachweisbaren Veränderungen. Die elektrische Erregbarkeit ist stark herabgesetzt — sehr schmerzhaftes faradische Ströme rufen keine Reaktion hervor — und diese Störung ist über den ganzen Körper verbreitet. Entartungsreaktion des galvanischen Stromes liess sich nicht nachweisen. (Demonstration von Photographien eines 2. ähnlichen Falles).

(Autoreferat).

4. Dr. Behr hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber Selbstschilderungen von Haluzinanten, und Auftreten von Haluzinationen während des Erwachens.

(Autoreferat).

M. H.! Ich erlaube mir Ihnen eine Dame vorzustellen, welche eine Zeitlang dem Spiritismus ergeben war. Sie wird ihre Erlebnisse selbst berichten und Sie werden aus der Erzählung manches Lehrreiche erfahren.

Frau C. 48 J. a. war bis vor einigen Jahren Lehrerin in Kaukasien. Sie erlitt widrige Schicksale aller Art (Untrene des Mannes etc.) bis sie endlich in die baltischen Provinzen verschlagen wurde. Ihre Eltern waren katholisch, und von ihrem 12. Jahre ab wurde sie in Berlin im Ursulinerinnenkloster erzogen. Nach dem Tode ihrer Mutter, — sie war jetzt 15 Jahre alt, — verliess sie das Kloster und bereitete sich auf das Lehrerinnenseminar vor und trat zur Protestantischen Kirche über. Seit ihrer frühesten Kindheit grübelte sie beständig über Religion und war viel von Zweifeln und Scrupeln geplagt. An die «Unsterblichkeit der Seele» und ein «ewiges Leben» glaubte sie nicht, bis sie endlich in Tiflis mit den Lehren des Spiritismus bekannt wurde, und durch den Spiritismus anderen Sinnes wurde. Sie studierte Atlan K a r d e k «das Buch der Geister» und das «Buch der Medien» und versuchte trotz anfänglichen Unglaubens, ob es ihr nicht doch gelingen könnte Geister zu beschwören und sie hegte den Wunsch zu erfahren ob sie vielleicht auch ein solch be-

vorzugtes Menschenkind wäre «auf dessen Ruf Geister erscheinen».

Frau C. referirt nun: «So hielt ich eines Abends den Bleistift auf Papier, nachdem ich nach Vorschrift des Spiritismus vorher Gott gebeten mir einen guten Geist zu senden und die bösen Geister fern zu halten ¹⁾. Es dauerte dann auch nicht lange, so bewegte sich der Bleistift über das Papier hin und malte den Anfang zu einem L. Ich war ebenso überrascht, als erfreut und bat den Geist fortzufahren. Er that's aber nicht. Am anderen Abend erhielt ich ein B. und alles Bitten weiter zu schreiben blieb unerfüllt. Endlich am 3. Abend erhielt ich die Wörter «Bruder Robert». Ich hatte einen Bruder, welcher Seemann war, der war also ums Leben gekommen, denn sein Geist kam jetzt zu mir. Ich hatte mehrere Jahre von diesem Bruder Nichts gehört, aber auch gar nicht an ihn gedacht. Dass er nun als Geist zu mir kam, bezeugte mir, dass er tot sei, was mich sehr betrückte. Er unterhielt sich mit mir mehrere Stunden wobei die Worte sehr schwerfällig auf's Papier kamen. Das Curioseste von dieser Nacht war, dass mir mein Bruder zum Schluss sagte, ich müsse sterben und zwar am nächsten Tage. Er schrieb mir ganz deutlich auf «am 20 August stirbst Du». Da war keine Zeit zu verlieren, denn die vierte Stunde des 20. August war schon herangekommen. Ich war über diese Ankündigung so erschrocken, dass ich fühlte, wie sich mir die Haare auf dem Kopfe aufstellten und ich an allen Gliedern flog. Da war nun nichts daran zu ändern: ich musste sterben, mein Bruder Robert hatte es mir gesagt, und so traf ich denn die nöthigen Vorbereitungen, schrieb Briefe, verteilte mein Besitztum, ordnete Alles, und legte mich endlich matt von aller Aufregung in's Bett um zu sterben. Es war mittlerweile 7 Uhr geworden und das Dienstmädchen kam mich zu wecken. Ich

¹⁾ Es handelt sich bei dieser Erzählung um das Phänomen der automatischen Schrift, d. h. eines motorischen Vorganges, in welchem die Bewegungen in keiner Verbindung mit dem augenblicklichen Inhalt des Bewusstseins stehen und nicht durch äusseren Reiz hervorgerufen werden. Es ist eine Form in welcher sich unbewusste Vorstellungen äussern.

sagte ihr, dass ich bald sterben würde und ärgerte mich über ihr Gesicht, das sie zum Lachen verzog. Sie ging fort und bald danach erschien meine Wirtin bei mir. Diese konnte ebenfalls nicht finden, dass ich zum Sterben aussähe. Ich blieb aber bei meiner Behauptung und schickte zum Pastor. Arzt und Spiritisten. Der Pastor war glücklicherweise nicht zu Hause. Der Arzt kam, ein alter erfahrener Mann und mein guter Bekannter. Er fand mich sehr aufgereggt und da sich ja wohl etwas Hitze eingestellt haben mochte, verordnete er mir unter anderem auch Chinin. Ich erzählte ihm die Sache der Nacht in kurzen Worten, worüber er ausser sich gerieht, denn er hatte mir schon früher gesagt, dass ich mich nicht mit diesem dummen Spiritismus beschäftigen möchte. Jetzt fürchtete er wohl was Schlimmeres für mich und ging daher sehr böse und aufgereggt fort. Danach trat gleich der Spiritist ein. Als ich dem ein paar Worte gesagt, versicherte er mich gleich, dass ich mit einem Lügengeist zu tun gehabt, und dass ich auf keinen Fall sterben würde. Als der Spiritist sich entfernt hatte, dachte ich noch ein wenig nach, stand dann auf und kleidete mich an. Ich fühlte mich bald wieder ganz wohl und ärgerte mich über meine Torheit, so einen Unsinn geglaubt und mich so lächerlich gemacht zu haben. Ich schämte mich jetzt vor allen meinen Bekannten, die zu mir kamen, dass ich nicht gestorben war. Am anderen Morgen um 9 Uhr kam der Arzt ungerufen und wunderte sich nicht wenig mich so heiter und gesund zu sehen. Er riet mir noch Chinin zu nehmen, da das Fieber ja wiederkehren könnte. Ich sagte ihm dass Nichts wiederkehren würde, denn ich wäre vollkommen gesund. Er äusserte, dass ich doch so einen Unsinn, wie den Spiritismus, nun nicht mehr treiben würde. Ich antwortete ihm, dass ich das jetzt erst recht tun würde, nur mich davor hüten wieder so betrogen zu werden. Ich zeigte ihm darauf die beschriebenen Bogen. Er sah alles an und wurde, wie ich bemerkte doch überrascht. Als er fortging, versprach er mir sogar meine spiritistischen Bücher zu lesen. Drei Tage hindurch war ich nicht ernst genug um mit dem Geiste zu sprechen, da es Vorschrift ist nur sehr ernst an den Spiritismus heran zu treten. Am 4. Tage endlich hielt ich den Bleistift auf Papier und erhielt das Wort «verzeih». Es gab nun ein Hin und Wieder über seine Betrügereien und

als ich ihn zum Schluss fragte wer er denn wäre so sagte er mir: «Ein Bummler», er stamme von armen Eltern, sei 28 Jahre alt an der Schwindsucht gestorben und hiess Johannes. Ich fragte ihn noch wo er sich befinde, ob er stehe, sitze oder liege und erhielt zur Antwort er schwebte dicht vor mir. Ich wollte gern einen anderen Geist haben, aber immer wieder war es Johannes, der sich einstellte. Einen ganzen Monat hatte er mich so mit seinen niedrigen Gesinnungen angefeindet, bis ich ihn fortjagte. Er sagte er würde sich rächen. Ich lachte darüber, aber im nächsten Augenblick empfand ich furchtbare, unbeschreibliche Qualen, so dass ich glaubte ich müsste jeden Augenblick erliegen. Aber am nächsten Morgen war alles verschwunden und Nichts wiederholte sich mehr. Ich gab die Beschäftigung mit dem Spiritismus vorläufig auf und wollte wenn es sein müsse ein oder 2 Jahre warten bis es diesem zudringlichen Geiste zu langweilig sei zu warten und er sich entfernt haben würde, wie man es im Spiritismus angiebt. Da kam aber nach fünf Monaten eine Dame zu mir und erzählte von einem Medium zu dem ein nächtlicher Geist käme, ein Heiliger der alles wisse. Da ich nun sehr gern wissen wollte, wer der Geist wäre, der zu mir gekommen war so ging ich zu der Frau K. dem Medium und erfuhr dort dass mein Geist ein grosser Verbrecher wäre. Mein Geist kündigte sich auch bei Frau K. an und beschwerte sich bei ihr, dass ich immer so grob gewesen wäre. Er wäre gar nicht so ungebildet, wie ich dächte, er hätte sich nur verstellt, ich möchte es nur noch einmal mit ihm versuchen. Der Geist stellte sich jetzt so schrecklich an, dass die Anwesenden auf mich einsprachen und ganz böse wurden. als ich aufstand um mich zu entfernen. Der Geist liess keine Ruhe und bat, dass ich nur zuweilen ihm ein halbes Stündchen Gehör schenken möchte. Da man mich so sehr bestürmte und nicht fort liess, willigte ich endlich ein, um der höchst unangenehmen Situation ein Ende zu machen.

Am anderen Tage fühlte ich sanft am Arme den bekannten Druck, als Zeichen, dass der Geist etwas sagen wolle und ich musste wohl oder übel meinem Versprechen nachkommen. Die Unterhaltung hatte nichts Unangenehmes; die kommenden Tage war sie sogar angenehm zu nennen und ich begriff nicht, wie das nur ein und derselbe Geist sein könnte. Er

hatte mir aber schon früher einmal versichert, dass er nie einen anderen Geist zulassen werde. In kurzer Zeit wurde mir nun die Unterhaltung auf's Höchste interessant und nahm allmählich solche Intelligenz an, dass ich mich ganz niedrig dagegen fühlte. Diese Ueberlegenheit, diese Feinheit der Sprache, diese Hoheit in jeder Beziehung, dies Interessante in der Unterhaltung; ich konnte nicht fassen, woher das Alles kam, so dass ich auf's Höchste begeistert ausrief: «Sage mir wer bist du, wer bist du?» Da erhielt ich zur Antwort: «Ich bin der heilige Georg».

Dr. Tiling: «Wurde Ihnen das Alles in's Ohr gesagt, oder waren es Ihre Gedanken?»

Ich hörte alle Mitteilungen im Kopfe an der linken Seite, der Stirn.

Dr. Tiling: «Waren Sie durch die Mitteilungen erregt, und zu welchen Handlungen wurden Sie durch den Geist getrieben?»

Ich musste Aufsätze machen, die ich ohne Hilfe des Geistes nie zu Wege gebracht hätte. Er führte mich in Sphären so hoch, so schön, dass ich überwältigt von der Erhabenheit immer denken musste, wie tief eigentlich die Menschheit im Allgemeinen noch stehe. Diese Aufsätze wechselten ab mit anderen Dingen, die er mir direkt aufschrieb, natürlich indem ich die Feder auf's Papier hielt.

Dr. Tiling: «Erinnern Sie sich an die Empfindungen während der Geist sprach?»

Wenn ich bedenke was Alles für ein unglaubliches Zeug ich oft hören musste, so wundere ich mich nicht, dass ich glaubte verrückt werden zu müssen. Ich besinne mich, etwa fünf Mal in einem ähnlichen Zustande gewesen zu sein, und hatte stets das Gefühl des Verrücktwerdens. Dieses Gefühl ist entschieden das Entsetzlichste und Qualvollste was man sich vorstellen kann. Dazu kam oft ein Zusammenschnüren der Brust, dass ich nicht atmen konnte. Wenn ich in der Nacht schlafen wollte, und nicht arbeiten, so erhielt ich einen Schlag über den Rücken, mit den Worten: «sitz gerade, gerade sitzen vor Müdigkeit».

Dr. Tiling: «Zuerst sagen Sie, es wäre ein roher Geist gewesen und dann sprechen Sie von einem Heiligen, wie war das mit dem Heiligen?»

Es kam einmal, dass der Geist mir plötzlich zurief er wäre Gott selbst, er hatte sich früher als heiliger Georg bezeichnet aber er wäre ja Gott «Glaube mir die Gottheit ist es, wer anders könnte denn Alles so wissen, wie ich es weiss. An einen Teufel wollte ich nicht glauben, ich geriet aber eines Tages durch seine Quälereien in eine derartige Verzweiflung, dass ich ausrief «mach dass du forkommst, du bist der Teufel».

Dr. Tiling: «Wie wurden Sie von diesen Dingen frei und glauben Sie noch gegenwärtig an Geister?».

Ich war ganz verzweifelt, wollte sterben da entschloss ich mich den Pastor H. zu rufen und ihm mein Herz zu offenbaren. Anfangs gelang es nicht, von dem Geist loszukommen, aber ich setzte der Stimme im Kopf meine ganze Willenskraft entgegen, und nach und nach beruhigte ich mich und schief ein. Als ich erwachte war ich frei, und den Fesseln des Spiritismus entgangen.

Seither bin ich gesund geblieben und habe die Erinnerung in jener Zeit wie unter einem Zwang gestanden zu haben. Es sind nun 8 Jahre vergangen und ich verspüre gegenwärtig weder «hypnotische Beeinflussungen noch spiritistische Einwirkungen».

Dr. Tiling: «Wissen Sie vielleicht, was ihre Umgebung in jener Zeit über Sie dachte?».

O, ja man hielt mich für verrückt.

Ich danke Gott, dass er mich jetzt zum Glauben geführt hat und dass ich nicht den Einwirkungen des Teufels erlegen bin.

