

68,452



Mitteilungen

aus der

Gesellschaft praktischer Aerzte

zu Riga.

1905/1906.



St. Petersburg.

Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. № 15.
1906.

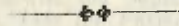
Mitteilungen

aus der

Gesellschaft praktischer Aerzte

zu Riga.

1905/1906.



St. Petersburg.

Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. № 15.
1906.

Sitzung am 18. Mai 1905.

Dr. A. v. Bergmann demonstriert eine Milz, welche er vor einer Woche exstirpiert hat; er führt aus, dass bei Echinokokkus und Malaria die Milz oft exstirpiert worden ist, ebenso auch bei Leukämie; bei der letzteren Erkrankung habe man jedoch wegen der schlechten Resultate die Operation wieder verworfen. Bei der idiopathischen Hypertrophie gelte es als fraglich, ob man operieren solle; in der letzten Zeit habe man jedoch hierbei Erfolge erzielt, deshalb habe auch er sich zur Operation entschlossen. Eine Leukaemie wurde hier ausgeschlossen durch die Blutuntersuchung, welche Hyperglobulie ergab. Es handelte sich um eine Frau von 40 Jahren. Der Tumor bestand seit 3 Jahren; der Tumor machte Schmerzen und die Frau verlangte die Exstirpation. Nach der Exstirpation wurde das ganze Operationsterrain mit Peritoneum ausgekleidet; jetzt findet sich bei der Blutuntersuchung eine grosse Anzahl von weissen Blutkörpern; es fragt sich, wie lange dieser Befund andauern wird, sonst soll er gewöhnlich ca. 14 Tage andauern. (In der September-Sitzung trägt Dr. v. Bergmann nach, dass die Patientin ca. 3 Wochen nach der Operation infolge einer Pyaemie, ausgehend von einer Pankreasnekrose, starb; das Pankreas war bei der Operation verletzt worden.)

Dr. Hampeln erwähnt, dass die nicht progressiven Tumoren oft auch keine Beschwerden machen, dann ist natürlich auch eine Operation nicht nötig; von Türk seien zuerst solche Operationen gemacht worden. Hampeln hat einen dem Bergmann'schen ähnlichen Fall gesehen; nach einer Malariatherapie fühlte der Kranke sich jedoch wohler. Auch hier bestand eine Hyperglobulie (10 Millionen) nach Dr. Kieseritzky; Hampeln hatte 3 Jahre lang Gelegenheit den Fall zu beobachten. Das Aussehen des Patienten ist «echauffiert»; in seinem Fall käme auch die Operation in Frage.

Dr. Woloschinsky plädiert für die Berechtigung, den Tumor zu extirpieren auch bei der Anaemia splenica (wo der Blutbefund normal und wo die anderen Lymphdrüsen nicht geschwollen), da diese Form der Erkrankung doch progressiv sei und solche Kranke doch nur vielleicht 7—8 Jahre leben. Vor 8 Jahren seien von Jonesco in Bukarest solche Operationen gemacht worden; weiter fragt Woloschinsky, ob hier nach der Operation eine Schwellung der Lymphdrüsen bemerkt worden sei, was von Dr. Bergmann verneint wird.

Ausser der Tagesordnung demonstriert

1) Dr. Schönfeldt sodann 2 Fälle von Syringomyelie.

Die vorgestellten Fälle sollen einen Beitrag zur Differentialdiagnose der Syringomyelie und Nervenlepra liefern. Die weitgehende klinische Ähnlichkeit beider Krankheitszustände wird von allen Antoren einmütig anerkannt; wenn auch die Auffassung von der Identität (Zambaco Pascha) fallen gelassen ist, so wird doch zugegeben, dass es vereinzelte Fälle giebt, bei denen die Diagnose wenigstens temporär nicht gestellt werden kann. Zu diesen gehören die abortiven oder atypischen Fälle von Syringomyelie, speziell des Morvan'schen Typus, und die Form der Nervenlepra, bei der die charakteristischen Hauteruptionen nicht nachgewiesen werden können. Auf Grund zahlreicher Untersuchungen am hiesigen Leprosorium möchte Referent auf einen Umstand hinweisen, der bisher bei der Differentialdiagnose nicht genügend verwertet worden ist, obgleich er in zweifelhaften Fällen ausschlaggebend sein kann. An der Hand der neuen Untersuchungen über den segmentären spinalen Ursprung der Haut- und Muskelinnervation wird man bei der Syringomyelie — dem Typus einer spinalen Segmenterkrankung — die atrophische Lähmung eines Muskelgebietes und die Sensibilitätsstörung auf denselben Höhensitz des Krankheitsprozesses im Rückenmark zurückführen können. Bei der Nervenlepra konnte ein solcher Befund nicht erhoben werden und ist auch in der kasuistischen Literatur einwandfrei nicht beschrieben worden. (Der einzige Fall von Gerber-Matzenauer — in der Gesellschaft der Aerzte Wiens 1902 mitgeteilt — bei dem neben den Syringomyeliesymptomen lepröse Knoten und Bazillen im Leben nachgewiesen wurden und bei der histologischen Untersuchung eine Höhlenbildung im Rückenmark ohne Bazillen oder spez. lepröses Gewebe konstatiert wurde, hat keine eindeutige Beurteilung erfahren.) — Daher ist eine scharfe Trennung beider Erkrankungen sowohl auf Grund des histologischen Befundes als auch der von diesem abzuleitenden klinischen Symptome durchaus berechtigt.

Der eine Kranke — Typus Morvan — zeigt die durch den Schwund der kleinen Handmuskeln charakteristischen Krallenhände mit ankylosierten Fingern, im Vorder- und Ober-

arme ist die grobe Kraft reduziert, doch sind keine Atrophien vorhanden.

Die Sensibilitätsstörung der Haut ist eine partielle sog. «dissoziierte», d. h. während Berührung und Druck normal empfunden werden, ist der Schmerz- und Temperatursinn stark herabgesetzt. Sie entspricht in ihrer Ausdehnung nach dem Seifferschen spinalen Schema für Segmentdiagnosen dem Innervationsbezirk des 5. Cervikal- bis zum 4. Dorsalsegment. In diesem Niveau ist auch das segmentäre Ursprungsgebiet der Nerven für die affizierten Handmuskeln zu suchen. Eine ausgesprochene Kyphoskoliose und lebhaft gesteigerte Sehnenreflexe der unteren Extremitäten vervollständigen das Krankheitsbild.

Den 2. Fall charakterisiert die atrophische Lähmung des Cucullaris, der Schulter — und Oberarmmuskeln — die Schulterblätter hängen in Schaukelstellung und die Hebung der Arme gelingt kaum bis zur Horizontalen. Die anderen Muskeln und deren Funktionen sind normal.

Die dissoziierte Empfindungslähmung der Haut erstreckt sich vom Rumpfe in der Höhe der 4. Rippe aufwärts, an Intensität zunehmend, über die Arme, den Hals und den Kopf, wobei die Abgrenzung zum Trigeminusgebiete in der Scheitel-, Ohr-, Kinnlinie eine sehr scharfe ist. Der segmentäre Charakter der sensiblen und motorischen Störungen und deren einheitlicher Ursprung weisen auf einen Krankheitsprozess in den ersten Zervikalsegmenten hin — wie wir ihn nur beim Tumor medullae spinalis oder im engeren Sinne Gliosis spinalis finden.

Wenn — wie auch in diesem Falle — alle anderen Symptome fehlen, so wird die Diagnose in keiner Weise erschüttert.

Als weitere differentialdiagnostische Kennzeichen kommen für die Syringomyelie in Frage: die oculopupillaren Symptome, die Kyphoskoliose, die Beteiligung der proximalbelegenen Körpermuskeln und die spastischen Erscheinungen der unteren Extremitäten; — für die Nervenlepra sprechen: der Nachweis spezifischer Hautveränderungen, die Lähmung einzelner Gesichtsmuskeln, wie des Orbicularis oculi, wodurch Lagophthalmus und Ektropion des unteren Lides entstehen, die spindel- oder strangförmige Verdickung der Nervenstämme, wie des ulnaris, auricularis magnus, peroneus, und die fleckweise resp. unregelmässig diffuse Verbreitung der Hautanaesthesia. Sollte trotz all' dieser Erwägungen eine Diagnosestellung nicht möglich sein, so wird man sich aus vielfachen Gründen für die Syringomyelie entscheiden, bis unzweifelhafte Leprasymptome nachgewiesen werden können.

(Autoreferat.)

In der folgenden Diskussion spricht sich Dr. M. Hirschberg dahin aus, dass, obgleich er im allgemeinen mit der Diagnose Syringomyelie einverstanden sei, es doch bei dem einen Fall Momente gebe, welche die Diagnose zweifelhaft

machen, z. B. habe er einige Hautflecke bei dem Kranken gesehen, welche für Lepra sprechen könnten. Auch habe der Patient grosse, unregelmässige Narben, welche ebenfalls für Lepra sprechen; auch einige verdächtige Pigmentflecke finden sich; er glaubt auch eine Verdickung des Nerv. auricular. magn. auf einer Seite konstatiert zu haben, was auch mehr für Lepra spreche; der N. ulnaris sei freilich nicht perlschnurartig verdickt. Er habe auch den Nasenschleim untersucht, doch keine Leprabazillen gefunden. — Im 2. Fall fanden sich Keloide, dies spräche mehr für Syringomyelie. — Die Gleichmässigkeit der Abgrenzung der Sensibilitätsstörungen möchte er mehr als für Lepra charakteristisch halten.

Dr. v. Bergmann betont, dass man daran festhalten müsse, dass die Sensibilitätsstörungen bei der Lepra regionär seien, bei der Syringomyelie segmentär; hier könnte man nur bei dem ersten vorgestellten Fall an Lepra denken, doch hat Patient keine einzige Infiltration der Haut. Bei Leprösen finden sich gewöhnlich Narben an Knie und Ellenbogen, hier sei jedoch davon nichts zu finden. Er muss daher diese beiden Fälle durchaus für Syringomyelie halten.

Dr. L. Schönfeldt verzichtet nach den Ausführungen des Dr. Bergmann noch etwas für die Diagnose Syringomyelie in seinen Fällen zu sagen und bleibt ebenfalls bei seiner Diagnose.

Dr. Voss hat eben eine Ohrenkranke operiert, welche seit Jahren leprös ist. Bei der Kranken ist von den Hautflecken, welche sie vor 10 Jahren gehabt hat, wie eine Photographie des Dr. Reissner beweist, jetzt nichts mehr zu sehen; es lassen sich auch keinerlei Pigmentierungen und Sensibilitätsstörungen konstatieren.

Dr. v. Bergmann ist es wohl bekannt, dass solche Stadien vorkommen, auch bei der tuberösen Form der Lepra; nach einigen Jahren kommen jedoch die Erscheinungen wieder. Gerade bei dem protrahierten Verlauf der Nervenlepra kommen solche Fälle vor; B. wenigstens hat keinen Fall heilen sehen (wie Armauer Hansen es behauptet).

2) Dr. Falkenburg (als Gast) demonstriert

a) einen Fall von Darmruptur ohne Verletzung der Bauchdecken.