Was die armen elenden «Spiritismusverrückten» im Irrenhause treiben habe ich kennen gelernt, und kann deren Qualen verstehen. Unbestreitbar ist es, dass der Teufel die Spiritisten an der Nase herumführt.

Epikritische Bemerkungen.

Wenn ich mein Urteil über Frau C. zusammenfasse, so möchte ich vor Allem bemerken, dass ich sie nicht für geisteskrank halte im gewöhnlichen Sinne des Wortes. Damit dass man die Spiritisten in Bausch und Bogen für geisteskrank erklärt ist nichts gewonnen und die Deutung der höchst eigentümlichen seelischen Phänomene um Nichts gefördert. Es handelt sich bei den spiritistischen Vorgängen

und Erlebnissen um ein Grenzgebiet der Psychopathologie; um ein Gemisch von Vorgängen, welches sowol innerhalb der Breite des Gesunden als auch direkt ans Krankhafte hinüberspielen, so dass die Schwierigkeiten der medizinischen Beurteilung sehr gross sind. — Es wäre in gleicher Weise durchaus verkehrt die Spiritisten als Hysterische, als Epileptische oder als Simulanten zu bezeichnen, Hysterische resp. epileptische Züge d. h. Bewusstseinsstörungen, Bewusstseinschwankungen werden selbstredend bei dieser interessanten Menschengruppe beobachtet, daraus folgt aber keineswegs der Schluss es handle sich bei den Spiritisten um eine Spielart der Hysterie resp. der Epilepsie.

Die Spiritisten bilden eine Menschengruppe deren Psyche auf bestimmte Affekte intensiv reagiert und bei denen die Erwartung des Kommenden die innere Spannung: ob der Betreffende auch etwas erleben könnte, Sinnestäuschungen resp. Halluzinationen auslöst. Dieser Vorgang vollzieht sich anfangs durchaus innerhalb der Breite des gesunden Seelenlebens und nur unter bestimmten äusseren Voraussetzungen entwickelt sich aus einem normalen Vorgang eine pathologische Erscheinung, resp. ein vorübergehender psychotischer Zustand. Die subjektiven Vorgänge werden ja nach Erziehung, Bildung etc. verarbeitet und als Endprodukt erscheint eine abergläubische, mystische Philosophie und eine phantastische Lebensauffassung.

Aus der Erzählung der Frau C. wird es ja ganz klar wie durch Anspannung der Aufmerksamkeit, durch scheinbaren Unglauben, dem jedoch etwas Erwartung und Hoffnung beigegeben sind die spiritistischen Erscheinungen entstehen und wie schwer dieselben die Psyche destruieren.

Ich hatte schon einmal hier in Gesellschaft die Gelegenheit nachzuweisen wie die Erwartung halluzinatorische Zustände auslöst und verweise auf meine damaligen Ausführungen. (Allg. Zeitschrift f. Psychiatr. Bnd. 56. f. 918).

d. Z. Sekretär: S. Kröger jun.

Sitzung am 16. April 1903.

Dr. v. Krue d e n e r demonstriert vor der Tagesordnung einen Fall von Herpes zoster im Gebiete des Trigemini-
nusstes I sin.

Meine Herren! Erlauben Sie, dass ich Ihnen einen linksseitigen Herpes zoster ophtalmicus vorstelle, in einer Intensität und genauen scharfen Abgrenzung im Gebiete des ersten Trigemini-
nusstes, wie er immerhin eine Seltenheit ist, da im Besondern Iris, Chorioidea und Nervus opticus mit beteiligt sind. Patient, 50 Jahre alt, war einer stärkeren Erkältung ausgesetzt, indem er in einem Speicher bei stärkstem Zuge 3 Stunden an einer Türe stehen musste. Am andern Tage zeigte sich eine starke Rötung der Stirngegend, und nach weitem 24 Stunden bedeckte sich die Haut mit Blasen, welche zum Teil jetzt schwarz gefärbt erscheint, da eine partielle Gangrän des erkrankten Gebietes eingetreten ist. Von aussen nach innen sind folgende Endäste in ihrer gesamten Territorialausdehnung beteiligt: der Lacrymalis, Supraorbitalis, Frontalis, Supratrochlearis, Infratrochlearis und Nasociliaris. H u t c h i n s o n hat die Beobachtung gemacht, dass der Bulbus selbst nur durch die Beteiligung des Nasociliaris erkrankt, da von diesem das Ganglion ciliare versorgt wird und von ihm die Nervi ciliares longi ausgehen, eine Anschauung, welche sich im vorliegenden Fall zu bestätigen scheint. Sie sehen einige Blasen, welche den Nasenrücken einnehmen und bemerken, dass die Rötung um ungefähr 1 Centimeter über die Mittellinie hinüberraigt, was mit der Beobachtung Z a n d e r s übereinstimmt, welcher nachgewiesen hat, dass der Ausbreitungsbezirk des Trigemini-
nusstes der einen Seite etwas über die Mittellinie in die andere Seite hinüberraigt. Dem Wesen des Herpes zoster ist man durch einige Sektionsbefunde nähergetreten. Ist das Ganglion Gasseri morphologisch einem Spinalganglion gleichzustellen, so lassen sich auch Analogien zwischen den Erkrankungen beider nachweisen. Einen Fall veröffentlicht W e i d n e r: Bei der Sektion eines Kranken, der vor 5 Jahren an Herpes zoster des Trig. erkrankt war, fanden sich Veränderungen im Ganglion Gasseri. In einem Falle von W y s s fand sich der Trig. grau-

rötlich, verdickt, Abszesse in seiner Umgebung und Blutextravasate im Ganglion. Sattler, Head, und Campbell, Wilbrand und Sänger haben die Litteratur bereichert. Die Behandlung hat natürlich gegen die Erkrankung des Nerven vorzugehen; Aspirin und Schwitzen haben hier in wenigen Tagen eine Besserung herbeigeführt.

(Autoreferat).

Dr. Fr. v. Berg demonstriert als sehr seltenen Fall einen Proc. vermiformis, gewonnen bei einer Herniotomie als alleiniger Inhalt des Bruchsackes. — Frau M. H., von 35 Jahren die stets gesund war, bemerkt seit 3 Tagen einen hühnereigrossen Tumor in der rechten Leistenbeuge. Keine Schmerzen, keine Beschwerden, keine Störung des allgemeinen Befindens. Versuch einer Taxis schafft kein Resultat. Vermutet Netzbruch. Pat. verweigert Operation, weil sie keine Beschwerden hat. Entschliesst sich erst am andern Tage dazu. Operiert am 21. März a. c. Kleiner Bruchsack. Incarceriert Proc. vermiformis, der bis zur Einschnürungsstelle bereits nekrotisch ist. Abgetragen an seiner Basis. Lembertsche Näht-Naht der Bruchpforte mit Bronzealuminiumdraht. Verlauf tadellos. Pat. verlässt am 9. Tage das Hospital.

Dr. v. Berg stellte ferner einen Fall von durch Operation geheilten Morb. Basedowii vor:

Grete Pagast, 16 Jahre alt, bemerkte seit 4 Jahren ein mässiges Anwachsen ihrer Struma. Wegen zunehmender Atemnot, Herzklopfen, Exopthalmos, Zittern der Hände und hochgradiger Nervosität lässt sie sich in das Diakonissenhospital aufnehmen. Ausser den genannten Symptomen noch heisere Stimme, Puls 160. Eine mehrwöchentliche Liegekur und Kühschlange auf Brust und Hals ergiebt keine nennenswerte Besserung, so dass am 31. Januar a. c. zur Operation geschritten wird. Kragenschnitt. Mehr als gänseeigrosse Struma extirpiert bis auf den zurückgelassenen mittleren Lappen. Naht. Verlauf fieberfrei. Wunde heilt per primam. Nach 8 Tagen ist bei sich stets besserndem Allgemeinbefinden der Puls auf 128 bis 120 zurückgegangen. Nach weiteren drei Wochen Puls 80—90. Exopthalmus wesentlich zurückgegangen. Allgemeinbefinden tadellos. Kein Zittern mehr. Bei der Vorstellung am 16. April macht Patientin den Eindruck eines blühenden Mädchens. Von Exopthalmus nichts

wahrnehmbar, Puls 82. Tadelloses Allgemeinbefinden. Der Fall scheint geeignet die Frühoperation empfehlenswert zu machen gegenüber der unsicheren Thyreoidinbehandlung.

(Autoreferat).

Dr. Behr setzt seinen begonnenen Vortrag fort «über Selbstschilderungen von Halluzinanten und Auftreten von Halluzinationen während des Erwachens». (Der Vortrag ist erschienen in extenso in der Petersburger medizinischen Wochenschrift).

Dr. v. Krüden er macht auf die Häufigkeit von Halluzinationen nach Augenoperationen aufmerksam, und zwar im Zusammenhang mit dem Verschliessen der Augen durch den Verband. Nach Entfernung des letzteren hören dieselben auf. Uthoff beschreibt Fälle, wo sich die Halluzinationen nur auf einem Auge abspielten. Auch Redner hat einen solchen selbst beobachtet. Es handelte sich um Glaukom und die Halluzinationen traten nach jedem Anfalle auf.

Dr. Zwingmann hat auch nach Staaroperationen, während die Augen noch unter dem Verbande waren, Halluzinationen beobachtet. Redner bezieht dieselben auf bestehende Atropiungsvergiftung, die auch nach Entfernung des Verbandes weiter bestand, ebenso wie die Halluzinationen, und meint, dass diese Aetiologie in vielen analogen Fällen mitspielt. — Der von Dr. v. Krüden er beobachtete Fall, liegt aber natürlich ganz anders.

Dr. v. Krüden er: die Fälle, die er meint, haben mit Atropinvergiftung nichts zu tun. Dieselben Halluzinationen hat er eben so nach Glaukomoperationen, wo Atropin ja niemals in Frage kommt, beobachtet.

Dr. Tiling: die Uebergangsformen, welche vom normalen zum pathologischen Denken hinüberleiten, könne er nicht anerkennen. Ein Mensch dieser Kategorie muss streng von einem Gesunden, der wegen toxischer oder anderer Ursachen halluziniert, unterschieden werden. Seiner Ansicht nach sei zwischen den Halluzinationen der Geisteskranken, und den Zuständen, wie sie vom Vortragenden mehrfach berührt worden, ein prinzipieller, wesentlicher Unterschied. Das Suchen nach einer anatom. Erklärung für die Genese der Halluzinationen sei aussichtslos. Im Gegensatz zum Vortragenden müsse er an dem häufigen Vorkommen von Trug-

wahrnehmungen aller Sinnesgebiete bei halluzinierenden Geisteskranken festhalten.

Dr. Bernstorff richtet an Dr. Behr die Frage, ob er in der Lage sei über den Stand des Aberglaubens in Riga, speziell über Zu- oder Abnahme spiritistischer Interessen Mitteilung zu machen? Hier in Riga sollen augenblicklich regelrechte spiritistische Seancen abgehalten werden.

Dr. Behr. Die Frage des Herrn Präses muss ich mit «nein» beantworten. Ein gewisser Instinkt hält diese Leute dem Spezialarzt fern, und das meiste, was ich von den hiesigen Spiritisten weiss, erfuhr ich durch Hörensagen. Ob nicht die Herren Kollegen, welche an den Anstalten tätig sind, mehr über die Folgen des Spiritismus zu berichten wissen als wir prakt. Aerzte. da ausgesprochene Psychosen doch gleich in eine geschlossene Anstalt übergeführt werden. Wenn aus dem Inhalt der Wahnideen Geisteskranker ein Schluss zulässig ist, so muss man annehmen, dass die Kenntnis spiritistischer Vorgänge im Publikum sehr verbreitet ist. Die Wahnvorstellungen der Geisteskranken sind doch stets das verzerrte Spiegelbild zeitgenössischer Ideen. Als der Hypnotismus, als etwas Neues von ärztlicher Seite gehandhabt wurde, glaubten die Geisteskranken beständig an eine hypnotische Beeinflussung. Die Entdeckung der drahtlosen Telegraphie erzeugte die Furcht auf unsichtbare Weise beeinflusst zu werden, u. s. w. Gegenwärtig fällt es mir in meinem Wirkungskreise auf, wie häufig spiritistische Vorstellungen im Beginn von Geisteskrankheiten geäussert werden so dass ich persönlich die Ueberzeugung habe, dass hier zu Lande die spiritistische Bewegung sich ausbreitet und im Publikum kräftige Nahrung findet.

(Autoreferat).

Dr. M. Schönfeldt: Eine Dame aus seiner Anstalt, aus stark belasteter Familie, an Morb. Based. leidend, mit ganz antisozialen Interessen, von ihrem Manne geschieden, die vor Kurzem eine Psychose durchgemacht, ist die Seele des Hagensberger Spiritistenvereins, dessen Seancen sie leitet, und in dessen Interesse und Auftrage sie häufig Reisen ins Ausland unternahm. Ein Bruder derselben hat Redner wiederholt aufgefordert solche Sitzungen mitzumachen.

Dr. S u c k. Die spiritistischen Versammlungen in Hagensberg betreffend, kann ich mitteilen, dass augenblicklich keine Seancen veranstaltet werden. Vor ca. 1¹/₂—2 Jahren habe ich Gelegenheit gehabt Sitzungen mitzumachen, doch habe ich nie eine besondere Manifestation beobachten können. Zwei weibliche Medien, die durch die Sitzungen stark nervös geworden waren, kamen in meine Behandlung. Das Verbot an Seancen teilzunehmen hat den erwünschten Nutzen gebracht. Die eine der Damen war ein besonderes starkes Medium; sie verfiel in Trance, und in einer Sitzung bewegte sich ein ziemlich schwerer Saaltisch, auf welchem ihr Mann sass, ca. 1 Fuss auf dem Teppich fort. Der Mann, ein Schulkamerad und Komilitone von mir, steht dem Spiritismus selbst skeptisch gegenüber. Ein Versuch den Tisch mit dem Fuss weiter zu schieben, gelang sehr schwer. Leider habe ich selbst nie einen solchen Erfolg sehen können.

Eine Seance in der Stadt verlief interessanter. Dieselbe wurde durch einen Choral und durch ein inspirirtes Gebet von einer Dame (laut Angabe vorzügliches Sprech-, Schreib- und Clavierspiel-Medium) eingeleitet. In dem Gebet wurde ich nebenbei für ein gutes Medium erklärt und wurde mir, nach Beendigung der zusammenhangslosen Rede ein Bleistift in die Hand gedrückt und musste meine rechte Hand auf einem Bogen Papier ruhen. Im Laufe der nächsten halben Stunde, während welcher sich die Gesellschaft mit Tischrücken und Klopfen beschäftigte, blieb meine Hand ruhig liegen, dann fing sie aber aus Ermüdung an in gerader Linie über das Papier zu gleiten. Die Uebung wurde darauf unterbrochen und sollte ich sie jeden Abend wieder aufnehmen, da ich positiv ein Schreibmedium sei. Ich könne mich dabei geistig beschäftigen und habe nur die Hand mit der Bleifeder auf ein Stück Papier zu legen, das Uebrige käme dann von selbst. Leider habe ich die Versuche nicht fortsetzen können. Den Glanzpunkt des Abends bildete jedenfalls die magnetische Massage eines Herrn L. Herr L. erschien auf Krücken in der Gesellschaft. Er erzählte mir, dass er beim Turnen, in Petersburg, sich stark auf die Diele gesetzt hätte und in Folge des Aufschlagens sei eine Lähmung beider Beine eingetreten. Die Krankenhausbehandlung in Petersburg und die von Dr. Baer in Riga, sowie die Bäder in

Kemmern seien erfolglos gewesen. Da sei er mit Fr. O., der mediumistischen Dame bekannt geworden und diese hätte den weiland Hausarzt ihrer im Auslande verbrachten Kinderzeit zitiert. Derselbe konnte keine Diagnose stellen und brachte den nächsten Abend einen weiland italienischen Kollegen mit, welcher die magnetische Massage verordnete und als Masseur den Herrn S. bezeichnete. Herr S., der den Beteiligten unbekannt war, wurde aufgesucht, entpuppte sich als Spiritist und übernahm die Massage nach Angaben des Italienischen Doktors, der sich durch den Mund der Fr. O. verständlich machte!

Dr. Baer hatte die Diagnose auf ein Rückenmarkleiden in Folge von Lues gestellt. Als Herr L. das Zimmer betrat, sagte er, — der Herr ist nämlich auch Hellseher, — dass die ganze Stube voll Geister sei. Viele seien ihm gut bekannt von früher her, andere seien heute zum ersten Mal anwesend. Nachdem der Kranke sich der Stiefel entledigt hatte, nahm er auf einem Stuhle Platz. Fr. O. umzog ihn darauf mit magischen Kreisen um die bösen Geister von ihm abzuhalten und die Anwesenden setzten sich in einem Kreise um den Patienten, doch durfte derselbe vis à vis dem Kranken nicht geschlossen werden, weil: «die Krankheit sonst auf die dort befindliche Person geworfen werden könnte».

Herr L. gab an, dass der Hausarzt und der Italiener sich bei ihm im Kreise befänden, und Herr S. begann nach Angabe von Fr. O. die Streichung etc. Die Hände berührten den Kranken nur leicht und glitten von der Mitte des Leibes allmählig zu den Extremitäten. An den Enden derselben angelangt, ballten sich die Hände des Masseurs als ob sie die Krankheit ergriffen, krampfhaft zusammen, und warfen dieselbe alsdann in grossem Bogen über die Schultern nach hinten. Herr S. konzentrierte angenscheinlich seine ganze Energie auf die Massage, der Blick wurde stier und dicker Schweiss perlte auf seiner Stirn. Am Schluss, nach ca. 20 Min. waren Masseur und Pat. erschöpft.

Schliesslich sah ich noch eine Levitation an diesem Abend. Das Tischchen, welches zu verschiedenen Experimenten benutzt worden war, sollte in die Höhe geschoben werden. Um dasselbe sassen im halbdunklen Zimmer Damen und Herren in bunter Reihe, so dass ich die Füsse nicht kontrol-

lieren konnte; die Hände bildeten eine Kette auf der Tischplatte. Mehrmals hatte der Tisch sich auf ein Bein gestellt, ohne sich jedoch von der Diele zu erheben. Der Hellseher Herr L. gab an, dass sich unter dem Tisch eine Menge Geister befänden, die sich grosse Mühe gäben, den Tisch in die Höhe zu bringen. Unter ihnen befände sich ein Geist von herkulischem Körperbau. Derselbe entfernte schliesslich die andren Geister, nahm eine Athletenstellung ein, spuckte sich in die Hände und — der Tisch erhob sich ca. 1 Fuss vom Boden in die Höhe, um im nächsten Moment zurückzufallen. Ein Herr, auch Schreibmedium, welcher durchaus den Namen dieses Kraftgeistes erfahren wollte, schrieb in einer ungewandten Handschrift erst Injurien auf, die den Anwesenden galten, und zuletzt: «Dummkopf, ich war preussischer Korporal!». Herrn L. habe ich einmal auf der Strasse getroffen, er konnte seine Beine frei benutzen.

(Autoreferat).

Dr. Behr. Zur Kasuistik der Trancezustände erlaube ich mir folgenden Fall anzuführen: Frä. X. (geb. 1853) eine sehr phantastische Dame, beschäftigte sich seit dem Jahre 1885 mit spiritistischen Studien. Im Jahre 1892 begann sie in Folge eines zunehmenden Gehörleidens eine hypnotische Behandlung. Die hypnotischen Sitzungen fanden anfangs täglich statt, und die Patientin gewöhnte sich derart an das Hypnotisieren, dass ihr ganzes Sinnen und Trachten nur auf die Hypnose gerichtet war. Liess der Arzt zufällig absagen, so war sie unglücklich und krank, und meinte, sie könne ohne «Eingebung unmöglich existieren». Bevor der Arzt kam, war sie stets erregt, ging unruhig aus einem Zimmer in das andre, hatte eiskalte Hände und konnte ihn kaum erwarten. Im Verlauf des Jahres 1893 machte sie auf ihre Umgebung durchaus den Eindruck einer psychisch Kranken, welche Ansicht auch von einem ausländischen Kollegen bestätigt wurde. Trotzdem wurde die Behandlung fortgesetzt, und währte Alles im Allem circa 1½ Jahre. Sie erlernte es nach und nach, sich selbst in einen künstlichen Schlafzustand zu versetzen und meinte, in diesem Zustande löse sich ihre Seele vom Körper, und vereinige sich im «Trance» mit der Seele ihres Arztes. Einen schweren, derartigen autohypnotischen Zustand konnte ich im Verlauf von mehreren Tagen beobach-

ten, und mich davon überzeugen, dass die Kranke während des Trancezustandes sexuell im höchsten Grade erregt war, und in obscönen Worten und Vorstellungen schweigte. Da in spiritistischen Kreisen und auch in der schönen Literatur das Problem einer Ideellen Seelengemeinschaft zwischen Mann und Weib vielfach behandelt wird, so wollte ich nicht versäumen, auf die sexuelle Seite dieser Frage hinzuweisen.

In der Folge entwickelte sich bei der Patientin ein ausgesprochenes Wahnsystem, ein Gemisch von spiritistischen und hypnotischen Erinnerungsbildern, eine starke Neigung zum Alkoholismus und endlich eine vollständige Zerstörung aller seelischen Kräfte, sodass die Patientin in eine Irrenanstalt untergebracht wurde.

(Autoreferat).

Dr. M. Schönfeldt berichtet von 2, in Riga lebenden, schriftstellernden Geisteskranken, von denen einer von ihm angeblich selbst gezogene, eisenhaltige Eier anpreist; der andere berührt künstlerische Fragen. Nach Redners Ansicht handelt es sich bei diesen um ganz minderwertige Subjekte von stark geschwächter Psyche, deren Elaborate daher auch für die Wissenschaft nur von minimaler Bedeutung sein können.

Dr. Behr. Die Ausführungen des Kollegen Schönfeldt sind mir sehr wertvoll, da sie schlagend beweisen, was ich Eingangs meiner Arbeit erwähnte, über die Abneigung der Anstaltsärzte gegen derartige Studien. Die meisten Anstaltsärzte sehen in schriftstellerischen Aeusserungen der Geisteskranken nur Kuriositäten, während wir praktischen Aerzte, welche wir so häufig die Geisteskranken ausserhalb der Anstalten, frei im Leben beobachten, das Bedürfnis empfinden, den Widerspruch zu lösen zwischen Geistesschwäche einerseits und zwischen einer erhaltenen Besonnenheit und einer relativ grossen Initiative bei diesen Individuen andererseits. Lombroso schuf aus den schriftstellerischen Geisteskranken eine eigne Gruppe, die Graphomanen. Das war ein Irrtum, eine Graphomanie in diesem Sinne giebt es nicht. Es ist aber eine reizvolle Aufgabe, die einzelnen Graphomanen zu analysieren, und die Widersprüche zwischen Mehrleistung und Minderwertigkeit in ihren Werken zu ergründen. Mit dem Begriff des Schwachsinnnes, wie ihn der Kollege Schönfeldt gebraucht, ist für die wissenschaftliche Betrachtung

nicht das Geringste gewonnen. Das ist ein Schlagwort, ohne jede Begründung und Bedeutung,

(Autoreferat).

Dr. E. d. S c h w a r z macht Dr. B e h r den Vorwurf, dass er in der Einleitung zu seinem Vortrage die Theorie Lombroso's über den Zusammenhang von Genie und Irresein als zu rechtbestehend vorgetragen habe. Dagegen müsse er protestieren und empfehle der Aufmerksamkeit der Kollegen Werke, die diese Frage vorzüglich beleuchten — von T ü r c k und L ö w e n f e l d t.

Dr. B e h r: Ich habe meine Worte nicht in dem Sinn gebraucht, als ob ich die Anschauung Lombroso's teile. Die Lehre Lombroso's ist verworfen und kein Stein ist auf dem andern geblieben, trotz alledem verdanken wir aber gerade Lombroso die grösste Anregung in dieser Richtung — und das wollte ich mit den beanstandeten Worten hervorheben. Dass ich heute hier in der Lage bin, den Begriff der pathologischen Mehrleistung und der Minderwertigkeit auseinander zu halten, verdanken wir im letzten Grunde doch nur Lombroso.

Unzweifelhaft giebt es psychisch normale Genies. Es liegt mir ganz fern zu behaupten, dass alle Genies geisteskrank sind, die Widersprüche aber, an denen die pathologischen Genies kranken, sind so gross, die Mehrleistung und die Minderwertigkeit in ihrer Person sind so auffallend, dass eine Vermittelung notwendig ist, und dazu sind wir nur im Stande durch die Anregung Lombroso's.

Das Buch von T ü r c k, welches der Herr Kollege S c h w a r z erwähnte, ist ein unphilosophisches Werk, und zu aprioristisch, um wirklich empfohlen zu werden.

(Autoreferat).

Sitzung am 30. April 1903.

Dr. K r o e g e r jun. hält seinen angekündigten Vortrag über «Morb. Basedowii».

Nach einer kurzen einleitenden Behandlung der Symptomatologie, und einem flüchtigen historischen Ueberblick über die

abweichenden Auffassungen vom Wesen dieser Krankheit unterzieht Vortragender die zuerst von Kocher begründete, späterhin von Eulenburg, Moebius u. a. weiter ausbaute, und heute fast allgemein anerkannte Theorie: die das Wesen des Morbus Basedowii in einer Vergiftung des Organismus durch das Sekret der krankhaft veränderten Schilddrüse erblickt, einer eingehenden Besprechung.

Gestützt auf die Annahme der alleinigen ätiologischen Bedeutung der erkrankten Schilddrüse für das Zustandekommen des in Bezug auf Symptomatologie und Schwere der Erscheinungen so vielgestaltigen Krankheitsbildes, verwirft Vortragender das Bestreben einiger Autoren: zwischen primären und secundärem Basedow, zwischen Morb. Based. im engeren Sinne und Thyreoidismus prinzipiell zu unterscheiden, und vertritt die Anschauung, dass sämtliche Formen und Stadien der Schilddrüsenvergiftung, sei es der klassische Basedow, seien es objektiv kaum nachweisbare, oder subjektiv kaum empfundene Symptome der Intoxikation — dennoch als ätiologisch gleichberechtigt zusammengehörten, und sich nur graduell (als gewissermassen verschiedene Stadien eines und desselben Vorganges) nie aber prinzipiell unterschieden.

Um der Frage nach den frühesten Anzeichen, resp. rudimentärsten Formen dieser Krankheit näher zu treten, hat Vortragender im Laufe der letzten 2 Jahre bei allen Patienten deren Brustorgane er untersuchte, auf das Verhalten der Schilddrüse, sowie auf das Vorhandensein einschlägiger Symptome besonders geachtet, und ist dabei zu folgenden Ergebnissen gelangt:

Unter ca. 900 Untersuchungsobjekten war es bei der grossen Mehrzahl kaum möglich den sicheren Nachweis zu liefern, dass eine Schilddrüse überhaupt existiere; jedenfalls liess sich hier für die palpierenden Finger weder ein räumlich scharf begrenztes, noch durch seine Consistenz von der Trachea unterscheidbares Organ erkennen. Meist deutete nur eine scheinbare Verbreiterung der Trachea nach unten und seitlich auf die Existenz eines solchen.