M. H.! Ich möchte Ihnen kurz berichten über einen Fall von Darmruptur ohne Verletzung der Bauchdecken: Der Patient hatte den Hufschlag eines Pferdes gegen die Unterbauchgegend erhalten und kam 2 Stunden nach erlittener Verletzung ins Krankenhaus. Er bot bei seiner Aufnahme das schwere charakteristische Bild einer perforierenden Darmläsion: Shokerscheinungen, verfallenes Aussehen, kleiner fliegender Puls, Abdomen eingezogen, Bauchdecken bretthart gespannt, Atmung thorakal. Gasansammlung oder Bluterguss in der Bauchhöhle bestanden nicht. Ich habe dem Patienten auf Grund dieses Befundes sofort die Laparotomie vorgeschlagen,

die von ihm aber strikt verweigert wurde. Erst gegen Abend, als wiederholtes Erbrechen und quälender Singultus eintraten und die Zeichen einer Peritonitis deutlicher auftraten, entschloss Patient sich zur Operation, die ich nun, mithin 7 Stunden post trauma, ausführen konnte. Ich machte den Schnitt in der Mittellinie, vom Schwertfortsatz bis zur Symphyse; nach Eröffnung des Peritoneums trat trübe, nicht riechende Flüssigkeit aus, von der sich eine grössere Ansammlung im kleinen Becken fand. Ich schritt jetzt zur Eventration und systematischen Absuchung des gesamten Magen-Darmtraktus und fand dabei an einer mittleren Ileumschlinge eine erbsengrosse, kreisrunde Perforation, aus der kotige Flüssigkeit trat. Die anliegenden Dünndarmschlingen waren bereits durch fibrinös-eitrige Membranen miteinander verklebt, alle Darmschlingen injiziert und gebläht. Die Perforation wurde doppelseitig übernäht. Eine weitere Perforation wurde bei nochmaliger Absuchung des Darmes nicht gefunden, unter dem rechten Leberlappen befand sich eine grössere Flüssigkeitsansammlung von derselben Beschaffenheit, wie im kleinen Becken. Ich unterzog nun die Intestina einer sehr ausgiebigen Spülung mit heisser physiologischer Kochsalzlösung und schloss alsdann die Bauchhöhle durch Etagnennaht nach Tamponade des kleinen Beckens. Der Verlauf war reaktionslos, Patient hatte bis zum dritten Tage nach der Operation abendliche Temperaturerhöhung bis 38°, war von da ab fieberfrei. Am dritten Tage erfolgte Stuhlgang und Flatus, am sechsten Tage konnte der Tampon aus dem kleinen Becken entfernt werden. Patient wartet noch auf eine Bauchbandage, die ihm von seiner Gemeinde bewilligt werden muss, um alsdann entlassen zu werden.

Hätte er sich früher zur Operation entschlossen, so hätte man voraussichtlich auf eine Tamponade des kleinen Beckens verzichten können und Patient wäre der Gefahr einer Bauchhernie überhoben gewesen.

(Autoreferat.)

b) einen Fall von profuser Blutung aus den Genitalien.

M. H.! Des weiteren möchte ich Ihnen eine Patientin vorstellen, deren Anamnese folgende war: Zwei Monate vor ihrer Aufnahme Abort, vor 2 Wochen profuse Blutung aus den Genitalien. Patientin ist am Tage vor ihrer Aufnahme plötzlich erkrankt mit Leibschmerzen, Erbrechen, Stuhl und Windverhaltung. Die Leibschmerzen sind besonders in der rechten Unterbauchgegend lokalisiert. Die Patientin wurde am Abend ihrer Aufnahme von der inneren Abteilung als Perityphlitis verdächtig auf die chirurgische Abteilung überführt. Die Patientin war fieberfrei, hatte einen ruhigen, kräftigen Puls klagte über Leibschmerzen und Brechreiz, machte im Uebrigen keinen besonders schweren Eindruck. Es bestand ein über den ganzen Körper ausgebreitetes frisches makulöses Syphilid.

Das Abdomen war in den oberen Partien mässig meteoristisch aufgetrieben, im Uebrigen aber weich, eindrückbar, oberhalb der Ileocecalgegend bestand lebhafter Druckschmerz; man hatte hier das unbestimmte Gefühl einer geblähten Darmschlinge, Darmcontouren waren nicht nachweisbar, Darmgeräusche nicht wesentlich vermehrt. Die gynaekologische Untersuchung ergab rechts von dem vergrösserten Uterus ein etwa hühnereigrosses Infiltrat. Das Fehlen von Fieber und der Allgemeinzustand liessen eine okulte Perityphlitis als wenig wahrscheinlich erscheinen. es wurde vielmehr mit der Möglichkeit einer Darmokklusion im Anschluss an einen puerperalen Prozess gerechnet. Da der Zustand keineswegs bedrohlich erschien, wurde am Abend noch von einer Operation abgesehen. Während der Nacht trat mehrmaliges galliges Erbrechen und lauter Singultus ein; mehrfach hohe Darmläufe waren ohne Erfolg geblieben. Der abdominelle Befund war insofern verändert, als die am Abend vorher nur undeutlich nachweisbare Darmsteifung deutlicher in Erscheinung getreten war und dieser Befund veranlasste mich zur Laparotomie in der Annahme einer Darmokklusion. Ich machte auch hier den Schnitt in der Mittellinie, vom Schwertfortsatz bis zur Symphyse; nach Eröffnung des Peritoneums traten prall geblähte Dünndarmschlingen heraus. Beim Aufklappen der Bauchdecken fiel sofort ein Strang ins Auge, der, von rechts oben nach links unten ziehend, ein ganzes Convolut von Därmen abgeschnürt hatte. Der Strang war an einer Ileumschlinge adhärent, unterhalb der Adhäsion war der Darm völlig kollabiert, oberhalb stark gebläht. Der Strang wurde reseziert und als Ursache der Adhäsion fand sich nun in der Darmserosa ein kleines kirschgrosses derbes Infiltrat von speckigem Glanze, derbem Untergrund und derben kallösen Rändern. Dieses Ulkus wurde eingestülpt und übernäht. Bei weiterer Besichtigung des Darmes fanden sich nun weitere 4—6 ebenso geartete Ulcera von verschiedener Grösse auf der Serosa des Dünndarmes, alle von glatter Oberfläche ohne Zerfallsprodukte. Dicht oberhalb des Coecums hatte ein solches Ulkus eine deutliche Stenose des Darmes zur Folge gehabt. Die grösseren der Ulcera wurden eingestülpt und übernäht, die kleineren, noch im Entstehen begriffenen unberücksichtigt gelassen. Eine Revision des kleinen Beckens ergab das Bestehen einer Pelveoperitonitis, rechts neben dem Uterus befand sich ein eingedicktes Blutextravasat, offenbar älteren Datums, die rechte Tube war perforiert. Dieses veranlasste mich, das kleine Becken zu tamponieren, im Uebrigen habe ich die Bauchhöhle durch Etagnäht geschlossen. Der Verlauf war reaktionslos, Patientin hatte keinen Tag gefiebert, am dritten Tage nach der Operation erfolgte Stuhlgang und Flatus, am 6. bzw. am 10. Tage konnten die Tampons aus dem kleinen Becken entfernt werden. Es handelt sich jetzt um Feststellung der Aetiologie dieser Geschwüre,

die ich als luetische bezeichnen möchte. Das Vorkommen luetischer Geschwüre an anderen Stellen als im Dickdarm ist lange bezweifelt worden, wird aber doch von den meisten Pathologen als, wenn auch selten, so doch sicher vorkommend, angenommen. Differentialdiagnostisch können wir ein typhöses Ulcus ausschliessen, es spricht dagegen die Anamnese, Patientin ist aus voller Gesundheit erkrankt, ferner das Aussehen der Geschwüre und die Tatsache, dass ein typhöses Ulcus nie zu Stenosenbildung Anlass giebt. Gegen eine tuberkulöse Natur der Ulcera spricht auch das Aussehen und die Derbheit der Geschwüre, vor allem das Fehlen von Zerfallsprodukten und käsigem Eiter, der bei tuberkulösen Geschwüren im Stadium der Beschriebenen, sicher gefunden wäre. Für Lues sprechen die Anamnese, der Abort, das Exanthem und der Erfolg der Quecksilberkur. Patientin ist nach der Operation mit Injektion von Hydrarg. salycil. behandelt worden und hat keinerlei Darmerscheinungen bisher wieder geboten.

(Autoreferat).

Dr. v. Bergmann bemerkt dazu, dass die luetischen Darmerkrankungen vorwiegend die Schleimhaut befallen und von da aus weiter gehen; von Lange hat er einen ähnlichen Fall beschrieben gefunden und muss er den Fall jedenfalls für eine grosse Rarität halten.

Dr. Kröger fragt, als welcher Art diese Ulcerationen anzusehen seien, doch wohl nicht als gummöse.

Dr. v. Krüdener erwähnt, dass man 2—4 Monate nach der Infektion in der vorderen Kammer, welche ja auch ein seröser Raum ist, zuweilen Papeln findet, welche sich von den Gummata unterscheiden; auch die Prognose ist besser; die Papel schwindet bald; zuweilen schwindet an der Stelle auch die ganze Iris (das Trabekelsystem) und es bleibt ein Loch. Daher möchte Krüdener auch die Geschwüre im Darm in diesem Fall für papulöse Geschwüre halten.

Dr. W. Lieven konstatiert auch das Leukoderma in diesem Fall.

Dr. Bergmann fragt, wie der Zusammenhang der Geschwüre mit dem Strang zu erklären sei.

Dr. Falkenburg erwidert, dass es ein Netzstrang war, welcher mit dem Infiltrat in Zusammenhang stand.

Dr. Bergmann hält eine solche Strangbildung aus einer gedehnten Adhäsion für sehr möglich.

Dr. P. Klemm bemerkt, dass man auch bei tuberkulösen Geschwüren solche Erscheinungen findet, auf der Stelle, wo auf der Schleimhaut das Ulcus gesessen hat. Als Analogon muss man die Rektumveränderungen annehmen; die Schleimhaut muss der primäre Sitz der Erkrankung sein.

Dr. Bergmann hält dem gegenüber aufrecht, dass in diesem Fall die Erscheinungen doch an der Serosa konstatiert seien, dass sie in einem frühen Stadium aufgetreten

und dass die Patientin früher keine Erscheinungen von Seiten des Darmes gehabt.

Dr. P. Klemm kann sich den Ausgangspunkt von der Serosa nicht erklären, meint, es müsse der Ausgangspunkt die Mucosa gewesen sein. Es ist ihm auch unbekannt, dass derartige Syphilide auf der Serosa primär auftreten.

Dr. Hampeln meint, die differentielle Diagnose sei hier in der That sehr schwierig, die klinischen Erscheinungen entsprechen der Annahme, dass die Mucosa nicht beteiligt gewesen.

Dr. P. Klemm fragt, welcher Prozess denn hier der Erkrankung der Serosa zu Grunde liegen solle?

Dr. v. Bergmann erwidert, der Prozess entspreche der Plaquebildung auf der sonstigen Schleimhaut.

Nach Dr. Hirschberg's Ansicht können zuerst die kleinen Drüsen, welche in der Darmserosa liegen, im 2. Stadium der Lues intumescieren und von hier aus kann der Prozess auf die Serosa übergehen.

Dr. Zwiggmann endlich bemerkt inbezug auf luetische Augenerkrankungen, dass gummöse Erkrankungen der Iris in allen Stadien der Erkrankung sich befinden, sie können gut ausheilen.