Nur in 130 Fällen war die Schilddrüse deutlich palpabel, und es fanden sich hier alle Uebergänge von den leichtesten, nur für den Finger wahrnehmbaren Vorwölbungen bis zu den ganz ausgeprägten, für das Auge sofort erkennbaren Strumen-

Unter diesen 130 Fällen liessen sich bei 31 die charakteristischen Symptome des Morb. Bas. «im engeren Sinne» nachweisen (Gruppe 1); bei 36 bestanden nur Störungen von Seiten des Herzens (vor Allem stets eine deutliche Verstärkung der Aktion) sowie gewisse subjektive nervöse Beschwerden, wie: allgemeine Erregbarkeit und Unruhe, Hitzegefühl, Schlaflosigkeit etc. (Gruppe 2); bei 24 weiteren fehlten auch letztgenannte nervöse Störungen, nur objektiv liess sich bei ihnen jene eigentümliche Verstärkung der Herzaktion nachweisen, wie sie nur bei Morb. Brightii Arteriosklerose, gewissen toxischen Einflüssen, und stets bei der Basedowschen Krankheit gefunden wird. (Gruppe 3); bei den letzten 39 Fällen war der Schilddrüsenbefund mit keinerlei krankhaften Störungen einschlägiger Art verknüpft. (Gruppe 4). Was die Grösse der in den Tabellen verzeichneten Schilddrüsen betrifft, so lassen sich keine Beziehungen zwischen ihr und der Schwere der Erkrankungen nachweisen: es finden sich z. B. bei Fällen von ausgesprochenem Basedow oft nur ganz unbedeutende Kröpfe, andererseits wieder auch grosse Strumen ohne alle krankhaften Symptome.

Im Allgemeinen war die Consistenz auch der relativ kleinen Schilddrüsen eine auffallend weiche, schwammartige. (gesteigerte Vascularisation).

Vortragender hommt sodann zu folgenden Schlüssen:

1) Eine palpatorisch deutlich abgrenzbare Schilddrüse ist pathologisch; denn nur eine durch das krankhafte Wachstum bedingte Aenderung ihrer Consistenz und Configuration ermöglicht ihre normaliter schwierige Abgrenzung von der Umgebung.

2) Ein grosser Teil der für die Basedow'sche Krankheit angeführten Symptome ist inconstant: eines od. das andere kann im Einzelfalle fehlen. Nie vermisst man aber: die Struma, die eigentümliche Verstärkung der Herzaktion und die eigentümliche Alteration des Allgemeinbefindens.

Ohne diese Trias ist noch kein Morb. Based. beschrieben worden. Vortragender erlaubt sich daher den umgekehrten Schluss: dass es sich bei Vorhandensein obiger Trias immer schon um Morb. Based. handle, und glaubt sich daher auch berechtigt seine sub. Gruppe 2 rubrizierten Fälle den leichten Formen dieser Krankheit zuzählen zu dürfen.

3) die Fälle bei denen sich neben Struma nur objektive Veränderungen in der Herztätigkeit, aber keinerlei subjektive sonstige Beschwerden fanden (Gruppe 3) würden sich gleichfalls am ungezwungensten als die mildesten resp. frühesten Stadien einer Schilddrüsenintoxication deuten lassen, und dürften zugleich darauf hinweisen, dass diesen toxischen Einwirkungen gegenüber die Herzzentren weniger tolerant seien, als das übrige Nervensystem.

Nach einer kurzen Besprechung der Therapie, wobei Vortragender nächst der Thyreotomie — die in 4 schweren Fällen mit gutem Erfolge zur Anwendung kam — einer individuell angepassten Kaltwasserbehandlung das Wort redet, erfolgt zum Schluss eine Demonstration mehrerer die einschlägigen Gruppen illustrierender Patienten.

Dr. F. v. Berg äussert seine Verwunderung über die ungewöhnlich grosse Zahl von Basedowfällen, über die Vortragender aus seiner Praxis berichtet. Er. Redner, hätte nicht geglaubt, dass in ganz Riga soviel vorhanden wären.

Was die Frage der Operation anbetrifft, so scheint Vortragender auch über Fälle zu verfügen, wo eine solche nicht zu umgehen war.

Dr. Kroeger: Unter den 130 angeführten Fällen, wo die Schilddrüse deutlich palpabel war, seien es nur 31, die er unter den Begriff «Morb. Based.» wie derselbe allgemein anerkannt werde, rubriziere. Weitere 36 Fälle (Gruppe 2), bei denen es sich neben der Struma nur um die besprochenen subjektiven, nervösen Beschwerden (Unruhe, Herzklopfen, Schlaflosigkeit etc.) sowie um eine verstärkte Herzaktion handle, ebenso weitere 24 Fälle (Gruppe 3) bei denen sich neben Struma nur die Verstärkung der Herzaktion—mit oder ohne Hypertrophie resp. Erweiterung des linken Ventrikels — nachweisen liess, bei denen die subjektiven Beschwerden aber nicht ausgesprochen waren, zähle er zu den rudimentärsten Formen der Schilddrüsenintoxikation. Ob man diese nun mit der Bezeichnung «Basedow» od. «Thyreoidismus» belegen wolle, käme für das Wesen dieser Krankheitsformen nicht in Betracht. Er halte die Fälle der 2. Gruppe allerdings für mildere Formen von Morb. Basedow. und zwar deswegen, weil sie ausnahmslos diejenigen Symptome, die sich bei jedem echten Based. konstant finden, nämlich: die subjektiven nervösen

Beschwerden, sowie die objektiven Herzerscheinungen, darboten. In dieser Auffassung hat ihn auch die Beobachtung bestärkt, dass in Fällen, wo von Seiten der Patienten in besprochener, charakteristischer Weise über subjektive Beschwerden geklagt wurde, und wo sich eine Verstärkung der Herzaktion nachweisen liess, er den Verdacht auf eine gleichzeitige Vergrösserung der Schilddrüse durch die Palpation ausnahmslos bestätigt fand.

Gerade die regelmässige Bestätigung jener praesumptiven Annahme schein ihm für den inneren Zusammenhang zwischen den subjektiven Beschwerden, den objektiven Herzerscheinungen einerseits, und der Vergrösserung der Thyreoidea andererseits beweisend.

Die Fälle der 3. Gruppe erinnern am ehesten an diejenigen, die Straus als selbständige cardio-vasculäre-Neurose auffasst und die er wegen Fehlens der Struma von der Basedowgruppe absondert. Redner vermutet dass sich auch bei denen eine Vergrösserung der Schilddrüse würde nachweisen lassen.

Dr. v. Bergmann: die von Dr. Kröger als Rudimentärformen des Morb. Bas. aufgefassten Fälle könnten nur dann als solche anerkannt werden, wenn entweder Uebergänge von solchen in schwere Formen sich nachweisen liessen, oder wenn es gelungen solche leichte Fälle durch die Operation zu heilen.

Was den von Dr. Berg operierten Fall betrifft, so sei die schnelle Heilung sehr auffallend. Von Redners ca. 20 Fällen waren nur wenige bald nach der Operation geheilt. Trotz meist sofort bemerkbaren Absinkens der Pulsfrequenz, folgte doch bald wieder ein Aufsteigen derselben, bis erst unter allmählicher Besserung die schliessliche Heilung erfolgte.

Redner hat 2 Todesfälle zu verzeichnen; einen durch Shok am ersten Tage; den anderen, der vorher an Influenza gelitten, an Pneumonie. Bei allen Operierten war die Chloroformnarkose angewandt worden. Die Lokalanästhesie wäre gewiss zu bevorzugen, wenn die Pat. nicht so enorm erregbar wären. Im Uebrigen sind die Resultate Kochers, der nie chloroformiert, und diejenigen Krönleins, der nur in Narkose operiert, gleich gute.

Dr. Schabert. So sehr er mit Vortragenden in Bezug auf die Betonung der ätiologischen Bedeutung der Schilddrüse

übereinstimmt. so wenig könne er es, wenn derselbe die Grösse der Drüsenfunktion von der räumlichen Grösse des Organes ableite. Es ist von guten Beobachtern behauptet worden, dass Struma bei Morb. Based. überhaupt fehlen könne. Andererseits gebe es Strumakranke ohne Basedow.

Daher könne der Nachweis der Struma in der Symptomatologie besagter Krankheit nicht die Rolle spielen, wie die Herzerscheinungen und die subjektiven Beschwerden, die ja auch vom Vortragenden hervorgehoben werden.

Chlorose und Klimax haben einiges mit dem Basedow gemein. Bei ersteren ist besonders das Hitzegefühl, welches wohl als Vergiftungserscheinung von Seiten der Ovarien aufzufassen ist.

Man müsse, wenn man aus allgemeinen nervösen Symptomen Morb. Based. annehmen wolle, vorerst Chlorose und Klimax ausschliessen.

Bedner macht zum Schluss auf eine Erscheinung aufmerksam, die bei Basedow sehr charakteristisch sei, das ist: das auffallende Lippenrot als Kontrast zu der sonstigen Blässe des Gesichtes.

Dr. Hampeln. Unter der Voraussetzung dass es sich bei M. Basedowii doch höchst wahrscheinlich um eine Toxicose mit vorwiegender Affektion des Nervensystems handele, sind schon a priori und per analogiam je nach dem Grade der Intoxikation und nach der Art der Reaktion vom herrschenden Krankheitstypus abweichende, leichte, abortive, unentwickelte Krankheitsformen, sog. *Formes frustes* auch bei M. Based. zu erwarten. Auf diese auch hier aufmerksam gemacht zu haben, halte er für ein Verdienst des Vortragenden, besonders auch den Hinweis auf notwendige sorgfältige Palpation der Thyreoidea in jedem Verdachtsfalle, da ihre Vergrösserung eine sehr unansehnliche sein, und sich darum der Wahrnehmung bei nicht sehr eingehender Untersuchung leicht entziehen könne. Sehr richtig sei darum die Aufforderung Dr. K's zu solchen Untersuchungen, die dann zu ergeben hätten, ob sich wirklich die leichtere Form d. M. Based. die in irgend bemerkenswerter Anzahl selber beobachtet zu haben Bedner sich nicht erinnert, so häufig finde, als Dr. K. behauptet. 2 Schwierigkeiten scheinen ihm bei Feststellung dieser Fälle vorzuliegen. Einmal die Abgrenzung der gerade erst palpablen, aber schon

pathologischen Thyreoidea nach Auffassung K's, von einer normalen, und doch palpabeln Thyr. Sodann die Abgrenzung des Hauptsymptoms, in den von K. angenommenen leichten Fällen gegen die Herzpalpitationen nervösen Ursprungs, ohne jegliche Beziehung zum M. Based. wie sie so häufig bei Personen beiderlei Geschlechts in jugendlichen Jahren beobachtet werden. Dr. K. erwähnt nach dieser Seite der von ihm nach Ausschluss einer Nephritis od. Arteriosklerose, für charakteristisch gehaltenen Verstärkung der Töne an den grossen Herzgefässen. Die differentiell-diagnostische Bedeutung dieses Merkmals in dem von K. angegebenen Sinn könne Redner nicht zugeben. Es komme oft und ganz gewöhnlich gerade bei den Herzpalpitationen rein nervösen Ursprungs vor besonders in der Wachstumsperiode, und erscheint darum nicht so eindeutig wie Dr. K. annimmt. Ja, auch einen deutlich wahrnehmbaren Volarton der Hand, den man sonst bei Gesunden nie höre, sondern (und nach seiner Wahrnehmung sehr häufig), im Frühstadium der Arteriosklerose, ausserdem, wie bekannt, bei Schrumpfniere, Aorteninsuffizienz, endlich auch bei M. Based. Den Volarton, wie auch einen systol. Ton über d. Art. ophthalmica habe er in solchem Fall, wenn auch ausnahmsweise bei einem jungen Mann, bei sehr erregter Herzthätigkeit gehört. Also die Auskultation, sowie die anderen, palpatorischen Gefässsymptome im allgemeinen, ausgenommen die an der Gland. thyreoidea selber, haben, auch nach Ausschluss der primären oder sekundären Arteriosklerose, seiner Ansicht nach nichts für den M. Based. Charakteristisches, nicht die ihnen von Dr. K. vindizierte Bedeutung.

Nach Kocher giebt es Fälle von Based. mit verlangsamtem Puls. Redner hat selbst solch einen erlebt. Es handelt sich um Jahre lang bestehende Struma, Exophthalmus, Abmagerung, Melancholie. Der Puls war verlangsamt und dennoch musste der Fall als Based. aufgefasst werden. (Autoreferat)

Dr. Th. Schwarz fragt Vortragenden, ob er nicht auch Fälle mit Atrophie der Schilddrüse bei Based. gefunden habe (die Frage wird verneint). Ihm sei ein Fall bekannt, wo die Drüse auf der einen Seite zu fühlen ist, auf der anderen nicht. Die Verkleinerung des Organs widerspreche der Theorie ja auch keineswegs; es käme nur darauf an, dass ein patholog.

Produkt abgesondert würde, einerlei ob die Drüse dabei gross oder klein sei.

Redner sieht in der Operation das einzige Mittel zur Heilung. Auch unter Dr. Krögers Fällen sind definitiv geheilt nur die Operierten, die übrigen nur gebessert. Allerdings kommt eine Besserung der Heilung oft nahe.

Redner kennt aus seiner Praxis auch mehrere Fälle von Heilung durch Operation, auch bei bereits lange bestehender Krankheit, durch Hydrotherapie od. elektrische Behandlung habe er solche Erfolge nie erzielt. Die schlechten Erfolge der Operation müsse man in erster Linie der Narkose zur Last legen. Redner hat einen Todesfall nach Operation mit Chloroform erlebt.

Dr. Sokolowski führt gegen die Einwände Dr. v. Bergmann's an, dass er 3 Mal Uebergänge von leichten Formen in schwere erlebt habe. Es handelte sich anfangs nur um subjektive nervöse Beschwerden mit geringer Vergrößerung der Thyreoidea; später manifestierten sich die Erscheinungen von klassischem Basedow.

Er stimme mit den Ausführungen Dr. Krögers vollkommen überein. Wenn auch viele Autoren wie Mikulicz und Reinbach einen prinzipiellen Unterschied zwischen Morb. Based. und Thyreoidismus machen, so werde diese Unterscheidung doch bald aufgegeben werden müssen.

Ob Morb. Based. ohne Kropf vorkomme, ist sehr schwer zu entscheiden. In einem seiner Fälle war von der Schilddrüse sehr wenig zu fühlen. Bei der Operation erwies sie sich aber als sehr gross — sie war in die Tiefe gewachsen.

Dr. Wolferz 1: Basedow-Fälle ohne Struma kämen in der Literatur zweifellos vor; ebenso gebe es Fälle, wo die Vergrößerung der Schilddrüse erst als Spätsymptom in Erscheinung trete, nachdem Tachycardie und Exophthalmus bereits eine zeitlang bestanden.

Etwas, was allen Fällen gemeinsam sei, sei die psychische Störung. Diese Tatsache lege den Gedanken nahe die primäre Erkrankung in's Gehirn zu verlegen. Dass psychische Traumen als ätiologisches Moment in Betracht kämen, sei ja auch allgemein anerkannt.

Ob es sich um Schädigung der Corpora restiformia oder des 4. Ventrikels handle, ob wir den primären Sitz der Erkran-

kung in's excito-motorische Herznervensystem, oder in die trophischen Zentren der Schilddrüse oder des Auges verlegen sollen -- die Frage ist noch nicht spruchreif. Wo es sich um Sekretionsstörungen der Drüse handelt, da finde man die schweren Formen -- wo nicht -- die leichten.

In einem Fall aus Redners Praxis trat nach heftigem Schreck ein Puls von 200 an -- es bestand keine Struma. Nachdem durch eine Wasserbehandlung Besserung eingetreten war, stieg die Pulsfrequenz nach einer neuen Aufregung wieder auf 220.

Redner macht ferner auf gewisse Hautveränderungen bei Morb. Based. aufmerksam, wie sie sonst nur bei der Addison'schen Krankheit vorkämen, und stellt die Vermutung auf, dass es sich hierbei auch um eine Mitbeteiligung der Nebennieren handle.

Eine vollständige Heilung durch Operation habe er nie gesehen; leichte psychische Störungen, sowie Vergrößerung des Herzens blieben immer bestehen.

Was die Therapie betrifft, so habe er die relativ besten Erfolge von der Tonisierung des Nervensystems gesehen: Landaufenthalt, mittlere Höhenkuren, kühle und kurzdauernde Bäder, kühle Einpackungen, die kühlen Halbbäder wurden meist gut vertragen, nur bei Wenigen stellte sich Ueberreizung des Nervensystems in Form gesteigerter Erregung ein. Da jeder Mensch auf eine bestimmte Temp. des äusseren Mediums eingestellt sei, so müssen die zur Anwendung kommenden Bäder in einer Temp. zwischen 18° und 20° gesucht werden.

Dr. v. Krüedener. Ein von Dr. Siegmund im vorigen Semester vorgestellten Fall von unzweifelhaftem Aneurysma der Art. ophthalmica war von den namhaftesten Neurologen 14 Jahr lang auf Morb. Based. behandelt worden. Solche Verwechslungen kämen gewiss häufiger vor.

Ueber die Bedeutung des einseitigen Exoptalmus ist noch wenig bekannt. In einem solchen ihm vom Kollegen Th. Schwartz vor 2 Jahren zugeschickten Falle handelte es sich um 20 D. Myopie. Hier sei wohl nur die einseitige Myopie, bei der ja das Auge länger als normal ist, für den Exoptalmus verantwortlich zu machen.

Dr. Hampeln. Zum Bilde des Morb. Based. gehöre seiner Erfahrung eine, wenn auch beschleunigte, so doch stets regelmässige Herzaktion.

In einem Falle von Struma bei unregelmässiger Herzaktion habe Redner die Diagnose «Basedow» aus diesem Grunde nicht gestellt. Allorhythmie käme bei dieser Krankheit wohl vor — wo es sich aber um richtige Arythmie handle, da bestände Degeneration des Herzmuskels. In den von Kocher angeführten Fällen von Arythmie mag es sich nicht eigentlich um Schwankung in den einzelnen Schlagfolgen, sondern um die Abwechselung von schnellerem und ruhigerem Pulse gehandelt haben.

Dr. v. Bergmann: Kocher spricht sich sehr für die Operation aus, betont nur, dass die Mortalität bei Morb. Bas. grösser sei, als bei hyperplastischer Struma.

Dass nicht alle Todesfälle während der Operation oder durch dieselbe auf die Narkose zu beziehen seien, bewiesen 2 von ihm operirte Fälle (eine Hernia diaphragmatica und ein subphrenischer Abszess) die ohne Chloroform in der Operation starben. Andererseits seien mehrere von ihm in Narkose operierte Fälle von Basedow heute gesund und arbeitsfähig.

Dr. W. v. Holst ist Zeuge der Operation gewesen, auf die Dr. Sokolowski anspielte, und bei der sich die Struma in die Tiefe entwickelt hatte. Es handelte sich um eine Dame von 54 Jahren. Der Puls betrug 110—120. Operiert wurde unter Lokalanästhesie. Danach war der Puls 96. Nach einigen Tagen wurde derselbe wieder frequent, die Temp. stieg auf 38,7°. Dieser Zustand hielt sich mehrere Tage — dann sanken Temp. und Puls wieder auf die Norm. Diese Erscheinungen fasste Dr. P. Klemm der die Operation ausgeführt, als Intoxikationserscheinung auf, die durch Quetschung und Zerrung der Struma, wie sie bei der Operation oft nicht zu vermeiden sei, und wodurch Giftstoffe in grösserer Menge in den Kreislauf gerieten, zu Stande gekommen sei.

Dr. Waloschinski. Da bisher auf der Versammlung beim Morb. Basedowii therapeutisch für die Operation eingetreten worden ist, so ist es auffallend, dass Kocher, zu dem die Basedow-Kranken wallfahrten, bisher nur ca. 70 Fälle operirt hat mit ca. 6 Todesfällen. Wenn nun auch Patienten, die schwer arbeiten müssen, eine Operation sicher anzuraten

ist, so spricht die relativ geringe Operationsziffer von Kocher doch dafür, dass dieser ausser schwersten inoperablen Fällen wohl auch die meisten von mittelschweren Fällen nicht operiert.

Es wäre deshalb wünschenswert, wenn die Versammlung heute die Frage näher ventilieren würde, ob bei mittelschweren Fällen von Basedow zur Operation zu raten sei, oder die Operation nur bei d. Leben bedrohenden Erscheinungen anzuraten wäre. (Autoreferat).

Dr. L. Schoenfeldt betont die von den meisten Autoren anerkannte erbliche, neuropathische Belastung als ätiologisches Moment für das Zustandekommen der Based. Krankheit. Die Struma als solche — wie sie Redner in grossen Mengen in der Schweiz zu sehen Gelegenheit hatte — mache noch nicht Morb. Based. In der Mehrzahl der Fälle entwickle sich diese Krankheit erst auf dem Boden der nervösen Belastung (und ebenso bei Frauen). Diese Aetiologie hält Redner bei der Differentialdiagnose für sehr massgebend. Zum Schluss äussert er sein Bedenken Based.-Kranke mit schwerer nervöser Belastung einer Operation zu unterziehen, da der Erfolg höchst zweifelhaft sei.

Dr. Ed. Schwarz vertritt den Standpunkt, dass auch schwere Fälle ohne Operation völlig ausheilen können. Ihm sind 3 solcher Fälle bekannt. 2 davon betreffen Frauen, die als junge Mädchen an Basedow litten, und nach der Verheiratung genesen.

Dr. Stender führt als Beweis für den Uebergang leichter Formen in schwere die Tatsache an, dass eine Jod-Behandlung sogar bei einfacher hyperplastischer Struma im Stande sei ein ganzes Heer von Basedowerscheinungen hervorzurufen. Dabei pflege sich die Schilddrüse deutlich zu verkleinern.

Dr. Kroeger. Dasselbe ist auch unzählige Mal als Folge der Thyreoidinbehandlung beobachtet worden.

Dr. Behr berichtet gerade einen solchen Fall vor einigen Tagen im Diakonissenhause erlebt zu haben: Es handelte sich um ein junges Mädchen mit schwersten Basedow-Symptomen, einer Abmagerung, wie sie Redner vorher nie gesehen. Die Thyreoiden schien garnicht vorhanden. Die Kranke hatte

in relativ kurzer Zeit 100 Thyreoidintabletten verbraucht, und noch einen grossen Vorrat von solchen bei sich.

Redner behauptet ferner, dass er einen echten Basedow-Fall kompliziert mit infectiöser Chorea erlebt habe, bei welchem sich Arythmie des Pulsus fand, und fragt Dr. Hampeln, ob vielleicht der von ihm besprochene Fall in ähnlicher Weise kompliziert gewesen sei?

Dr. Hampeln: Nein — der Fall war unkompliziert.

Dr. Kroeger: Gegenüber den Einwänden Dr. v. Bergmann's möchte ich hervorheben, dass auch ich den Uebergang von rudimentären in schwere Basedow-Formen 2 Mal erlebt habe. In einem Fall ging die Entwicklung sehr langsam vor sich, erreichte aber schliesslich einen so schweren Charakter, dass die Operation unvermeidlich wurde. Durch dieselbe erfolgte dann endgültige Heilung. Im zweiten Falle geschah der Uebergang in höchst akuter Weise in Anschluss an eine übermässige, körperliche Strapaze. Dieser Fall betrifft eine Dame über 60 Jahre, die noch heute — es sind seitdem 2 Jahre verflossen — zu meinen schwersten Basedow-Kranken gehört.

Was die Operation ohne Narkose betrifft, so ist mir bei meinen 4 Fällen, die alle in der Weise operiert worden sind gerade der Gegensatz zwischen der kolossalen Erregung und Hinfälligkeit vor der Operation, und der Ruhe und Ergebung während derselben aufgefallen.

Wenn Dr. Schabert dagegen auftritt, dass ich die Grösse der Schilddrüse als Mass der Erkrankung auffasse, so kann dies nur auf einem Missverständnisse beruhen, da ich immer nur gerade das Gegenteil behauptet habe. Allerdings schliesse ich mich denjenigen Autoren an, die das Vorhandensein einer kleineren oder grösseren Struma für eine *conditio sine qua non* bei Morb. Based. erachten. Von den aus der Literatur angeführten Fällen von Based. ohne Struma, muss ich daher annehmen, dass letztere ihrer Kleinheit wegen übersehen worden. Auch die von Herrn Dr. Wolferz zitierten Beobachtungen vom Auftreten der Struma erst nach völliger Ausbildung der übrigen Symptome kann ich nicht anders deuten, als dass die Vergrösserung anfangs übersehen, und erst nachgewiesen worden, nachdem sie einen höheren Grad

erreicht hatte. Der von Dr. Sokolowski angeführte Fall erläutert zur Genüge die Möglichkeit solcher Vorkommnisse.

Was die von Herrn Dr. Hampeln aufgeworfene Frage nach den Unterscheidungsmerkmalen zwischen einer gerade eben palpablen, aber schon pathologischen Thyreoidea und einer normalen und doch palpablen Drüse betrifft, so habe ich bereits in meinem Vortrage auf die für eine krankhafte Vergrößerung charakteristische Konsistenz aufmerksam gemacht: Während die normale Drüse sich gerade durch ihre von der Trachea wenig verschiedene Konsistenz einer deutlichen Abgrenzung entzieht und gewissermassen nur eine Verbreiterung desselben nach unten und seitlich darstellt, zeigt die vergrösserte pathologische Schilddrüse ihrer Nachbarschaft gegenüber gerade eine auffallende, schwammartige Weichheit. Letztere ist wohl als Beginn einer gesteigerten Vascularisation aufzufassen.

Wenn ich die Verstärkung der Herzaktion bei allen Formen von Basedow als sehr charakteristisch hervorhob, so will ich damit keineswegs bestreiten, dass sie bei andern — etwa auch toxischen — Zuständen, wie sie Herr Dr. Hampeln z. B. bei gewissen Herzneurosen beobachtet hat, vorkomme. Ich wollte damit nur auf ihre Konstanz bei obigen Krankheitsformen hinweisen, — somit ein Fehlen derselben als gegen Morb. Based. beweisend hervorheben.

Zum Schlusse möchte ich noch betonen, dass die von mir in 3 Gruppen aufgestellten Grade der Schilddrüsenvergiftung nicht nur selbständig vorkommende Krankheitsformen darstellen, sondern dass sie auch als verschiedene Krankheitsstadien bei einem und demselben Individuum aufgefasst werden müssen. Wenn wir uns die naheliegende Frage vorlegen, wie denn ein typischer Basedow-Fall ausgesehen habe, bevor er als solcher diagnostiziert werden konnte, so scheinen mir jene Uebergangsformen die Antwort darauf in sich zu schliessen. Für die Berechtigung dieser Auffassung spricht nicht nur der Uebergang rudimentärer Formen in die schweren, sondern auch die Rückkehr der schweren zu den leichteren in jedem Besserungsfalle.

d. Z. Sekretär: S. Kröger jun.

Sitzung am 7. Mai 1903.

1. Dr. Bergmann demonstriert vor der Tagesordnung das Photogramm einer Stein-Niere — derselben, welche am 2. April 1903. (sub p. 3. des Protok.) bereits Gegenstand der Erörterung gewesen war — und bemerkt dazu, dass Pat. vor Kurzem zur Operation gelangt sei, wobei grössere und kleinere Steine, im Ganzen 360 Stück, entfernt wurden. Bemerkenswert sei für diesen Fall der Umstand, dass die durch das Photogramm gestützte Annahme sehr grosser Steine durch das Fehlen einer Pyelitis — wie sie sonst bei bedeutender Calculosis die Regel sei — zweifelhaft wurde. Bei der Operation zeigte sich die Niere in der Tat intakt trotz der zahlreichen Fremdkörper. Man konnte daher von einer Entfernung des Organs Abstand nehmen und sich mit einer Spaltung desselben begnügen.