Dr. Voss demonstriert im Anschluss an die Diskussion der vorigen Sitzung über Sinusthrombose 2 Patienten, welche durch Verlauf und Ausgang ihrer Krankheit interessant sind; beide (1 Mädchen und ein Wärter aus Rothenburg) sind an einer akuten Otitis media erkrankt, die im ersten Fall (bei dem Mädchen) zur Aufmeisselung des Proc. mast. führte; am Sinus waren keine Veränderungen zu finden, trotzdem traten pyaemische Metastasen ein, (an beiden Handgelenken und ein grosser Abszess auf der Beckenschaufel, welcher schliesslich gespalten werden musste), erst nach 3 monatlichem Krankheitslager konnte Patientin genesen und unverstümmelt bis auf die Narben entlassen werden. Anders war der Verlauf bei dem Wärter, auch hier hatte die Erkrankung mit einer akuten Otitis media mit heftigen Schmerzen und spontanem Durchbruch begonnen (etwa 5 Tage vor der Aufnahme ins Krankenhaus), bei der Aufnahme machte er den Eindruck eines an einer schweren Infektionskrankheit Leidenden mit schwer benommenem Sensorium und hoher Continua; eine fragliche Druckempfindlichkeit des Proc. mastoideus war nach ein paar Tagen entstanden und letzterer jetzt absolut unempfindlich; dafür trat ein eitriger Erguss in das eine Kniegelenk ein, welches bei der Punktion eine Reinkultur von Streptokokken aufwies; breite Spaltung drückte die Temperatur nicht herab und führte schliesslich zur Osteomyelitis des Femur, wegen dessen die Amputation im Oberschenkel gemacht werden musste; das Ohr war allmählig ausgeheilt, allerdings mit kleiner Perforation, ohne dass sich dort tiefere Erkrankungen nachweisen liessen. Voss kann auch diesen Fall nur als eine

Pyämie ansprechen, nicht als eine Sinusthrombose. Den Satz «keine Pyämie ohne Thrombose», ausgesprochen auf einem der früheren Kongresse der Ohrenärzte, kann Voss nicht aufrechterhalten. Wir haben Pyämie ohne Thrombose der grossen Gefässe wie an anderen Körperstellen, ebenso auch am Ohr. Ein Furunkel z. B. kann den Ausgangspunkt für eine schwere Osteomyelitis abgeben und ebenso kann das Ohr die Eingangspforte sein, es können pyaemische Erscheinungen auftreten, ohne dass am Sinus etwas gefunden worden; auch anatomisch sind solche Fälle konstatiert worden. Also eine Otitis media kann ebenso wie eine Angina z. B. die Eingangspforte nicht bloss für eine Pyämie, sondern auch für andere Infektionskrankheit abgeben.

Voss bittet daher die Internisten auch bei Infektionskrankheiten, wie Gelenkrheumatismus, auf eine vorausgegangene Otitis media zu fahnden. (Autoreferat).

Dr. P. Klemm's Meinung nach spricht für den Ausgangspunkt vom Ohr in beiden demonstrierten Fällen auch der Streptokokkenbefund, da ja die Ohrenerkrankungen ihren Ausgangspunkt auch vom lymphatischen Schlundring nehmen. Klemm hat einen Fall operiert, wo, allerdings auch bei einer Sinusthrombose, sich ein septischer Verlauf anschloss; er hat auch im Schweiss die Streptokokken gefunden, ebenso wie im Blut.

Dr. Woloschinsky referiert über eine Patientin, welche 2—3 Tage über Schwindel klagte, welche dann plötzlich hohe Temperatur bekam und bevor noch die Perforation des Trommelfells bei der Otitis eingetreten war, kam es zu einer Meningitis, die den Tod nach sich zog.

Weiter bemerkt er, dass auch eine ganz leichte lakunäre Angina zu einer Endokarditis führen kann. es braucht keine phlegmonöse zu sein.

Dr. Paul Klemm: die Thrombose kann auch die ganz kleinen Venen betreffen; die Ohrenärzte meinen gewöhnlich den Sinus lateralis; bei der Erkrankung des Prozes. mastoid. sind ja auch die kleinen Venen thrombosiert, diese können zu Pyämie führen und iusofern besteht nur ein gradueller Unterschied.

Dr. Voss: der Ausdruck «keine Pyämie ohne Thrombose» bezog sich bei den Ohrenärzten gerade auf die Sinusthrombose, er selbst habe jedoch schon gesagt, dass er diese Ansicht nicht teile.

Dr. Woloschinsky gegenüber betont Voss, dass er nicht die direkte Infektion auf die Meningen gemeint habe, sondern auf die entfernteren Organe des Körpers.

(NB. In der Septembersitzung trägt Dr. Voss nach, dass er bald nach seinem Vortrage Gelegenheit hatte, einen Fall von Gelenkrheumatismus zu sehen, wo unmittelbar vorher eine Otitis media acuta bestanden, welche letztere bald ausheilte und dann in Gelenkrheumatismus überging).

Sitzung am 7. September 1905.

1) Vor der Tagesordnung demonstriert Dr. Buchholz ein 5-tägiges Kind, bei dem es sich wahrscheinlich um ein Fortbestehen des Meckel'schen Knorpels handelt.

Während sonst der Mundboden von Weichteilen gebildet wird, finden wir hier auf jeder Seite vom Unterkieferknochen an eine Knorpelplatte, so dass nur in der Mittellinie ein ca. 1 cm. breiter Spalt offen ist, in dem die ganz rudimentäre Zunge liegt. Vortragender glaubt, dass diese Knorpelplatten durch das Fortbestehen und Wuchern des Meckel'schen Knorpels zustande gekommen sind.

Die Brust kann das Kind nicht nehmen, aus der Flasche aber trinkt es gut und schreit mit klarer Stimme,

(Autoreferat.)

2) Dr. Krüden er demonstriert ein Mädchen von 11 Jahren, welches nach Masern erblindet ist: Rifke Mendelsohn, 11 a. n., machte im März 1905 die Masern durch; Sie lag eine Woche ganz zu Bett und stand sehend auf. Einige Tage drauf begann das Sehvermögen abzunehmen, und im Laufe einer Woche entstand unter heftigem Erbrechen und Kopfschmerzen in der Stirngegend völlige Erblindung. Nach weiteren 2 Wochen, am 29. März 1905 trat sie in meine Klinik ein. Pupillenreaktion bdr. vorhanden, Retina und Chorioidea weisen keine Trübungen oder Flecken auf, der Sehnerv bdrs. etwas gelblich, die Grenzen etwas getrübt, besonders nach innen. Die Arterien eng, ebenso die Venen, denen normale Pulsation völlig abgeht. Sämtliche Gefäße haben einen ziemlich gradlinigen Verlauf. Visus bdrs. = 0. Die Therapie bestand in 12-maliger Lumbalpunktion, wobei sich jedesmal etwa 30 Gr. klarer, heller Cerebrospinalflüssigkeit gewinnen liess. Die ersten 10 Gr. schienen unter etwas höherem Druck abzufließen, als dieses normalerweise der Fall. Die Flüssigkeit war in allen Fällen steril. Kulturen wurden auf verschiedenen Nährboden versucht. 5 Monate später stellte sich Patientin wieder vor. Visus bdrs. = 0. Die Arterienfäden dünn, machen auf der Papille einen nahezu blutleeren Eindruck. Die Venen gleichfalls stark verengt, mit sehr geringem Blutgehalt, garnicht geschlängelt. Die Sehnervengrenzen klar, der Fundus sieht leicht marmoriert aus. Kopfschmerzen bestehen noch eben. Gehör gut, Geruch gut, Reflexe normal. Es bestehen überhaupt keine somatischen Symptome. Patientin ist auch geistig vollkommen intakt.

(Autoreferat.)

Dr. Krüden er nimmt eine deszendierende Neuritis n. optici an und stellt seinen Fall in Parallele mit dem von Dr. M. Eliasberg im vorigen Semester demonstrierten.

Dr. Berkholz ist der Meinung, dass die Morbillen nicht ohne Weiteres als aetiologische Ursache für die Neuritis nerv.

optici in Betracht zu ziehen seien. Die Bakterien resp. ihre Toxine rufen in speziellen Organen sich oft wiederholende Krankheitsbilder hervor.

Von Scharlach ist es bekannt, dass er Nieren- oder Herz-erkrankungen im Gefolge hat, — die Toxine der Diphtheriebazillen veranlassen oft periphere Nervenerkrankungen, — die Toxine des Typh. exanth. Erkrankung der zentralen Nervenorgane speziell des Gehöres, — die Malaria-Erkrankungen der blutbildenden Organe. Krankheiten nach Masern, die auf direkte toxische oder bakterielle Wirkung der Erreger der Masern zurückzuführen wären, kennen wir jedoch nicht. Da die Masern eine der häufigsten Erkrankungen sind, würden sich aber solche Nachkrankheiten oft wiederholen und der Aufmerksamkeit der Forscher nicht entgangen sein.

Sicher feststehend ist aber die klinische Beobachtung, dass auf dem Boden der Maserninfektion sich Tuberkulose der verschiedensten Organe (Lungen, Meningen) oder miliare Tuberkulose entwickelt. Bei den Infektionskrankheiten mit chronischem Verlauf ist die Neuritis n. optici eine relativ oft gesehene Erscheinung; es handelt sich dabei um direkte Intoxikationen oder um Gumma- und Tuberkelbildung im Gehirn.

Halten wir uns diese Tatsache vor Augen, so ist die Annahme naheliegend, dass die aetiologische Ursache für die Neuritis n. optici auch in vorliegendem Falle nicht in den Morbilen, sondern in einer auf dem Boden der Morbilen entstandenen weiteren Infektion — vielleicht Tuberkulose — zu suchen ist.

Erwähnen tue ich obige Hypothese, da es wissenschaftliches Interesse hat, die Wirkungsweisen der einzelnen Bakterienarten auch klinisch streng auseinander zu halten und zu Beobachtungen in dieser Richtung anzuregen.

Dr. Zwingmann führt aus, dass er oft Patienten gehabt habe, welche in der Anamnese starke Kopfschmerzen und einen fieberhaften Zustand als einzige Symptome angaben und später erblindet sind, es müsse in diesen Fällen wohl eine Meningitis bestanden haben und stimmt er Dr. Krüdeners bei in der Erklärung seines Falles.

Dr. Krüdeners resumiert dahin, dass dieses Gebiet ja etwas dunkel sei; für Neuritis desc. n. optic. kämen viele Ursachen in Betracht, schon durch Anaemie könne Neuritis entstehen; eine ganz bestimmte Diagnose könne man also nicht stellen, doch könne man eine tuberkulöse Meningitis wohl mit Sicherheit ausschliessen.

Nach Dr. Theod. Schwartz' Meinung kann in diesem Fall von Tuberkulose keine Rede sein, dagegen spreche schon das augenblicklich sehr gute Allgemeinbefinden, trotzdem bereits $\frac{1}{2}$ Jahr vergangen und fehlen ja auch sonstige cerebrale Krankheits Symptome.

Denselben Gedanken führt Dr. L. Schönfeldt näher aus und betont, dass cerebrale Erkrankungen direkt im Gefolge von Masern ja nichts seltenes seien, so kämen z. B. akute Encephalitiden vor, welche man gewiss mit der Noxe des Maserngiftes in Zusammenhang bringen müsse. Es gehe durchaus nicht an, wie Dr. Berkholz will, alle cerebralen Erkrankungen im Gefolge von Masern als tuberkulöse Nachkrankheiten der Masern zu bezeichnen.

3) Dr. M. Eliasberg demonstriert einen Patienten mit Verschlechterung des Sehvermögens auf dem linken Auge seit dem August dieses Jahres: er diagnostiziert eine Ablatio retinae in Folge eines Tumors der Chorioidea (Sarkom).

Dr. Zwingmann bemerkt dazu, dass die Sehstörungen im Allgemeinen anfangs nicht bemerkt werden, wenn die Entwicklung des Tumors ganz peripher anfängt; entwickelt sich der Tumor jedoch im lichtempfindlichen peripheren Teil, so werden schon frühzeitig Sehstörungen von den Patienten selbst in Form von Skotomen oder mouches bemerkt, wenn auch das Sehvermögen noch intakt ist; 2 mal erinnere er sich dies Verhalten bei seinen Patienten beobachtet zu haben. Er fragt nach einer Erklärung dafür, dass hier die Sehstörungen erst so spät bemerkt worden seien von dem Patienten selbst.