2. Dr. W. v. Holst lässt einen robusten 32-jährigen Mann mit blossen Füßen auf und ab marschieren. Nach etwa 2 Minuten, nachdem der Patient ungefähr 200 Schritt gegangen ist, fängt er an zu hinken und zwar mit dem linken Fuss. Es treten Kälte und Vertaubungsgefühl auf, die von Schritt zu Schritt stärker werden und schliesslich den Pat. zwingen stehen zu bleiben. In einigen Minuten lässt der Schmerz während des Stillstehens nach und Pat. ist wieder gehfähig. Der Puls der Arteria tibialis postica fehlt an der linken Seite vollkommen, auch der Radial- und Poplitealpuls sind linkerseits weit schwächer zu fühlen als rechts. Bei Berührung der linken Fusssohle erweist es sich, dass dieselbe kühl im Verhältniss zur rechten ist, ihr Ansehen ist vollkommen anämisch, nach der Erholung wird die Haut wieder warm und blutreich. Andere Zeichen von Arteriosklerose sind nicht aufzuweisen und abgesehen von starkem Rauchen lässt sich keine der gewöhnlichen Ursachen der Arteriosklerose: wie Lues oder Alkoholismus nachweisen. Jodnatrium innerlich, laue Fussbäder und Galvanisation des Fusses, sowie Rauchverbot haben bereits im Laufe von 3 Wochen eine gewisse Besserung bewirkt.

(Autoreferat).

Dr. H a m p e l n richtet an Vortragenden die Frage, ob der Pediaeapuls links nur während des Anfalles oder immer fehle?

(Die Frage wird in letzterem Sinne bejaht).

Dr. E. d. S c h w a r z bittet die Versammlung die Diskussion zu verschieben, da sein zu heute angekündigter Vortrag «über Dyspragia intermittens angiosklerotica cordis dieselben theoretischen Fragen berühre, es könnten dann beide Vorträge zusammen besprochen werden. (Die Proposition wird angenommen).

3. Dr. v o n G r o t demonstriert vor der Tagesordnung einen Fall von Rhinosklerom.

Autor schildert zuerst das Aussehen des Rhinosklerom, die blauroten, knotigen, harten Wucherungen, die Lokalisation an den oberen Abschnitten der Respirationswege, wo es gewöhnlich seinen Ausgangspunkt in den tieferen Schichten der Nasenhöhle nimmt, in seltenen Fällen jedoch auch im Kehlkopf beginnt; ferner welches Bild die Krankheit in diesen Organen in ihren verschiedenen Stadien zeigt und wie der Prozess gewöhnlich auf die Umgebung fortschreitet.

Als besonderes Charakteristikum wird hervorgehoben 1) Bildung von knorpelhaften Infiltraten, welche zuerst in den tieferen Schichten der Haut und Schleimhaut auftreten, und von hier aus sich allmählich auf die oberflächlichen Schichten der Haut und der tiefer liegenden Partien ausbreitet. 2) Dass neben der Bildung von Infiltraten gleichzeitig die Bildung schrumpfenden Bindegewebes einhergeht und 3) dass das Rhinosklerom immer symmetrisch auf beiden Körperhälften auftritt. Der Verlauf des Leidens ist sehr chronisch; 15–20 und mehr Jahre und dabei ganz schmerzlos und anfänglich garnicht beschwerlich. Die Beschwerden treten erst auf mit der Behinderung der Atmung und des Schluckens.

Todesfälle sind selten beobachtet worden. Die Diagnose des Leidens kann abgesehen vom charakteristischen Aussehen immer gestellt werden durch den leicht zu führenden Nachweis der charakt. Bazillen und der grossen Mikulicz'schen Zellen.

Differentialdiagnostisch kommen in Betracht 1) Lues, mit der das Rhinosklerom am häufigsten verwechselt wird. 2) Lupus. 3) tuberkulöse Rachenaffektionen, 4) Karzinom. 5) Rhinophyma.

In jedem Falle ist die mikroskopische und bakteriologische Untersuchung auszuführen und ausschlaggebend.

Die Behandlung des Rhinosklerom ist nach Ansicht aller Autoren aussichtslos; sowohl die chirurgische, als die lokale und die interne. Vielleicht werden die von Pawlowsky neuerdings gemachten Versuche von Injektionen eines Glycerinextractes der Rhinosklerombazillen einen Erfolg haben. Nach Pawlowsky wird eine günstige Beeinflussung des Rhinoskleroms durch diese Injektionen erzielt.

Erwähnt wurde noch der mehr oder weniger bestimmten geographischen Verbreitung des Rhinoskleroms, sowie der Autoren die am meisten über Rhinosklerom gearbeitet haben.

(Autoreferat).

Dr. v. Rimscha hält das Rhinosklerom bei uns für sehr selten. Er hat nur einen Fall gesehen, — bei demselben fiel die von Dr. Gerh. Kieseritzky ausgeführte bakteriolog. Untersuchung negativ aus. Redner hat in Wien dagegen zahlreiche Fälle zu sehen Gelegenheit gehabt. Bei allen denen hatte die Krankheit mit Nasenwucherungen begonnen, und sich an der äusseren Nase nur wenig lokalisiert. Ihm schein vorliegender Fall etwas Ungewöhnliches darzustellen.

Dr. v. Grot: auch hier scheint die Krankheit im Nasenrachenraum begonnen zu haben.

Dr. v. Rimscha: Das klinische Bild des Rhinosklerom erinnert sehr an Lues, und ist auch oft mit ihr verwechselt worden, zumal es sich bei beiden um anatomisch nicht unterscheidbare, strahlige Narben handelt, die zur Verengung des Nasen-Rachenraumes führen. Nur die Entwicklung ist eine verschiedene.

Während sich bei der Lues die Narben auf dem Boden von Ulcerationen entwickeln, entstehen sie hier durch Wucherung und sekundäre Schrumpfung des Unterhautzellgewebes bei intakter Schleimhaut. Einen Nasentumor, wie ihn dieser Fall zeigt, hat Redner nie gesehen, und hält ihn in diesem Umfang für ein ungewöhnliches Vorkommnis.

Dr. v. Grot: Hier besteht die Krankheit besonders lange, und hat sich daher, von der Schleimhaut beginnend, auf die äussere Haut der Nase stärker ausbreiten können. Für die

Diagnose entscheidend bleibt immer nur die bakteriolog. Untersuchung.

Dr. v. Bergmann: betont im Gegensatz zu Dr. v. Rimscha das häufige Ergriffensein der Nase wie ja auch der Name besage. Dass der Nasentumor ungewöhnlich gross sei, müsse auch er anerkennen.

Dr. v. Rimscha hebt nochmals hervor, dass er vorgestellten Fall als atypisch bezeichnen müsse, der leicht dazu angehtan sei, falsche Vorstellungen von der Krankheit zu erwecken. Es gebe ganz ausgesprochene Fälle, bei denen die Veränderungen an der Nase nur durch die Palpation festgestellt werden können. Gestützt auf das heute vorgeführte Bild würde man daher nur schwer die Krankheit wiedererkennen.

Dr. v. Mühlen: Da die Krankheit an den verschiedensten Stellen ihren Ausgang nehmen könne, so sei vorgeschlagen worden, die einfache Bezeichnung «Sklerom» zu wählen. Er habe vor Kurzem einen Fall operiert, wo der Larynx den Ausgangspunkt bildete. Die mikroskopische Untersuchung sei aber noch nicht abgeschlossen.

Dr. Voss: hat vorgestellten Fall, bei dem längere Zeit Schwerhörigkeit besteht, auch nach der Richtung hin untersucht. Dabei fand er nicht nur eine Verlegung der Tuben, sondern auch eine gleichzeitige, starke Injektion der Trommelfelle. Die Untersuchung des Rachens ergab schleimige Absonderungen durch eine eben sichtbare, aber nicht sondierbare Fistel, die in den Nasen-Rachenraum führt. Es sei anzunehmen, dass sich bei Pat. ein doppelseitiger Ohrenfluss vorbe-reite.

Dr. v. Grot: In der Literatur sei nur ein Fall bekannt, wo eine Affektion des inneren Ohres durch hineingewucherte Tumormassen zu Stande gekommen sei.

4. Dr. v. Erdberg hält seinen angekündigten Vortrag «über die Erweiterung der Cervix nach Bossi».

(Autoreferat).

Nachdem Vortragender einleitend kurz die verschiedenen Methoden, die zur Erweiterung des Muttermundes und der Cervix empfohlen und angewendet werden, (tiefe Cervix-incisionen, vaginaler Kaiserschnitt, Metreuryse) angeführt hatte ging er zur Schilderung eines von ihm im Verein mit Dr. von Knorre und Weidenbaum beobachteten Falles

von Dilatation nach Bossi über: Es handelt sich um ein 23-jährige 1. para. Das Kind befand sich in 1. Schädellage. Kopf nur mit Mühe vom vorderen Scheidengewölbe zu erreichen, hoch über dem B. E. bellotirend. Muttermund für einen Finger nicht durchgängig, Portio fingergliedlang. Die Indikation zur sofortigen Entbindung gab Eklampsie. Nach Anhaken der vorderen Muttermundslippe wurde von Dr. von Knorre der Dilatator eingeführt und vorsichtig dilatiert. Sofort nach Einführung des Dilatators sprang die Blase. Während der Dilatation, die im ganzen $30\frac{1}{2}$ Minuten gedauert hatte, (es wurde bis Marke 9 gedehnt), wurde die Dehnung und Dehnbarkeit des Muttermundes sorgfältig von Dr. von Knorre, Dr. Weidenbaum und Vortragendem untersucht. Auch Vortragender konnte die Bossische Beobachtung bestätigen, dass die Dilatation wehenerregend wirke: die Wehen wurden häufiger, der Kopf rückte tiefer. Nach vollendeter Dilatation konnte kein Riss mit dem Finger konstatiert werden nur hing die Cervix als schlaffer Sack in die Vagina hinein, wie man sie zu tasten gewohnt ist etwa post partum bei manueller Placentarlösung. Keine Blutung. Kopf im Beckeneingang lies sich durch den Hofmeier'schen Handgriff in die Beckenmitte hineindrücken. Forceps. Extradition eines asphyktischen Kindes, das wiederbelebt wurde. Keine Blutung bei der Extradition. Placenta spontan geboren. Nach der Entbindung hörten die eklamptischen Anfälle nicht auf und Wöchnerin kam nach einigen Stunden in exitum.

Aus der Literatur Deutschlands und Oesterreichs hat Vortragender 80 Fälle zusammengestellt. unter diesen sind 17 mal Risse beobachtet worden. Von diesen sind 6 Fälle durch Nähte vereinigt worden, in einem konnte arterielle Blutung nur mit Mühe durch Klemmen und Nähte gestillt werden. eb

Die Risse kamen zur Beobachtung unter 18 1-paris mit erhaltener Cervix 4 mal; unter 26 1-paris mit verstrichener Cervix 16 mal; unter 10 multiparis mit erhaltener Cervix 2 mal, und unter 7 multiparis mit verstrichener Cervix ein mal.

An Sepsis ist ein Fall zu Grunde gegangen, an Blutung keiner. Von den Kindern kamen 25 tot zur Welt. Der Methode ist direkt zur Last zu legen nur ein Fall. Der auf Marke $8\frac{3}{4}$ gedehnte Muttermund schnappte bei einer 39-jährigen 1 para nach der Dilatation wieder zusammen, und legte sich als

schnürender Ring um den Hals des Kindes. Daher zur Rettung der Mutter Perforation des absterbenden Kindes (Rissmann). In zwei weiteren von Lederer berichteten Fällen legte sich der Muttermund ebenfalls als schnürender Ring um den Hals des Kindes, nach Ansicht des Vortragenden ist aber in beiden Fällen zu wenig dilatirt worden, nur bis Marke $8\frac{1}{2}$ resp. 6. In den übrigen Fällen handelt es sich um bereits abgestorbene Kinder beim Einsetzen der Therapie, um Frühgeburten und enges Becken.

Epikritisch teilt Vortragender noch mit, dass trotz der bei der Dilatation beobachteten Wehen, doch ein Unterschied zwischen dem physiologischen Vorgang und der Dilatation besteht. Machte er doch die Beobachtung dass die Cervix als schlaffer Sack in die Vagina hineinhing; es hatte also nach seiner Ansicht nur eine Dehnung, kein Verstreichen stattgefunden. Dieses führt Vortragender auch als Erklärung für die Cervixrisse intra partum an; bei zu grosser Dehnung intra partum reisst eben die Cervix. Vortragender empfiehlt zur Vermeidung von Rissen den ad maximum gespannten Dilatator eine Zeit in der Cervix liegen zu lassen, (in dem von Vortragendem beobachteten Falle blieb er 2 Minuten liegen,) und zweitens wenn möglich per Zange zu entbinden und nicht durch Wendung, weil die eben gedehnte aber nicht verstrichene Cervix, durch die Zange in dieser Spannung gehalten, den Kopf leicht durchtreten lässt, während bei der Wendung ein Zusammenschrumpfen stattfinden kann, wodurch die Extraktion behindert wird.

Auf Grund der von ihm beobachteten Fälle und der Literatur glaubt, Vortragender, dass trotz der Fehler die auch dieser Methode anhaften, sie doch weiterer Versuche wert ist und gerade bei Eklampsie oft noch gute Dienste leisten wird.