Dr. Eliasberg erwidert, dass man hier einen sehr schnell wachsenden Tumor annehmen müsste.

4. Dr. J. Berkholz macht eine vorläufige Mitteilung über die Behandlung der Dysenterie mit Antidysenterieheilserum in der Infektionsabteilung des städtischen Krankenhauses. Das Serum stammt aus Moskau aus dem Laboratorium von Blumenthal. Bisher wurden 12 Fälle behandelt. Der Erfolg war in allen Fällen ein überraschend guter, zu weiteren Versuchen auffordernder. Aus der kleinen Versuchreihe scheint aber die Erfahrung sich schon zu ergeben, dass die Dosis des zu verordnenden Serums in etwas schwereren Fällen nicht unter 20,0 liegen dürfe. In allen Fällen hat er gegen sonst einen schnelleren Verlauf und eine Abnahme der Beschwerden in kurzer Zeit erzielen können. Neben dem Serum erhielten die Patienten nur Mixtura acida.

Dr. Buchholz fragt, ob Dr. Berkholz nur gute Erfolge erzielt hat oder auch Misserfolge gehabt hat.

Dr. Berkholz erwidert, dass er eigentlich keine Misserfolge zu verzeichnen hat; in einem Fall wurde jedoch das Serum sehr spät angewandt und konnte daher vielleicht seine Wirkung nicht entfalten.

5. Dr. Paul Klemm demonstriert das Präparat eines Carcinoma ventric., welches von ihm durch Operation gewonnen wurde; der Patient wurde geheilt entlassen. Der Kranke wurde ihm von Dr. Buchholz wegen Erscheinungen von Seiten des Magens zugeschickt, im Juni dieses Jahres; im epigastrium war eine leichtere Resistenz zu fühlen, dieselbe

war jedoch recht undeutlich; da jedoch sonst Alles für Carcinoma sprach, auch der HCl-Mangel, so beschloss er, die Operation zu machen und war er erstaunt, einen grösseren Tumor zu finden, welcher nicht mit der Umgebung verbacken war; der erkrankte Pylorus wurde reseziert und das gesunde Stück des Duodenum in die hintere Magenwand eingenäht.

Dr. Klemm wendet sich nun zur Diagnose des Magenkarzinoms überhaupt und fasst seine Ansicht so zusammen: die chemische Untersuchung gibt uns nicht immer sichere Anhaltspunkte, es kann z. B. HCl vorhanden sein und doch ein Karzinom bestehen; das Fühlen des Tumors bleibt immer das Charakteristische, doch wird leider der Tumor erst dann deutlich gefühlt, wenn das entzündliche Ulkus zu Verklebungen geführt hat, so dass ein sekundärer Tumor zu fühlen ist; sind diese Verklebungen aufgetreten, so sind die Chancen für eine günstige Operation jedoch viel schlechter. In letzter Zeit sind ja solche Fälle glücklich operiert worden, doch hat der Patient von solchen Operationen eigentlich wenig. Deshalb entsteht die Frage, ob nicht schon sehr früh zur Probepylorotomie geschritten werden soll; soll man sie nicht schon da machen, wo Verfall der Kräfte, wo schwere Anaemie konstatiert wird, auch wenn man noch keinen Tumor fühlt? Man würde ja zuweilen die Operation unnütz machen, doch gegenüber einem zu späten Eingriff ist dies weniger wichtig. In den späten Fällen wird jetzt ja gewöhnlich die Gastroenterostomie gemacht, doch ist die Verlängerung des Lebens keine lange, diese Operation ist doch immer nur ein Notbehelf.

Dr. Hampeln spricht sich dahin aus, dass er vor Jahren fast denselben Standpunkt vertreten habe, die Gastroenterostomie ist nur eine Operation der Stenose, nicht des Karzinoms. Wenn nur der Verdacht eines Karzinoms vorhanden ist, wenn auch der Tumor fehlt, so ist doch die Operation nötig; hierbei müsse man auf die alten klinischen Erscheinungen achten, welche möglichst genau beobachtet werden sollen, also das Allgemeinbefinden sei hier von grösster Wichtigkeit, wenn auch die objektiven Symptome uns ganz im Stich lassen; eine Störung des Allgemeinbefindens, Appetitlosigkeit, Angegriffensein etc. seien schon sehr verdächtig; vor 20 Jahren sei man in Bezug auf die allgemeinen Symptome noch nicht so geübt gewesen, wie heute. Im Uebrigen pflichte er natürlich auch der Probepylorotomie bei.

Nach Dr. Krannhals ist ein solcher Eingriff wie die Probepylorotomie jetzt gewiss berechtigt; er will sie jedoch nicht nur auf das Magen-Karzinom beschränken, sondern sie soll auch überall da gemacht werden, wo wir ein okkultes Karzinom annehmen, wo vielleicht auch andere Organe operativ erreichbar sind. In der übergrossen Zahl seiner Krankenhaus-Fälle war es nicht zu einer Operation gekommen, weil

schon sekundäre Affektionen vorhanden waren, es war hier eben ein Eingriff zwecklos.

Dr. Wolferz I bemerkt, dass man bei Abwesenheit eines fühlbaren Tumors besonders auf die Gegenwart von Blut in den Faeces achten solle; ein Karzinom werde ja immer Blut absondern, daher diese Untersuchung sehr wichtig. Was Dr. Klemm heute zur Diskussion gestellt, habe ja schon jedem praktischen Arzt als Wunsch vorgeschwebt, von Klemm sei es jetzt als Forderung aufgestellt.

Dr. P. Klemm gibt zu, dass es sehr feine Methoden zur Blutsuntersuchung in den Faeces gibt, doch könne bei positivem Nachweis von Blut ja schon ein Ulkus vorhanden sein. Einen wesentlichen Wert besitzt nach seiner Meinung dieses Mittel nicht. Er stimmt mit Hampeln darin überein, dass gerade die allgemeinen Krankheitserscheinungen sehr genau zu beobachten seien, wenn auch die chemischen Untersuchungen als Unterstützung sehr wichtig seien.

Dr. Hampeln meint, dass sehr geringfügige Blutungen gerade ein Zeichen für Magenkarzinom seien, und gibt daher Dr. Wolferz darin recht, dass diese Untersuchung sehr wichtig.

Dr. Voss gibt der Befürchtung Ausdruck, dass die Probe-laparotomie in Zukunft vielleicht zu oft ausgeführt werden würde.

Sitzung am 5. Oktober 1905.

Dr. Math. Hirschberg hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber familiäre und lepröse Degeneration (Paraleprose). (Der Vortrag soll ausführlich im Druck erscheinen).

Dr. v. Bergmann bemerkt, dass der Ausspruch Virchows noch zu Recht besteht, dass nämlich noch nie die Geburt eines mit Lepra behafteten Kindes gesehen worden sei; das Kind, welches Zambaccola gesehen hat, kann auch luetisch sein, ebenso ist es mit dem von Reschetillo erwähnten Fall. Ebenso ist auch die Angabe, dass Lepra-Bazillen gefunden worden seien, mit Reserve zu betrachten; so wurde z. B. bei einem von Dr. Hugo Berg vorgestellten Kinde nur einmal der Bazillus gefunden, später nicht mehr; auch der klinische Verlauf spricht in diesem Fall nicht für Lepra. Die Erscheinungen, welche man bei Kindern sieht, welche von Leprösen stammen, müssen auch mit Reserve betrachtet werden, denn sie entsprechen den Erscheinungen solcher Kinder, welche Dyskrasien und Kachexien haben. Es ist ja richtig, dass die leprösen Erscheinungen sich sehr langsam entwickeln, oft tritt erst nach Jahren ein neues Symp-

tom auf, die Erkrankten können Abortivformen bilden. Der Beweis jedoch, dass diese Veränderungen an den Nachkommen der Leprösen spezifische sind, ist sehr schwer zu erbringen und steht einstweilen noch aus. Um diese Frage der Entscheidung näher zu bringen, sind aus Norwegen Kinder von Leprösen nach Amerika gebracht worden, doch hat man an ihnen nie Lepra auftreten sehen. Die Beispiele aus der Bretagne stimmen nicht ganz, in anderen Ländern hat man auch nie derartiges beobachtet.

Dr. M. Hirschberg wendet ein, dass er ja auch nicht behauptet, dass die Paraleprotischen leprös werden, es bleiben die Symptome in der Beschränkung bestehen. Kinder, wie das demonstrierte, bleiben jedoch immer suspekt, wenn man den Vater und den Bruder dabei in Betracht zieht. Auch Analogieschlüsse, wie bei der Lues und Tuberkulose könne man in Erwägung ziehen.

Dr. Bergmann räumt ein, dass man in der Kritik derartiger Fälle sehr vorsichtig sein müsse; im Uebrigen erscheint ihm die Paternität des von Dr. Hirschberg referierten Falles nicht einwandfrei festgestellt.

Dr. L. Schönfeldt meint, dass der palpatorische Befund bei dem vorgestellten Kranken auch noch diskutabel sei; Veränderungen der Nervenstämme z. B. ulnaris kommen auch sonst vor bei Menschen, welche nicht leprös sind, diese Zeichen seien also nicht wesentlich. Auch der Vergleich mit der hereditären Lues schein ihm nicht ganz einwandfrei.

Hereditäre Lues gebe es freilich sicher, man denke z. B. an die Krankheitsbilder der Tabes und sogenannten hereditären Lues; die anderen sonst genannten Stigmata für hereditäre Lues würde man nicht ohne weiteres auf Lues zurückführen, sondern nur sagen, dass das betreffende Kind vonluetischen Eltern stammt.

Der Begriff der Paraleprose sei auch im sozialen Leben sehr wichtig, im Betreff der Isolierung nämlich, es fragt sich, ob solche Kranke in der Gesellschaft geduldet werden sollen.

Dr. M. Hirschberg erwidert, dass die Paraleprose als relativ unschädlich, eine Gefahr für das soziale Leben nicht bilde. Im Uebrigen habe er nicht die einzelnen Symptome betrachtet, wie eine Verdickung des Ulnaris, eine solche besagte natürlich noch nichts, sondern die Summe von mehreren Symptomen bringe ihn zu seiner Ansicht.

Punkt II der Tagesordnung:

Dr. E. Erasmus hält seinen angekündigten Vortrag:

«Zur Leprastatistik in Livland».

Dr. v. Bergmann wirft gegen Dr. Erasmus ein, dass ihm die angeführten Zahlen zu hoch scheinen; in Riga speziell nehme die Zahl der Erkrankungen an Lepra von Jahr zu Jahr ab; in dem Leprosorium bei Riga bleibe freilich dieselbe Anzahl von Insassen bestehen, doch sei die Ursache für denselben hohen Bestand der Zuzug aus den Kreisen.

Die Zahl von neuen Fällen sei auch in der Ambulanz in Riga von Jahr zu Jahr kleiner geworden.

Dr. Erasmus erwidert, dass ihm nur die offiziellen Daten zur Verfügung ständen und dass in diesen offiziellen Papieren die Kranken nach dem letzten Wohnort registriert würden, bei Wechsel des Wohnorts eines und desselben Kranken sei daher wohl möglich, dass er 2 Mal oder auch mehr notiert würde.

Nach Dr. P. Klemms Meinung gäbe die vorgelegte Statistik höchstens ein Fluktuationsbild der Leprösen in Livland, jedoch in keiner Weise die absoluten Zahlen der leprösen Erkrankungen. Die Kommunen hätten die Leprosorien errichtet, um die Gemeinde von Lepra zu reinigen und wie weit dies in den Jahren des Bestehens der Asyle bei uns gelungen sei, darüber gebe die Erasmus'sche Statistik keinen Aufschluss.

Dr. M. Hirschberg spricht sich dahin aus, dass nach seiner Erfahrung die administrativen Massregeln zur zwangsweisen Internierung der Erkrankten in den letzten Jahren immer laxer gehandhabt würden; so sei in den letzten Jahren kein einziger Lepröser zwangsweise ins Rigasche Leprosorium übergeführt.

Nach Schluss der Tagesordnung bittet Dr. Wolferz sen. ums Wort, um darauf hinzuweisen, dass die Zahl der Erkrankungen mit Typhus abdom. in letzter Zeit sehr zugenommen habe und tragt nach der Zahl der im Stadt-Krankenhaus liegenden Typhusfälle. Es sei dies doch merkwürdig, da wir hier doch die neue Wasserleitung besäßen.

Dr. Deubner erwidert, dass die Typhusfälle in der Tat viel mehr aufgetreten seien, trotz der neuen Wasserleitung, jedoch sei schon im vergangenen Jahr eine Steigerung der Typhusfälle im Krankenhaus beobachtet, als die neue Wasserleitung noch nicht existierte. Bei dieser Epidemie seien besonders viel Fälle von Meningotyphus beobachtet.

Dr. Wolferz sen. führt ferner aus, dass man der Meinung hätte sein müssen, die neue Wasserleitung würde eine Abnahme der Erkrankungen mit Typhus bewirken. Die Ursache der jetzigen Steigerung müsse also wo anders liegen; auch sei ihm aufgefallen, dass gerade in wohlhabenden Familien der Typhus jetzt gehäuft auftrete.

Dr. Deubner teilt noch mit, dass ihm das Wasser der neuen Leitung durchaus nicht immer gleich erschienen ist, oft hat er eine starke Versandung gesehen, namentlich dann, wenn der Krahn stark geöffnet ist, bilde sich in dem darunter stehenden Wasserbecken sehr bald ein sandiger Niederschlag. Ihm ist nicht bekannt, woher dieser Niederschlag komme, nach der Aussicht einiger stamme er aus den alten Röhren.

Dr. Zwिंगmann bestätigt, dass bei starkem Ausströmen sich relativ rasch ein Bodensatz bildet, welcher ihm jedoch ganz dunkel erschienen ist.

Dr. Sengbusch möchte den Bodensatz durchaus als aus den alten Röhren stammend ansehen; die Rückstände kommen gerade durch den starken Druck heraus; die Reinigung der alten Röhren dürfte erst nach Jahren erfolgen; in der Nacht, wo das Wasser unter stärkerem Druck, bilde sich erst ein schwarzer Niederschlag.

Des weiteren weist Dr. Wolferz sen. gemäss dem Wunsch des Praeses, welchen derselbe auf der vorigen Sitzung ausdrückte, dass nämlich über Epidemien, welche in letzter Zeit beobachtet worden, von den Kollegen referiert werden möchte, darauf hin, dass ihm in seiner Praxis in letzter Zeit ein gehäuftes Auftreten von Ikterus aufgefallen sei.

Wegen des allgemeinen Interesses, welches diese Ikterusfälle beanspruchen, bittet der Praeses Herrn Dr. Wolferz auf der nächsten Sitzung des näheren seine Erfahrungen über diese Fälle mitzuteilen.

Sitzung am 19. Oktober 1905.

Vor der Tagesordnung stellt Dr. v. Krüdenener einen Fall von akuter Vergiftung mit Methylalkohol vor, wodurch eine akute Sehnervendegeneration entstanden ist. Vortragender behält sich vor, auf der nächsten Sitzung ausführlicher das Thema der akuten Sehnervendegeneration nach Intoxikationen zu behandeln.

Punkt I der Tagesordnung:

Dr. Hans Schwartz hält seinen angekündigten Vortrag «Zur Kasuistik der Lyssa»

Wenn auch der betr. Fall keine besonderen Eigentümlichkeiten, die seine Mitteilung veranlassen könnten, aufweise, so hält er bei der Seltenheit solcher Fälle in der Tätigkeit des Praktikers, zumal in der Stadt, die Mitteilung hier für gerechtfertigt.

Der Patient, ein 10-jähriger Hebräerknabe, wurde am 27. September Vormittags zur Aufnahme in das Armitstead'sche Kinderhospital gebracht. Neben einer mässig erhöhten Temperatur fiel an dem Kranken bei recht schwerer Prostration eine starke Unruhe und schwere Beeinträchtigung des Sensoriums mit starken, aufgeregten Delirien auf. Dieser Zustand bestand nach Aussage der den Knaben begleitenden Grossmutter seit ca. 8 Tagen: vor ca. 2 Monaten sei der Knabe von einem Hund «erschreckt» worden. Durch Erkundigung bei dem in den nächsten Tagen eintreffenden Vater konnte festgestellt werden, dass durch den Biss eine kleine Hautabschürfung am Kleinfinger der rechten Hand verursacht worden war, die sofort (höchstens $\frac{1}{2}$ Stunde nach der Verletzung)

von einem Arzt kauterisiert worden war. Der Knabe sei sonst die ganze Zeit über wohl gewesen, nur in der letzten Woche vor dem Ausbruch der Krankheitserscheinungen etwas verstimmt erschienen.

Die genaue Untersuchung in der Krankenstation ergab somatisch keinen wesentlichen Befund. Beim Versuch, den Patienten zum Trinken zu veranlassen, traten regelmässig sofort neben Steigerung der allgemeinen Unruhe Krämpfe (ganz unregelmässige, ungeordnete Muskelaktionen) in der Facialis- und Schlingmuskulatur auf, die jede Flüssigkeitsaufnahme unmöglich machen, während sich im Gesicht des Patienten höchste Angst und Aufregung ausprägen. Derselbe Zustand zeigte sich auch, nachdem Patient auf eine Morphininjektion von 0,015 ruhig geworden in anscheinend tiefem Schlafe lag, sofort bei Verbringung einiger Tropfen Wasser auf Lippen und Zunge, worauf nach einigen Minuten Beruhigung eintrat und die Morphinwirkung sich wieder geltend machte.

Am 6. Tage des Spitalaufenthaltes trat unter andauernder Zunahme aller Symptome bei tiefer Bewusstseinsstörung der Exitus letalis ein, nachdem in den 2 letzten Tagen noch ein lautes systolisches Blasen an der Herzspitze aufgetreten war und häufiges Erbrechen, schleimiger Massen, sowie andauernde peristaltische Unruhe des Darmes mit häufigen Secessus invol. beobachtet waren. Die Temperatur war die ganze Beobachtungszeit über gesteigert, von unregelmässigem Typus, zwischen 38° und 39,5° schwankend.

Ueber den Verlauf sei zu bemerken, dass die Dauer desselben in diesem Falle eine verhältnissmässig lange sei: Högyes (Nothnagel's Path. u. Ther.) gebe als Durchschnittsdauer der spasmodischen Wut 4–6 Tage an, während wir hier einen mindestens 10-tägigen Verlauf sehen. Da der Patient bereits mit voll ausgebildeten Erscheinungen ins Hospital kam, so erschien der Versuch einer spezif. Therapie ganz aussichtslos, zumal auch der Zustand des Patienten einen Transport desselben zu diesem Zweck als unmöglich erscheinen liess. Bei dem anfangs doch noch relativ guten Allgemeinzustande konnte Votr. sich jedoch nicht dazu entschliessen, alle therapeut. Versuche zu unterlassen und beschloss einen Versuch mit energischer diaphoretischer Behandlung zu machen. Patient erhielt Einpackungen und Pilocarpin 0,0005 subkutan, wodurch reichliche Schweisse hervorgerufen wurden, in Verbindung mit subkutanen Kochsalzinfusionen. Während der ersten 2 Tage schien sich in der That eine geringe Besserung zu zeigen, der Patient wurde ruhiger, konnte am 2. Tage etwas Kaffee mit aufgeweichtem Brod, später auch Suppe und Brei schlucken, auch schien die Beeinträchtigung des Sensoriums etwas geringer und konnte Patient sogar einigermaßen etwas Wasser zu sich nehmen. Wenn auch bisher kein sicherer Fall von Heilung der einmal ausgebrochenen Lyssa bei Menschen bekannt sei, so führe Högyes doch mehrere

Fälle im Budapester Pasteurinstitut experimentell infizierter Hunde an, bei denen trotz manifest gewordener unzweideutiger Erscheinungen der spasmod. Wut Heilung eingetreten sei, und nehme daraufhin Anstand, die *Lyssa humana* für absolut unheilbar zu erklären. Im Falle des Vortr. war die anscheinende Besserung nur von kurzer Dauer, so dass in den letzten Tagen von einer Fortsetzung der Therapie abgesehen wurde. Die sub finem vitae beobachteten, eigentlich nicht in das Krankheitsbild der *Lyssa* gehörenden Symptome lassen sich wohl als Teilerscheinungen einer terminalen septischen Infektion auffassen, die bei der Obduktion sich in einer multiplen Bronchopneumonie, Lungenoedem und einigen kleinen Trübungen und Rauigkeiten des Endokards an der Mitralis manifestierte. Das Inkubationsstadium ca. 2 Monate entspricht der Durchschnittszahl; bezüglich desselben schwanken allerdings die Angaben der Autoren in sehr weiten Grenzen. Högyes referiere über einen Fall von angeblich 25-jähriger Inkubationsdauer. Der an typischer *Lyssa* gestorbene Pat. war vor diesem Zeitraume von einem wütenden Schweine gebissen worden und liess sich die Bisswunde deutlich nachweisen. Die Wut des bissenden Tieres war seinerzeit sicher festgestellt worden. Trotzdem sich durch sorgfältigstes Nachforschen in dieser Beziehung nichts ermitteln lässt, hält Högyes doch für wahrscheinlich, dass der Kranke in der Zwischenzeit, vor dem Ausbruch der Wut, erst infiziert worden sei.

(Autoreferat).

Dr. Paul Klemm bemerkt dazu, dass er sich gegenüber den von Dr. Schwartz aus dem Eichhorst'schen Lehrbuch referierten Heilungen von *Lyssa* sehr skeptisch verhalten müsse, eine Verwechslung mit *Tetanus hydrophobicus* sei hier wohl möglich; das Bild dieser letzteren Erkrankung sei der *Lyssa* sehr ähnlich, daher ja auch die Bezeichnung *Tetanus hydrophobicus*; diese Tetanusfälle können wohl zur Heilung kommen, er selbst hat 3 Heilungen gesehen; kommen solche Fälle über den 7. Tag hinaus, so ist Genesung wahrscheinlich. Der Unterschied zwischen beiden Erkrankungen besteht darin, dass beim *Tetanus* eine ununterbrochene Starre besteht, unterbrochen durch klonische Zuckungen, während bei der *Lyssa* die kontinuierliche Starre fehlt, die klonischen Zuckungen jedoch auch hier auftreten. Sind nun die Symptome unendlich, so kann es leicht zu Verwechslungen kommen.

Dr. Hans Schwartz erwidert, dass er bei näherem Nachforschen in der Literatur sich selbst überzeugt habe, dass die Eichhorst'schen Angaben über Heilungen nicht zuverlässig sind, dass man daher diese Fälle als unrichtige Diagnosen ansehen müsse. Auch bei nervös disponierten Menschen können auf hysterischer Basis ähnliche Krankheitsbilder entstehen, diese Kranken genesen dann natürlich,

Dr. Voss erklärt, dass Lyssa bei uns sehr selten sei; er habe 7 Fälle von Tetanus gesehen, doch keinen von Lyssa. Von Dr. Groth habe er gehört, dass derselbe während seiner Assistenzzeit im Stadt-Krankenhaus (ca. vor 20 Jahren) 3 Fälle von Lyssa und keinen Tetanus gesehen habe.