Dr. v. Knorre führt noch einen zweiten Fall von Eklampsie an, bei dem er das Bossische Instrument angewandt habe. Es handelt sich um eine alte Primipara. Der Kopf stand noch hoch; die Cervix war verstrichen, der wulstige Muttermund für $1\frac{1}{2}$ Finger durchgängig. Das Sensorium war schwer benommen. Es traten häufig eklamptische Anfälle auf. Durch gleichzeitige häufige Wehen war der Kopf mittlerweile fest eingestellt. Der Muttermund wäre für den Kolpeurynter nicht durchgängig gewesen. Hier bewährte sich das B'sche

Instrument ebenso schön, wie im Erdberg'schen Falle. Es wurde noch vorsichtiger, und mit grösseren Pausen benutzt. In einer halben Stunde war der Muttermund verstrichen. Mit Hilfe der Zange wurde ein lebendes Kind extrahiert. Die Mutter wird ebenfalls am Leben bleiben.

Früher seien die Indikationen falsch gestellt worden. So sei z. B. bei Placenta praevia das B.'sche Instrument zu Gunsten des Kolpeurynter zu verwerfen, da letzterer die Blutung stille, während ersteres dieselbe durch neue Cervixrisse begünstige.

Dr. Keilmann: hat über das Bossische Instrument keine Erfahrung, will es aber demnächst versuchen, nachdem eine ganze Reihe empfehlender Mitteilungen erschienen ist; besonders hätten ihn die Details des v. Knorre'schen Falles, die er aus mündlicher Mitteilung kenne, dazu angeregt; was die Indikation für die Anwendung des Bossischen Instrumentes betreffe, so scheine ihm doch wohl Eklampsie die einzige wesentliche zu sein; eine Konkurrenz der Erweiterung des Muttermundes nach Bossi mit dem vaginalen Kaiserschnitt bei Carcinoma cervicis könne nicht in Betracht gezogen werden, denn eine karzinomatöse Cervix könne mangels jeder Elastizität und Dehnbarkeit nicht so eröffnet werden, und muss ihre Verwundung möglichst umgangen werden; hier wird wohl die Dührssensche Operation die souveräne Methode werden. Für Placenta praevia kann wiederum nur Hystereuryse in Anwendung gezogen werden. Ob sich das Bossische Instrument Eingang in die allgem. Praxis verschaffen wird, hängt wohl erstens davon ab, ob die Mortalität der Mütter oder Kinder wesentlich sinken wird bei durchgängiger Anwendung des Instruments, zweitens davon, ob das Instrument in der Hand eines jeden Arztes so ungefährlich bleiben wird, wie in dem geschilderten. An die erste Frage glaube Keilmann nicht mit allzugrossen Hoffnungen herantreten zu dürfen: dass eklamptische Mütter bei der Anwendung des Bossischen Instruments in grösserer Zahl dem Leben erhalten bleiben, als bei der reizloseren und doch genügend schnellen Metreuryse, sei kaum anzunehmen; im Uebrigen wird eine diesbezügliche Statistik schwer zu schaffen sein, bei der vorläufig so überaus unsicher zu ermittelnden Prognose der Krankheit; Kinder, die eben asphyktisch sind, werden

natürlich erhalten werden können, wenn sie nach 15—30 Minuten geboren sein können, doch wird auch diese Zeit zu lang sein, und wenn sie nicht asphyktisch sind im Beginn der Operation, so kann man nicht sagen, dass sie sich nicht noch einige Stunden bis zur spontanen Eröffnung des Uterus hätten lebensfrisch halten können. Im referierten Fall lässt sich auch ein beweisender Vorteil der Operation nicht konstatieren, die Mutter starb, wie das bei Eklampsie oft nicht zu hindern ist, das Kind lebt, aber wer sagt, ob es ohne Bossische Erweiterung nicht auch leben geblieben wäre. Der Vorschlag Bossis aus der sterbenden oder toten Mutter das lebende Kind nach forzierter Erweiterung per vias naturales zu extrahieren, halte er für verfehlt — hier kommt allein der Bauchschnitt in Betracht. Die von verschiedenen Seiten mitgeteilten, recht zahlreichen und nicht unbedeutenden Cervixrisse müssen die Furcht nahe legen, dass doch vielleicht nicht jeder prakt. Arzt ohne schlimme Folgen das Bossi'sche Instrument wird anwenden können. Vielleicht wird es sogar, wie Bischoff (Bonn) betont, speziell der Klinik vorbehalten bleiben.

(Autoreferat).

Dr. v. Knorre vertritt die Anschauung, dass man dem Bossi'schen Instrumente gegenüber vielfach zu ungerechtem Schlüssen gekommen sei, und zwar dadurch, dass man nach seiner Anwendung viel genauere Nachuntersuchungen anzustellen pflege, als man es bisher bei anderen Entbindungsmethoden getan. Wenn man bedenkt, was für schwere Schäden aus der ungeschickten Applikation der Zange erwachsen können, die aber dennoch zum Instrumentarium jedes Geburtshelfers gehöre, so sei nicht einzusehen, warum sich das B.'sche Instrument nicht auch allgemeines Bürgerrecht erwerben sollte.

Redner ist oft vom Kolpeurynter im Stich gelassen worden, das Instrument hatte gelegentlich nach 24-stündigem Liegen den Muttermund kaum für 3 Finger durchgängig gemacht.

Dr. v. Erdberg: Unter den bisherigen mit Erfolg belohnten Indikationen fanden sich in der Literatur noch 2 × Vitium cordis, ferner ein Fall, wo es sich um Erschöpfung der Kreissenden handelte, ein Fall mit hohem Fieber.

Was die von Dr. Keilmann betonte Gefährlichkeit des Instrumentes in der Hand des prakt. Arztes betreffe, so möchte er anführen, dass z. B. Leopold derartige Bedenken zurückweise. Wenn Bischoff anderer Ansicht sei, so lasse sich das vielleicht darauf zurückführen, dass er selbst zufällig viel Cervixrisse zu verzeichnen habe, und daher die Schwierigkeit der Handhabung überschätze.

Dr. Keilmann giebt wohl zu, dass die Cervixrisse nicht nach ihrer Zahl zu beurteilen sind und gefährliche Verletzungen rel. selten bekannt geworden sind. Den Vergleich mit der Zange möchte er aber ablehnen: je weniger die Zange indiziert ist desto schwerer ist die Operation und desto eher wird, wenn nicht rohe Gewalt in Betracht kommt das Instrument abgenommen. Die Arme des Bossi'schen Instrumentes können bei leichten Drehungen der Schraube in das Cervixgewebe eindringen, ohne dass der Operateur überhaupt etwas davon merkt. Eine ausführliche Verteidigung des Kolpeurynter würde den Rahmen der vorliegenden Diskussion überschreiten, doch ist Redner mit den Erfolgen seiner Anwendung sehr zufrieden und möchte nur bezüglich des Vorwurfes der Unzuverlässigkeit der Gummiblasen beim Gebrauch bemerken, dass sie nicht gekocht werden dürfen, sondern ausreichend mit Bürste und Seife gereinigt durch Aufbewahrung in Sublimat (nicht Lysol, weil dieses den Gummi angreift) steril gemacht und erhalten werden können. K. habe eine solche Blase bei ca. 20 Entbindungen der Reihe nach gebraucht.

(Autoreferat).

d. Z. Sekretär: S. Kröger jun.

Sitzung am 21. Mai 1903.

1. Dr. W. v. Holst (als Gast) demonstriert einen Fall von Tumor cerebri, der längere Zeit als Hysterie behandelt, und auch unter dieser Diagnose der Sokolowski'schen Nervenheilanstalt übersandt worden war.

Die Mutter der Pat. hat an einer Involutionspsychose gelitten: starb am Leberkarzinom.

Die Pat. leidet seit dem vorigen Herbst an Kopfschmerzen. Zeitweilig trat Erbrechen auf und Unfähigkeit zu gehen. Für 2 Wochen, die Pat. angeblich in voller Bewusstlosigkeit verbrachte (nach Empfang der Nachricht vom Tode der Mutter) besteht bis auf den häutigen Tag volle Amnesie. Neuralgien in den ob. Extr. wurden zeitweilig elektrisiert. P. bekam mitunter Anfälle, angeblich mit voller Bewusstlosigkeit aber ohne Aura. Grosse Reizbarkeit; Stimmung meist heiter. Mitunter vage Sehstörungen. Stat. praes. Linke Pupille etwas kleiner, als die rechte. Beide Pupillen wagerecht flach gezogen. Die rechte hat kleine Auszackungen. Reaktion auf Lichteinfall wie auch Konvergenz exakt.

Zungentremor.

Menses sistieren seit 3 Monaten.

Ovarialhyperästhesie.

Patellarreflexe beiderseits erhöht.

Schmerzsinne: am r. und l. Arm verlangsamte Leitung; an beiden Händen noch ausgesprochener.

Während der Untersuchung ergibt sich, dass an allen 4 Extrem. in proximaler Richtung Hyp- resp. Analgesie auftritt, d. h. da, wo zuerst ganz normale Verhältnisse vorlagen.

Nur an beiden Waden hochgradige Hyperalgesie.

Temperatursinne: «kalt» (d. h. 12° R. im Gegensatz zu 28° R.) wird mit Bestimmtheit als «Warm» bezeichnet; oder als «nicht kalt».

Pat. wurde zur Begutachtung des Augenhintergrundes an Dr. v. Krüden er gewiesen.

Da laut ophthalmoskopischem Befunde die Diagnose «Tumor cerebri» unzweifelhaft erscheint und das Feststellen der bisherigen Lebensweise der Pat. diesbezügliche Schlussfolgerungen gestattet, ferner nach einigen Jodkaligaben eine Besserung eingetreten — so ist mit einer Mercurialkur (Innuktionen) begonnen worden.

Dr. v. Krüden er bemerkt hierzu:

Von Seiten der Augen haben wir es in vorliegendem Falle mit folgendem Symptomenkomplex zu tun: Beiderseits träge reagierende Pupillen. Eine tatsächliche hemianoptische Reaktion nicht vorhanden. Sehschärfe bdrs. 1/7. Stauungspapille von 7,0 D. mit Beteiligung der anliegenden Retina, an den

Papillengrenzen erhebliche Blutungen. Bitemporale Hemianopsie, zwar nicht total, jedoch deutlich und charakteristisch ausgeprägt, wie die vorliegenden Gesichtsfeldaufnahme zeigen. Wir haben es hier wahrscheinlich mit einer Affektion des Chiasma auf der unteren Fläche zu tun und weiter dürfen wir ex juvantibus schliessen, dass eine luetische Erkrankung der Schädelbasis vorliegt. Vergewenwärtigen wir uns den Faserverlauf im Chiasma nach Henschen und Dimmer in beifolgender Zeichnung, welche ich einer Publikation Seggels entnehme, so sehen wir, dass die Hauptmasse der hier getroffenen, gekreuzten Fasern im medioventralen Teil der gegenüberliegenden Chiasmahälfte verläuft. Berücksichtigen wir ferner, dass durch Druck bei Ausdehnung des III. Ventricels die medio-dorsal gelegenen papillo-makulären Fasern getroffen sein müssen, diese hier aber intakt sind, und dass bei diesem Druck für gewöhnlich einfache Sehnervenatrophie eintritt, weil der Druck von oben die Kommunikation zwischen Subduralraum und Zwischenscheidenraum des Sehnerven verlegt und hierdurch Lymphstauung und Papillenschwellung verhindert, so müssen wir in erster Linie an eine basale Affektion denken, welche das Chiasma in Mitleidenschaft gezogen hat. Bei 93 von Seggel zusammengestellten Chiasma-Erkrankungen, bestand Trauma 7 Mal, Tumoren 27 Mal, hiervon 10 Mal der Hypophysis, was hier auszuschliessen ist, 19 Mal Lues, einige Mal Aneurysma, Periostitis etc,

(Autoreferat).

Dr. M. Schönfeldt: Der eben besprochene Fall sei ein Beleg dafür, dass zu einem genanen Nervenstatus auch die ophthalmoskopische Untersuchung unbedingt gehöre. Sonst hätte Pat. wahrscheinlich ihren ganzen Visus unrettbar verloren.

Man könne daher nicht genug vor der Versäumnis einer ophthalmoskopischen Prüfung warnen.

Dr. E. D. Schwarz schliesst sich dem Vorredner völlig an, und hebt die Bedeutung der Ophthalmoskopie sogar für den Internisten im empfehlenden Sinne hervor.

Hysterie und Lues cerebri lassen sich klinisch oft gar nicht unterscheiden. In der NN-abt. des Krankenhauses wurde z. B. ein junger Mann, ohne luetische Anamnese, der an hy-

sterischen Erscheinungen litt, durch Hg-Injektionen bedeutend gebessert.

Dr. W. v. H o l s t. Eine Nn-Krankheit, die gelegentlich das Bild der Hysterie vortäuscht, ist die beginnende multiple Sklerose, bis sich allmählich ihr untrügliches Bild herauskristallisiert.

2. Dr. B o r n h a u p t demonstriert eine Cyste des Proc. vermitormis:

M. H. gestatten Sie Ihnen ein Präparat zu demonstrieren, das eine seltene pathologische Erscheinung darstellt.

Sie sehen vor sich einen resezierten Darm, und zwar das Coecum mit einem kleinen Stück Dünndarm. Am Coecum, an der Abgangsstelle der Appendix sehen Sie ein birnenförmiges Gebilde, das an einem kurzen, dünnen, fibrösen Stiel befestigt ist. Dieses Gebilde, das einem stark vergrößerten und verdickten Wurmfortsatze entspricht, liegt der Länge nach aufgeschnitten vor Ihnen. Die Basis des Stiels ist vollständig obliteriert, die Schleimhaut ist nicht erhalten. Darauf wird die Wand der Appendix schwartig und ist an der Kuppe bis $1\frac{1}{2}$ Cm. dick. Diese verdickte Wand umgiebt eine Höhle, die mit einer durchsichtigen, hell-gelben, gallertigen Masse ausgefüllt ist. Mit der breiten Kuppe war dieser Wurmfortsatz mit der hinteren Bauchwand fest verbacken, die Serosa war stellenweise stark injiziert, so dass der Tumor während der Operation als ein Karzinom angesprochen wurde und mit der benachbarten, vergrößerten Mesenterialdrüsen durch die Resektion des Darmes entfernt worden ist. Die Operation ist am 8. Mai 1903 von Dr. med. A. v. B e r g m a n n ausgeführt worden. Die beiden Darmenden sind blind vernäht worden. Zwischen dem Dünndarm und dem Colon ascendens ist eine laterale Apposition gemacht worden. Heute sind 14 Tage nach der Operation, der Pat. geht schon umher und fühlt sich wohl.