Uebrigens ist auch Dr. Voss der Meinung, dass manche Verwechslungen vorgekommen seien.

Dr. Jansen hat im Krankenhaus mehrere Mal Lyssa beobachtet, seine Fälle sind auch alle gestorben, gewöhnlich am 5.—6. Tage nach der Erkrankung.

Auch Dr. Bernsdorff hat in den Jahren 1883—1885 4 Fälle von Lyssa gesehen; stark ausgesprochen waren in einigen Fällen psychische Symptome, in einem Fall war man anfangs sogar zweifelhaft, ob der betreffende Kranke nicht am Ende geisteskrank wäre; auch 2 andere Fälle zeigten starke psychische Symptome; sein 4. Fall betraf eine Frau aus seiner Privatpraxis, auch dieser Fall wurde zuerst als Psychose betrachtet (von Dr. Merkliu), am 4. Tage trat jedoch der exitus ein. Von 1884 an hat Dr. Bernsdorff keine Lyssa mehr gesehen.

Dr. H. Schwartz erwähnt, dass die psychischen Symptome auch in seinem Falle im Vordergrunde standen, er glaubte zuerst einen manischen Kranken vor sich zu haben.

Dr. Hampeln hat während seiner langen Krankenhaustätigkeit keinen Fall von Lyssa gesehen; er erwähnt, dass in der Literatur ein Fall mit einer Inkubationsdauer von $\frac{3}{4}$ Jahr angeführt werde.

Auch Dr. Berkholz hat vor 3 Jahren einen Fall von Lyssa beobachtet.

Dr. H. Schwartz erwidert Dr. Hampeln, dass die Inkubationsdauer von 20—60 Tagen die Regel sei; selten jedoch auch von 7—8, ja auch 14 Monaten.

Punkt 2 der Tagesordnung:

Dr. Wolferz sen. hält seinen angezeigten Vortrag «Ueber Ikterus epidemicus».

M. H. Seit ca. 2 Monaten sind in der Stadt gehäufte Fälle von Ikterus catarrhalis aufgetreten, die sich durch ihren leichten Verlauf anfangs als Ikterus catarrhalis simplex präsentierten, in ihrer Häufung aber und in manchen Abweichungen vom gewöhnlichen katarrh. Ikterus als eine Krankheit sui generis hingestellt zu werden verdienen. — Wenn ich diese Fälle unter dem Namen *Ikterus epidemicus* zusammenfasse, so ist damit nur ein äusseres Merkmal über ihre Zusammengehörigkeit gegeben, über die Aetiologie und Nosologie derselben ist damit noch nichts bestimmtes ausgesagt. In meiner Behandlung habe ich davon 3 Fälle in der Hauspraxis und ein paar in der Ambulanz gehabt, meine Mitteilung über dieselben können sich nur auf die 3 ersten beziehen, die genauer beobachtet worden sind.

1) 14 jähr. Mädchen erkrankte Mitte August mit Temp. von 39,7 ohne Lokalaffect., das Fieber schwindet in einer Woche, worauf abermals Aufstiege der Temp., allgemeine Schwäche, Abgeschlagenheit, was die Eltern veranlasst mich hinzu zu ziehen.

Subfebrile Temp., 38,0° P. 90—100, belegte Zunge, Obstipation, Uebelkeit, machen eine Diagnose nicht angängig. Nach 2 Tagen Ikterus, darauf Schwellung der Leber, geringe Druckempfindlichkeit, perkutorische Milzvergrößerung, dunkler, gallenfarbstoffhaltiger spärlicher Urin mit Spuren von Eiweiss und Entfärbung der Faeces; In den unteren Partien beider Lungen spärliche Rasselgeräusche. Der Verlauf war ein milder. In 8 tägiger Bettlage, unter Kompressen und Karlsbader Wasser pendelte die Temp. zwischen 37,3—38,0, der Urin wurde schon nach einigen Tagen heller und reichlicher, die Pulsfrequenz blieb aber stetig hoch und fiel erst nachdem die Kranke, wohl noch angegriffen, einige Tage das Bett verlassen hatte. Zu erwähnen ist, dass die 2 Monate ausgebliebenen Menses am 5. Tage der Krankheit sich einstellten und reichlicher als sonst waren.

2) Der 12 jährige Bruder der Patientin erkrankte 2 Wochen nach ihr unter Kopfschmerz, Erbrechen, mit dickbelegter Zunge, und Druckempfindlichkeit in der Lebermagengegend; die Temp. stieg auf 39,0 P. 104. Am folgenden Tage ikterische Färbung der Conjunkt., der Haut und des Urins. Leber vergrößert, Milz nicht palpierbar, aber perkutor. über die vordere Axillar-L. reichend, Leib aufgetrieben, Gefühl grosser Abgeschlagenheit, Faeces im ganzen Verlauf nicht vollständig entfärbt. Die Erkrankung des Patienten veranlasste mich nach den auslösenden Ursachen zu forschen, da es doch nahe lag, an eine gemeinsame Quelle zu denken. Doch weder eine Erkältung, was man so damit bezeichnet, noch ein Diätfehler konnte dafür verantwortlich gemacht werden. Dagegen ergab bald die Untersuchung des Urins ein Resultat, das in sich bietenden neuen Fällen zur Kontrolle aufforderte, um eine Klärung der Zweifel zu erlangen. Der Urin war hochgestellt, enthielt ausser Gallenfarbstoff und Spuren von Eiweiss reichliche Urate. Die mikroskopische Untersuchung ergab eine reichliche Menge hyaliner und gekörnter Zylinder, viele Erythrocyten und Leukocyten; Elemente einer subakut. Nephritis. Der Verlauf gestaltete sich günstig, nach einer Woche verliess der Kranke das Bett, der Urin war hell geworden, die Pulsfrequenz blieb aber noch zwischen 90—96. Die Erholung ging langsam vor sich und nach einer Woche hat Patient noch nicht sein früheres Volumen erhalten. Eine Untersuchung vor 2 Tagen ergab noch die Gegenwart von hyalinen Zylindern und einzelnen Erythrocyten.

Der 3. Fall betrifft ein 10-jähriges Mädchen. Dasselbe erkrankte Anfang Oktober unter mässigem Fieber mit Kopfschmerzen, allgemeiner Schwäche und Appetitlosigkeit und

Obstipation. Am 2. Tage Ikterus, Faeces keimmal entfärbt, P. im ganzen Verlauf 80—100 bei Temp. von 37,5—38,0. Leber und Milz vergrößert, letztere palpabel, Urin 1024 spez. Gew., zeigt Spuren von Eiweiss. Gallenpigment, hyal. und gekörnte Zylinder in reichlicher Menge. Erythrocyten und viele Leukocyten. Das Fieber schwand nach 7 Tagen, die Erholung geht langsam vor sich, das Kind ist abgemagert und sieht noch leidend aus. In den beiden Fällen bestanden also Zeichen einer subakuten Nephritis und erhöhte Pulsfrequenz, die bis in die Rekonvalescenz hinein sich verfolgen liess. Dieser Befund drängt nun die Annahme auf, dass es sich in diesen Fällen nicht um einen einfachen katarrhal. Ikterus handeln könne, hervorgerufen durch Magen-Duodenalkatarrh, mit einem Worte nicht um eine lokale Erkrankung, sondern um eine Allgemein-erkrankung, durch einen Infektionsvorgang, der noch ganz unklar ist.

In der Literatur finden sich Mitteilungen über epidemischen Ikterus, die sich mit der Frage der Aetiologie viel beschäftigten und uns ein Bild davon geben, wie die Aerzte nach Aufklärung in dieser Krankheit suchten. Charakteristisch ist darin, dass der Ikterus epidemicus in geschlossenen Gemeinschaften, in Kasernen, Internaten und als Hausepidemie auftritt. Solche sind beobachtet worden in Essen 1772, in Lüdenscheid 1794, unter 73 Erkrankungen 3 Todesfälle, im Zentralgefängnis in Gaillou 1859, unter 47 Kranken 11 Todesfälle. In diesen Epidemien kamen häufig Blutungen und nervöse Erscheinungen vor. Gefährdet waren besonders Schwangere, die abortierten und Wöchnerinnen. Die Ursachen dieser Epidemien wurden gesucht in a) Erkältungen und Durchnässungen des Körpers, b) in der Kost und im Trinkwasser und c) in spezifischen miasmatischen und infektiösen Ursachen. In Civita vecchia erkrankten 1889 nur die Soldaten, die mit Erdarbeiten beschäftigt waren, ebenso wurden die Erkrankungen in einer Kasernen-Epidemie von Stitzer auf infektiös-miasmatische Einflüsse bezogen. Lebert spricht sich direkt für lokalmiasmatische Einflüsse durch Anhäufung von Excrementen aus, ebenso Fröhlich in der Militair-Epidemie in Neubreisach 1875, wo die Ausdünstung eines jauchigen Grabens die Erkrankung hervorgerufen hat. — 1883 wurde in Bremen im August eine Epidemie unter den Schiffsarbeitern nach Revaccination erzeugt, unter 1500 Arbeitern erkrankten 191. Impfungen mit anderer Lymphe hatten ein negatives Resultat. Grosse Epidemien sind 1849 in Ungarn und im Amerikanischen Secessionskriege 61/62 gewesen, im letzteren erkrankten 2 pCt. der ganzen Armee 40,000 Mann. Ich erwähne nur kurz die Epidemien, die im vorigen Jahrhundert in Norddeutschland 1882 und Holland, in Frankreich in 3 Dpt. 1842, am Wettersee in Schweden 1858/1859, in Württemberg 1861 beobachtet worden sind, ihre Dauer betrug 8—13 Monate. Aus neuester Zeit ist die Königsberger Hausepidemie aus dem Jahre 1889

zu nennen, die von Hennig in der Sammlung Volkman'scher Vorträge N. F. Nr. 8 ausführlich beschrieben worden ist. Sie betraf Einwohner mehrerer Häuser in mehrern Stockwerken derselben, und wurde teils mit Ausdünstung aus feuchten, schimmeligen Wänden, teils mit dem Genuss des Königsberger Leitungswasser in Zusammenhang gebracht, das aus einem Teiche stammend, zu Zeiten typhusähnliche Bazillen enthält, die nach Baumgarten nur durch Kultur sich von Thyphusbazillen unterscheiden lassen.

Diese Daten machen es zweifellos, dass der epidemische Ikterus eine durch Infektion bedingte Allgemeinerkrankung ist; es fragt sich nun, wie sich der Ikterus katarrh. simpl. zu dieser Form verhält. Ich lasse darüber kurz die Anschauungen einiger Autoren folgen. Botkin schloss aus der Art des Verlaufs der meisten Fälle des Ikterus katarrh. auf die infektl. Natur desselben, Chaffard spricht sich in der Revue de médecine 1885 gleichfalls für eine Allgemeinerkrankung aus, hervorgerufen durch Ptomaine vom Darm aus; Kelsch, Revue de Médecine 1886 vertritt die Anschauung der infektiösen Natur der Krankheit und hält den Ikterus katarrh. für eine abortive Form des Ikterus gravis. Seine Thesen sind:

1) Der sporad. und epidem. Ikter. katarrh. ist eine spezifische Infektionskrankheit.

2) Das infektiöse Agens entwickelt sich ausserhalb des Organismus.

3) Die dasselbe erzeugenden Herde sind Sümpfe, Cloaken, ein an organischen Stoffen vegetabil. und animalischer Natur reicher Boden und Gewässer, die diese Stoffe enthalten.

4) Da diese Infektionsherde dem Ikter. der Malaria und dem Typhus gemeinschaftlich sind, so erklärt sich hieraus leicht das gleichzeitige Vorkommen dieser Krankheiten.

Heitler hat 1887 diese Materie in der Wiener med. Wochenschrift nochmals einer Analyse unterzogen und kam dabei zum Schluss, dass die meisten Fälle von Ikter. katarrh. eine Allgemeinerkrankung darstellen. Die Nephritis komme auch bei den leichten Fällen als Ausdruck der Infektion vor. Heitler hält die Krankheit für eine leichte Form der Weilschen Krankheit und den Ikter. gravis, sowie den Ikter. typhoides für höhere Intensitätsgrade derselben und schlägt vor, die ganze Gruppe als Ikterus typhoides zur Unterscheidung vom reinen Ikt. katarrh. zu nennen.

Der Verlauf meiner 3 Fälle spricht dafür, sie als geschilderten Infektionsikterus zu bezeichnen. So skizzenhaft ich meine Fälle auch gebracht habe, so habe ich mich nur von dem Wunsche leiten lassen, die Frage hier zur Diskussion zu bringen, da auch die Kollegen über Beobachtungen solcher Fälle verfügen.

(Autoreferat.)

Dr. H a n s S c h w a r t z bemerkt dazu, dass auch er in diesem Herbst viele Fälle von Ikterus gesehen, im Kinderkrankenhaus sowohl als auch in der Privatpraxis. Der eine zeigte sozusagen eine familiäre Disposition, indem der ältere Bruder 14 Tage vorher dieselbe Erkrankung gehabt hatte; in allen Fällen konnte er eine leichte Vergrößerung der Leber nachweisen, die Faezes waren heller gefärbt und in ca. 14 Tagen war die Genesung eingetreten; im Harn hat er nicht die Veränderungen wie Dr. Wolferz feststellen können, vielleicht nur eine Cylindrurie als Ausdruck der Infektion. Vor 3 Jahren, als am Ort viel Typhus abd. herrschte, hat er auch mehrfach Fälle von Ikterus katarrhalis gesehen ebenso wie jetzt; damals ist ihm in 2 Fällen freilich auch der Nachweis von Leukozyten und spärlichen Zylindern gelungen. Er kann sich mit der von Dr. Wolferz gewählten Bezeichnung der Krankheit nicht ganz einverstanden erklären, da die Möglichkeit einer Verwechslung mit der Weil'schen Krankheit alsdann vorliegt.

Dr. B o s s e hat ebenso wie Dr. S c h w a r t z in einer Familie 3 Fälle von Ikterus gesehen, das eine Kind erkrankte immer 14 Tage später als das andere. Seine Fälle sind leicht verlaufen, er hat kein Eiweiss gefunden. In einer 2. Familie hat er auch 2 Geschwister nach einander erkranken sehen. Das gehäufte Auftreten in diesem Herbst ist auch ihm aufgefallen.

Auch Dr. B u c h h o l z hat in einer Familie 2 Fälle beobachtet. In der Umgebung der Gertrud Kirche hat er 6 Fälle gesehen; im August fiel ihm auf, dass die Erkrankung gewöhnlich mit Erbrechen begann, später nicht mehr, das Erbrechen selbst hörte immer bald auf in den einzelnen Fällen; die Leberschwellung konnte er immer nachweisen; 1 mal bestand Otitis media; ein Kind hatte paroxysmale Haemoglobinurie. In der Literatur ist es auch angegeben, dass während Typhusepidemien oft Ikterus katarrhalis beobachtet wird, so z. B. zur Zeit der Einnahme von Bloemfontein; auch in der deutschen Literatur findet man solche Angaben. Die Pulsfrequenz betrug bei den Kindern 80—100 pr. Minute, bei Erwachsenen 50—60.

Dr. Wolferz wendet S c h w a r t z gegenüber ein, dass eine andere Bezeichnung für diese Erkrankung nicht angezeigt sei, die Erkrankung habe doch den Charakter einer Epidemie, sowohl durch massenhaftes Auftreten, als auch durch ihr gehäuftes Auftreten in einzelnen Häusern. In Darmstadt z. B. trete alle paar Jahre solch eine Epidemie auf. Beim katarrhalischen Ikterus finde sich auch nie Blut, nur hyaline Zylinder. Es ist auch auffallend, dass die Kinder eine so hohe Pulsfrequenz hatten, dies lässt auf einen Infektionsvorgang schliessen, das Fieber war gewöhnlich viel zu gering, um die Pulsfrequenz zu erklären; auch die Rekonvaleszenz war sehr langsam.

Dr. Paul Klemm vermisst bei den Rednern Angaben über bazilläre Befunde, genauere Angaben darüber wären sehr wichtig. Da diese Ikterusfälle mit Typhus vorkommen, so müsse eine Infektion des Darmes mit Kolibazillen erwogen werden. Eine Kolimykose im Anschluss an Typhus kommt vor, in Knochenherden hat er selbst 2 Mal die Kolibazillen gefunden, das eine Mal zusammen mit Typhusbazillen, das andere Mal allein. Die Kolibazillen spielten auch bei Erkrankungen der Niere und Blase eine Rolle.

Dr. Hach hat ca. 9 Fälle gesehen, hat sie zuerst mit Karlsbadersalz behandelt, ihm ist der langsame Verlauf aufgefallen; später hat er nach der Sacharjin-Methode das Kalomel angewandt und glaube einen schnelleren Verlauf gesehen zu haben; dann hat er einige Fälle auch mit viel Säuren behandelt, auch diese wurden schnell geheilt.

Dr. Wolferz erwidert, dass auch Henoch das Acid. mur. empfehle, er selbst habe es jedoch nicht verordnet.

Dr. Hans Schwartz fragt, ob besonders viel Kinder erkrankt gewesen seien, oder auch Erwachsene. In der Behandlung hat er allein das Karlsbadersalz angewandt, die Rekonvalescenz trat auch schnell ein, jedoch solle man das natürliche Salz brauchen.

Dr. Bernsdorff antwortet auf die Frage des Dr. Schwartz, dass auch Erwachsene in grosser Zahl erkrankt gewesen seien. Die ersten Fälle schienen ihm schwerer zu verlaufen, als die in den späteren Monaten.

Nach der Erfahrung Dr. Bosses sind viel mehr Kinder als Erwachsene erkrankt gewesen; inbetreff der Behandlung hat er mit gutem Erfolg den von Bendix empfohlene Tartarus natronatus angewandt.

Dr. Salmonowitsch hat unter 10 Fällen 8 Kinder gesehen, nur 2 Erwachsene. Er hat meist Vichy gegeben. Entgegen Dr. Wolferz meint er, dass die hohe Pulsfrequenz bei Kindern nicht für eine Infektion spreche, auch beim gewöhnlichen Ikterus hat er bei Kindern oft eine hohe Pulsfrequenz gesehen.

Dr. Wolferz bittet am Schluss, den Urin in diesen Fällen genau zu untersuchen, um das klinische Bild zu vervollständigen.

p. 3. Dr. Berkholz hält seinen Vortrag: «Ueber Pylorusstenose der Neugeborenen».

Vortragender schildert an der Hand der Literatur und eigener Beobachtungen das klinische Bild obiger Erkrankung. Nach den Sektionsbefunden von Londerer (1879), Mager (1885), und namentlich Hirschsprung (1888) war Finkelstein (1896) der erste, der das klinische Bild fixierte. Seitdem sind ca. 120 Fälle, namentlich aus Deutschland und England publiziert worden. Die neueste und ausführlichste Publikation ist die Monographie von Joseph Ibrahim aus Heidelberg (1905).

Das fest fixierte typische Bild ist kurz folgendes: gleich oder einige Wochen nach der Geburt Auftreten des nicht galligen Erbrechens bei geregelter Nahrungsaufnahme, sofort oder einige Stunden nach jeder Nahrungsaufnahme: scheinbare Obstipation, so dass nur alle 4—5 Tage ein sehr wenig reichlicher dunkelbrauner Stuhl erfolgt; Auftreibung der über dem Nabel gelegenen Partien des Abdomens und Kollabieren der unter demselben liegenden; beständige noch im Schlaf sichtbare Magenperistaltik; die Wellen ziehen von links nach rechts; Steifung des Magens; in einer Anzahl von Fällen lässt sich in der Gegend des Pylorus ein mindestens Haselnuss grosser Tumor palpieren. — Hyperchloridie resp. Hyperazidität lässt sich nur in wenigen Fällen nachweisen.

Die Therapie besteht in Verabfolgung geringer Nahrungsmengen, 30—40 gr. pro Mahlzeit oder noch weniger (Ibrahim). Heubner, Ibrahim etc. empfehlen stündlich resp. 2-stündliche Nahrungspausen, regelmässige Magenspülungen (Pfaundler), Alkalien (Karlsbader Mühlbrunnen, Kalkwasser, Nat. bicarb.), Opium und Atropin, heisse Kompressen auf den Leib. Führt die interne Therapie zu keinem Erfolge, sondern schreitet die Atrophie des Kindes weiter fort, so muss zu einer Operation geschritten werden (Gastroenterostomose, Pyloroplastik, Loretasche Operation). Mortalität der operierten Fälle ca. 50 pCt.

Stern tritt für die sofortige Operation in jedem Falle ein; eine Mittelstellung nehmen die meisten Forscher ein, gegen die Operation sprechen sich namentlich Heubner und Pfaundler aus.

Das pathologisch-anatomische Bild ist folgendes: kontrahierter oder dilatierter Magen, Verdickung der Muskulatur des Pylorus namentlich der zirkulären Muskelschicht (bis zu 7 mm.) weniger der Längsmuskulatur. Faltung der Schleimhaut. Verlegung des Lumen des Pylorus, so dass er nur mit Gewalt für eine kleine Sonde passierbar ist; diese Muskelhypertrophie erstreckt sich in den Fällen, die lange bestanden haben, auch auf die Muskulatur des Magens. Serosa intakt. Makroskopisch imponiert der Pylorus als harter starrer Tumor.

Für die Aetiologie des Leidens werden 3 Erklärungen gegeben: I. angeborene Hypertrophie des Pylorus — eine echte Missbildung, II. sekundäre Arbeitshypertrophie auf Grund eines dauernden Spasmus des Pylorus, der intrauterin schon bestanden (Thomson), III. reiner Spasmus des Pylorus, extra uterin entstanden (Pfaundler), der anatomische Befund wird als normaler systolischer Zustand des Magens und Pylorus gedeutet. Der letzteren Erklärung schlossen sich Heubner und Freund an, während die neuesten ausführlichsten Arbeiter — J. Ibrahim etc. sich dagegen aussprechen.

Vortragender berichtet weiter über 2 Fälle eigener Beobachtung, die ausführlich anderweitig publiziert werden sollen (Monatsschrift für Kinderheilkunde).

(Autoreferat).

d. Z. Sekretär: Dr. med. Theodor Schwartz.

Sitzung am 2. November 1905.

p. I. Dr. Bergmann und Dr. Keilmann referieren über einen Fall von Darmokklusion kompliziert mit Gravidität.

M. P. 37 a. n. Gravida im 7. Monat (3. Schwangerschaft) wird am 26. Oktober Abends in die geburtshüfl. Abteilung aufgenommen

Schmerzen im Leibe. In der Nacht wird Patientin in die chirurg. Abteilung übergeführt. Es ergibt sich, dass Patientin seit dem 24. keinen Stuhl und keine Flatus gehabt, dass seit dieser Zeit an Intensität zunehmende heftige Schmerzen im Abdomen bestehen, die Patientin nicht näher lokalisieren kann und dass die Kindbewegungen seit etwa 24 Stunden aufgehört haben. Patientin hat immer Neigung zur Obstipation gehabt.