Anamnestisch gab der Pat. an: seit $\frac{1}{2}$ Jahr an Stuhlschwerden zu leiden; in der letzten Zeit beständig Abführmittel gebraucht, wonach gewöhnlich Schmerzen auftreten. Seit einigen Wochen hat der Pat. einen Tumor im Leibe bemerkt.

Kein Blut im Stuhl gewesen. Palpatorisch fühlte man in der Ileocoekalgegend einen harten, wenig beweglichen, nicht ver-

schieblichen, an der hinteren Bauchwand fixierten, hühnereigrossen Tumor, der nicht druckempfindlich war.

In klinischer Beziehung hat dieser Fall nach der Richtung hin ein gewisses Interesse, dass der chronische Prozess, der zu einer derartigen Verdickung der Wand geführt hatte, eigentlich ohne jegliche Symptome verlaufen ist und nur in der letzten Zeit chronische Obstipationen zur Folge hatte; andererseits aber, dass eine verdickte Wand des Wurmfortsatzes ein Karzinom so vortäuschen kann, dass man sich sogar zu einer Resektion des Darms in solchen Fällen veranlasst sieht.

(Autoreferat).

Dr. Schabert betont die Seltenheit des Hydrops Appendicis, ihm seien aus dem Material des Krankenhauses 4—5 Fälle bekannt. Noch seltener und interessanter sei aber ein Fall aus seiner Sektionspraxis, bei dem es sich um folgenden anatomischen Befund handelt.

Der betreffende Wurmfortsatz ist etwa in der Mitte seiner Längsausdehnung durch eine kurze narbige Stenose in zwei Abschnitte geteilt. Der distale Teil stellt eine Cyste dar mit zweierlei Inhalt: einem atheromatösen, in dem der Stenose zugewandten, und einem gallertigen, hyalinen, nach dem freien Ende des Organes zu gelegenen Stück. Beide Teile sind durch eine membranöse Scheidewand von einander getrennt.

Der mit Gallertmassen angefüllte Teil entsendet mehrere zottenartige Cystchen, gleichfalls mit gallertigem Inhalt. Von diesen wiederum haben sich einige durch Abschnürung zu völlig selbständigen frei in der Bauchhöhle beweglichen Cysten abgelöst.

In diesem Falle handelte es sich um Tbc. Es unterliegt keinem Zweifel, dass sich das beschriebene Präparat aus einem Empyem der Appendix entwickelt habe, wobei sich ein Teil zu einer Gallertmasse aufgehellt, ein Teil zu einem cholesteariumhaltigen Atherom eingedickt hat.

Als Grundbedingung für derartige Metarmophosen gilt stets die vorausgegangene Zerstörung der Mucosa — das war auch hier nachweisbar. Eine ähnliche Veränderung hat Redner bei einer Gallenblase zu sehen Gelegenheit gehabt.

3. Dr. M. Eliasberg demonstriert einen Fall von Lidplastik:

S. Kriwoschein 51 a. vor 18 Jahren von Dr. v. Bergmann wegen Ulcus rodens resp. Lupus der Stirnhaut mit Transplantation operiert.

Seit dieser Zeit Lagophthalmus oc. d. ex operatione.

10. Mai 1903 von mir wegen Lagophthalmus operiert. Die Haut über dem Cilienrand wird unterminiert; in die sich bildende Lücke wird ein aus dem oberen Lide des linken Auges entnommener Hautlappen transplantiert: der Hautlappen wird mit einer fortlaufenden Naht befestigt, nach 6 Tagen werden die Nähte entfernt.

Zur Transplantation wurde das linke Oberlid benutzt, da die Haut desselben beim Lidschluss noch Falten bildete. Hierdurch wurde durch die Excision auch links ein kosmetischer Effekt erzielt.

Der Effekt rechts ist auch ein befriedigender.

(Autoreferat).

Dr. Bornhaupt: Es handelte sich im besprochenen Falle um Stirnlupus.

Der riesige Hautdefekt musste mit einem gestielten Lappen gedeckt werden. Die Anheilung geschah tadellos. Für gewöhnlich ist dies bei den Krause'schen ungestielten Lappen — wie sie auch Dr. Eliasberg anwandte — nicht der Fall. Besonders bei älteren Leuten heilen sie schlecht an. Daher ist dies Resultat um so günstiger anzuschlagen.

4. Dr. Ed. Schwarz hält seinen angekündigten Vortrag «über Dyspragia cordis intermittens, angiosclerotica».

Redner hebt einleitend hervor, wie häufig es vorkomme, dass Krankheitszustände so lange als nervös gelten und behandelt werden, bis eine Atresie grosser Gefässe, oder der plötzliche Tod den Lapsus aufdeckt. Solche Vorkommnisse wie auch Fälle, wo scheinbar ganz gesunde Menschen plötzlich an Arteriosklerose sterben, zeugen von der Mangelhaftigkeit unseres ärztlichen Erkenntnisvermögens.

Fälle von intermittierenden Hinken — wie einer auf der letzten Sitzung von Dr. Holst vorgestellt wurde — sind garnicht selten, nur werden sie verschieden gedeutet. Für alle charakteristisch ist das Wohlbefinden in der bewegungsfreien Zeit, so wie das Fehlen der entsprechenden Arterienpulse (Endarteriitis obliterans nach Erb). Diese Endarteriitis ist naturgemäss mit einer Ernährungsstörung der Haut, der

Muskeln und Nerven verknüpft. Als Folge davon komme es zu Blässe, Kraftlosigkeit und Schmerzen in den befallenen Teilen.

Ganz Analoges spielt sich auch in anderen Gefässbezirken ab. — So beschreibt *Orthner* in Wien einen Fall, wo ein Förster von 55 Jahren, der lange an abdominalen Beschwerden gelitten hatte, sich behufs Heilung einer Laparotomie unterzog, aber an Sepsis zu Grunde ging. Bei der Obduktion fand man Arteriosklerose der *Mesenterica sup.*

Wagenmann beschreibt einen Fall von intermittierenden Erblinden bei einem 63-jährigen Arteriosklerotiker. Die Anfälle dauerten 3—5 Minuten, und in dieser Zeit liess sich stets eine kolossale Verengung der Retinalgefässe konstatieren, die in der Zwischenzeit fehlte.

Wagenmann vergleicht diese Anfälle mit der Angina pectoris. Auch der arterioskler. Schwindel, ebenso die intermittierende Unfähigkeit zu lesen (*Alexie*) scheinen in dieses Kapitel zu gehören. (*Charcot*).

Für diese ganze Gruppe von Funktionsstörungen proponiert *Orthner* den gemeinsamen Namen «*Dys pragia intermittens*». Redner verfügt über einen Fall, der sich in der kardialen Sphäre abspielte, und tödlich endete.

Pat. 39 J. a. n. fühlte sich sonst völlig gesund, empfand nur Morgens beim Gehen ein hinderndes Druckgefühl in der Brust, niemals Schmerzen. Ausser einer auffallenden Hyperämie der Brusthaut mit deutlicher Erweiterung der kleinen Gefässe, bot er nichts Abnormes. Pat. starb eines Morgens plötzlich bei völliger Euphorie. Die Sektion ergab eine so hochgradige Verengung der Coronararterien, dass sie kaum für eine Nadel durchgängig waren.

In einem anderen Falle litt ein Mann, der früher Lues gehabt, beim Gehen an Müdigkeit der Beine — späterhin stellten sich Herzerscheinungen ein.

In dies Kapitel dürften auch die Erythromelalgie, die spontane Gangrän und die angiosklerotische Neuritis zu rechnen sein. Zum Schluss betont Redner noch die Wichtigkeit gerade der unscheinbaren Symptome, wie: Behinderung im Gehen, Druckgefühl in der Brust — ohne Angina pect.

Dr. *Krannhals*: Kollege *Schwarz* scheint die Fälle von intermittierendem Hinken von der Angina pectoris prin-

ziell trennen zu wollen, doch wie Redner meint, mit Unrecht, denn: ob es sich um Ermüdungserscheinungen oder um Schmerzen handelt — immer sind es nur verschiedene Stadien ein und desselben Krankheitsprozesses, der Arteriosklerose. Zu letzterer scheint noch ein nervöses Moment, der Angiospasmus, hinzutreten zu müssen, um die Dyspragia hervorzubringen. Dafür spricht die Seltenheit dieser Erscheinungen innerhalb der niederen, wenig nervösen Bevölkerung bei der andererseits die Arteriosklerose sehr verbreitet ist.

Intermittierendes Hinken bei jungen Leuten deutet wol in erster Linie auf ein minderwertiges Nervensystem. Ebenso werden Anfälle von Angina pect., die sich anfangs alle 100 Schritt wiederholen, nach längerem Gehen aber ganz aufhören, wol auch nur als Interventionsstörung, und nicht als mechanische Verlegung der Coronararterien aufzufassen sein.

Im Gegensatz hierzu steht die terminale Angina pect., die bei Arteriosklerose oft als einziger Anfall auftritt. Hier braucht kein Angiospasmus mitzuspielen, obgleich er ja möglich wäre.

Dr. M. Schönfeldt, hält es nicht für eine Eigentümlichkeit der ärztlichen Verhältnisse, wenn Zoëge und Idelson in der Zahl der von ihnen beschriebenen Fälle mit intermittirtem Hinken so auffallend viel Juden zu verzeichnen haben. Die kolossale Beteiligung dieses Volkes an der Arteriosklerose und zugleich an Neurosen legt den ätiolog. Zusammenhang zwischen beiden entschieden nahe. Neben Lues, Alkohol und gewissen anderen Toxinen ist die nervöse Belastung sicher ein entscheidendes Moment für das Zustandekommen der Arteriosklerose. Redner kennt einen Fall, wo ein 28 jähriger Jude, ohne Lues, mehrere Mal wegen beginnender Gangrän hat operiert werden müssen. Bei den Juden ist eben die Lues als ätiolog. Moment gar nicht erforderlich.

Dr. Ed. Schwarz bemerkt gegenüber den Auslassungen von Dr. Kranhals, dass zum Begriffe gewisser Kraukheiten auch gewisse charakteristische Symptome gehörten. So wie beim Astma die Angst, so sei bei der Angina pect. der Schmerz ein notwendiges Erfordernis. Rein klinisch stehe sein Fall in einem gewissen Gegensatz zu jenen, da er nie charakteristische Erscheinungen dargeboten. Redner möchte ausdrücklich

den Widerspruch zwischen unscheinbaren Symptomen und dem deletären Ausgange betont wissen.

Dr. v. Engelhardt hat vor 6 Jahren einen analogen Vortrag gehalten. Doch damals begegnete seine Anschauung: dass jene unscheinbaren Symptome schon den Beginn einer Arteriosklerose anzeigten, lebhaften Zweifel. Redner sieht in den heutigen Auslassungen Dr. Schönfeldts eine Bestätigung seiner damals vertretenen Anschauungen. Ebenso muss er sich mit der von Dr. Kranhals vorgebrachten Gesichtspunkten durchaus einverstanden erklären.

Ein bei abdominalen Beschwerden häufiges — aber heute noch nicht erwähntes Symptom ist die Druckempfindlichkeit der Aorta abdominalis und ihrer Aeste — die sogenannten Burkhardt'schen Druckpunkte.

Dr. Schabert: Während Dr. Schwarz die dem intermittierenden Hinken analogen Fälle von der Angina pect. getrennt wissen will, scheint er zu übersehen, dass gerade sein Fall, bei dem es sich ja um Verschluss der Kranzarterien handelte — für die Analogie beweisend sei. Die Angina pect. deckt sich nicht mit dem Angstgefühl, sondern kann alle möglichen Formen annehmen. So ist Redner ein Fall bekannt, wo sich der kardiale Anfall durch ein Brennen zwischen den Schulterblättern anzeigte, und durch Stemmen des Rückens gegen einen harten Gegenstand kompensiert werden konnte. In anderen Fällen äusserte er sich als Ischialgie, Kreuzschmerz etc. Alle diese Pat. sind plötzlich ohne typ. Angina pect. gestorben.

Wo es sich um Sklerose an der Einmündungsstelle der Coronararterien in die Aorta handelt, da können schon kleine Kaliberschwankungen einen Anfall auslösen.

Redner bestreitet das Vorkommen rein spastischer Formen wenigstens können nur Fälle mit veränderten Gefässwandungen deletär werden.

Zum Schluss wird noch in therapeutischer Hinsicht den Narcoticis das Wort geredet, die Excitantien werden verworfen.

Dr. Bernsdorff bemerkt, dass in Anbetracht dessen, dass manche nervöse Personen mit entschieden gesunden Gefässen von ähnlichen klinischen Erscheinungen heimgesucht

werden, wol auf Einzelheiten nicht zu viel Gewicht gelegt werden dürfe.

Dr. Krannhals stimmt seinem Vorredner darin zu. Von den rein angioneurotischen Formen bis zur ausgesprochenen Arteriosklerose gebe es so verschiedenartige Bilder, dass nicht der einzelne Anfall, sondern nur der Totaleindruck die Diagnose bestimmen könne.

Dr. Ed. Schwarz bemerkt zum Schluss, dass er gewiss die verschiedenen Stadien eines und desselben Prozesses als solche anerkenne. Darin ist er missverstanden worden. Er wollte nur in rein klinischer Hinsicht die scheinbar unschuldigen Symptome zum deletären Ausgange in einen Gegensatz stellen.

In klinischer Beziehung könne er daher eine Analogie zwischen intermittierenden Hinken und Angina pect. nicht gelten lassen.

d. Z. Sekretär: S. Kröger, jun.