Die mittelgrosse Frau von mässigem Ernährungszustande zeigt verfallenes Aussehen, die Augen sind haloniert. Temp. 37,3° P. 80—90. Der Leib ist gross, mässig gespannt. Es besteht Zwerchfellshochstand. Der Uterus steht etwa 2 Finger breit über dem Nabel. Anfallsweise verstärken sich die Schmerzen und veranlassen Patientin zu lautem Jammern. Etwaige Uteruskontraktionen können nicht konstatiert werden. Ebenso fehlt jegliche sicht- oder tastbare Steifung einer Darmschlinge; Darmgeräusche sind auch nicht zu konstatieren.

Der Rektalbefund ist negativ: ein in's Rektum geführtes Rohr kann hochgeführt werden, jedoch das einlaufende Wasser fliesst sofort zurück. Es gehen jedoch durch das Rohr Flatus ab. Nach dem Klysma fühlt Patientin Erleichterung und gehen angeblich Flatus spontan ab.

Der Urin enthält kein Albumen.

27. Oktober Morg. haben sich die Schmerzen verstärkt, die Passage hat sich nicht hergestellt, Patientin verlangt den Eingriff.

Laparotomie. Es findet sich trübes seröses Exsudat in geringer Menge. Die geblähten und injizierten Darmschlingen sind mit Fibrintäden belegt, das Colon transversum ist gebläht. Der gravide Uterus wird vorgeholt. Der Dünndarm wird in heisse Tücher gepackt. Die Flexur ist von normaler Grösse, jedoch stark gebläht, dunkelblau verfärbt und an ihrem Fusspunkt von einer Dünndarmschlinge umschlungen.

Die Lösung der Verknötung gelingt dadurch, dass die Dünndarmschlinge mit stumpfen Hacken gewaltsam gedehnt und die Flexur nun zurückgeschoben wird. Sofort schwindet die dunkle Verfärbung der Flexur, während ein Serosariss am Dünndarm (tiefe Flexurschlinge) der durch die starke Dehnung entstanden war, genäht wird, gewinnt die Flexur normales Aussehen, so dass von einer Resektion Abstand genommen werden kann. Inzwischen hat ein per anum eingeführtes Darmrohr für Entleerung von Gasen und flüssigem, stinkenden Stuhl gesorgt. Der Darm wird reponiert, die Bauchhöhle mit Kochsalzlösung gespült und mit breiten Wattekissen abgestopft. Darauf führt Herr Dr. Keilmann die Sektio caesarea aus und entfernt ein 7-monatliches totes Kind und ohne nennenswerte Blutung die Plazenta. Der gut sich kontrahierende Uterus macht beim Schliessen der Bauchwunde keine weiteren Schwierigkeiten, da er sofort in das Becken herabsinkt. Aus dem weiteren Verlauf ist hervorzuheben, dass die Schädigung des Darmes durch die Strangulation eine Komplikation verursachte. Nachdem am 3. Tage p. op. Flatus, am 4. Tage Stuhl erfolgt waren, begannen Durchfälle, welche 4—6 Anstreuungen pro Tag ergaben, in denen mehrfach schwarze Membranen bemerkt worden sind, Blutbeimengungen sind da nicht beobachtet worden. Die Therapie bestand in Verabfolgung von emuls. ol. ricin. Während dieser Zeit bewegte sich die Temp. um 38,0 herum und erreichte gelegentlich sogar 39,0.

Im Uebrigen war der Verlauf nach allen Richtungen ein normaler. Am 19. Oktober blieb die Temp. zum ersten Mal unter 38,0. Patientin verliess das Krankenhaus am 21. Oktober, nachdem in den letzten Tagen normaler geformter Stuhl eingetreten war.

(Autoreferat).

p. II. Dr. v. Krüdenner hält seinen angekündigten Vortrag: «Ueber Sehnervendegeneration nach Intoxikationen».

Er spricht über Erblindung durch Atoxyl, Methylalkohol, Schwefelkohlenstoff und Filix mas. Der Vortrag soll in der Münchener Med. Wochenschrift erscheinen. Anschliessend an einen Fall von Dr. W. Bornemann berichtet Vortragender über einen Herrn von 38 a. n., der längere Zeit hindurch subkutan eine 16 pCt. Atoxylösung (Meta-arsensäure-anilid) gegen nervöse Beschwerden anwandte. Im Laufe von 7 Monaten wurden etwa 50,0 Atoxyl verbraucht. Die Erkrankung trat unter dem Bilde einer enorm akut verlaufenden retrobulbären Neuritis auf. Das eine Auge erblindete völlig, das andere behielt Sehschärfe 1/15.

Ferner berichtet er über 2 Erblindungen durch Methylalkohol, über eine Erblindung durch Schwefelkohlenstoff, die jedoch so weit zurückging, dass Patient wieder arbeitsfähig wurde, und über ein passageres Skotom bei einer blutarmen

Frau, nach einer Bandwurmkur, mit 2,0 Extractum filicis. Betont wird bei der Verschiedenartigkeit der Wirkung auf den menschlichen Körper, und der Verschiedenheit der chemischen Zusammensetzung der besprochenen Stoffe, die enorm deletäre Wirkung auf die Licht perzipierenden Sehnervenfaser und Netzhautganglien. Die Kasuistik des Atoxyl ist noch klein, hoffentlich dringt die Nachricht von der Wirkung auf die Augen, bald in neurologische und dermatologische Kreise, damit weiteres Unglück vermieden wird.

(Autoreferat).

Dr. Bernsdorff teilt mit, dass er Methylalkohol im Krankenhaus zu Einreibungen oft angewandt habe, ohne irgend welche schlimmen Erfahrungen dabei gemacht zu haben.

Dr. W. Lieven führt aus der letzten Nummer der «Therapeut. Monatshefte» einen von Bornemann referierten Fall an, wo eine Vergiftung durch Atoxyl besprochen wird.

Dr. Woloschinsky hat 20 pCt. Atoxylösung in Form von Injektionen bei Anaemien vielfach angewandt, er hat keine Vergiftungserscheinungen beobachtet.

p. III. Dr. Otto Klemm verliest sein Korreferat zu Dr. Berkholz Vortrag über Pylorusstenose der Neugeborenen.

Er hält im Wesentlichen den bisherigen patholog.-anat. Befund bei dieser Stenoseform für nicht beweiskräftig. Man habe bisher stets unterlassen den kontrah. Pylorus zur Erschlaffung zu bringen und dann das Lumen zu messen. Auch klinisch sei das Bild für die angegebene Stenose nicht charakteristisch genug — es decke sich mit dem Bilde des spastischen Pylorusschlusses der mehr oder weniger bei jedem habit. Brecher sich ausbildet. Von einer Heilung solch angeborener Stenose könne nicht die Rede sein, da diese angeborene Stenose gar nicht vorgelegen haben kann. Die von Dr. Berkholz demonstrierten 2 Fälle gehörten in das Gebiet des habituellen Erbrechens, aus irgend einer Praedisposition, deren Ursache nicht eruiert werden kann.

(Autoreferat).

Zur Diskussion bemerkt Dr. v. Bergmann, dass Loebker auf dem Chirurgen-Kongress vor einigen Jahren den Begriff der angeborenen Stenose sehr eng begrenzt habe, einige zweifellose Fälle seien jedoch festgestellt worden; diese Fälle sind als Myome betrachtet worden, sie sind nur durch eine Operation geheilt worden. Klinisch werde dieses Bild durch die Steifung des Magens und durch die Obstipation bewiesen, solche Kinder haben keinen Stuhl. Nach Loebker sollen solche Fälle nicht operiert werden, wo schon eine Dilatation zur Heilung führt.

Dr. Berkholz verteidigt seine im Vortrage auf der vorigen Sitzung ausgesprochenen Ansichten. Dr. Klemm greife überhaupt das Bild der angeborenen Pylorusstenose an, doch wohl mehr nur theoretisch. Hirschsprung habe die ersten

Diagnosen auf dem Sektionstische gemacht, später sei von Finkelstein das klinische Bild fixiert worden. Ibrahim habe genaue Messungen des Magens bei der Pylorusstenose gemacht, habe ihn bei der P. St. 8,31 mm. dick gefunden, wogegen der normale Magen nur 5,00 mm. dick sei; ähnliche Unterschiede hat er auch bei den einzelnen Komponenten der Magenwand gefunden. Er habe weiter auch nur die angenommenen Ursachen der Erkrankung, also angeborene Missbildung, Aktivitätshypertrophie der Muskulatur, intravitam entstanden, Pylorospasmus mit extrauteriner Genese erwähnt, ohne für eine derselben spezielle Stellung nehmen zu können.

Nach Dr. Hampeln handelt es sich hier um die Feststellung eines sehr wichtigen Krankheitsbildes und nach seiner Erfahrung hat die Annahme einer angeborenen Pylorusstenose sehr viel für sich, da dadurch manche Fälle erklärt werden können. Die Praesumption spreche dafür, dass die angeborene Pyl.-St. vorkomme, habe doch auch z. B. Rokitanisky seiner Zeit die angeborenen Herzfehler vorausgesagt, welche erst später anatomisch verifiziert wurden. Der Ausgang in Genesung spreche auch nicht gegen eine angeborene P.-Stenose; vor mehreren Jahren habe er einen 10-jährigen Knaben gesehen, wo er zur Erklärung der Krankheitssymptome hieran denken müsse. Einen anderen Fall habe er mit mehreren Kollegen zusammen beobachtet; die Patientin war eine Erwachsene, mit vielen nervösen Symptomen behaftet; es bestand Erbrechen, und es wurde bald ein Ulkus, bald eine Neurose diagnostiziert schliesslich stellte sich eine hochgradige Magenektasie als Folge von Pylorusstenose heraus und wurde die Patientin von Prof. Mikulicz operiert (Pyloroplastik und ausserdem Gastroenterostomie); der Verlauf war zuerst gut, doch nach 3-4 Tagen erlag die Patientin der Operation. Bei der Sektion fand man einen auffallend verengten Pylorus, eine Stenose, keinen Tumor etc. Es könnte also, resümiert Hampeln, eine angeborene Pylorusstenose erst später zu einem schweren Krankheitsbilde führen.

Dr. F. Buchholz meint, dass Dr. O. Klemm nicht vereinzelt mit seiner Ansicht dastehe; das Gros der Autoren nehme nur einen Spasmus des Pylorus an, z. B. Heubner, Escherich, auch Pfandler (auf der Versammlung der Naturforscher zu Meran). Nach Ibrahim tritt die Heilung der Pylorusstenose durch Hypertrophie der Magenmuskulatur ein.

Dr. Buchholz zweifelt daran, dass letzteres in so kurzer Zeit eintreten könne, zumal die Kinder ja sofort die aufgenommene Nahrung erbrechen.

Dr. Berkholz erwidert, dass er ja auch die Anschauung eines Spasmus pylori angeführt habe, doch gäbe es einige Fälle, wo eine angeborene Stenose angenommen werden müsse. Woher komme jedoch dieser Spasmus? es müsse doch ein angeborener Defekt angenommen werden, könne doch auch die

Muttermilch in seinem Falle nicht beschuldigt werden, da Patient bei derselben Nahrung später wieder genesen. Zur Frage der Therapie übergehend, meint Redner, dass eine Dehnung des Pylorus jetzt aufgegeben sei; unter anderen Operateuren habe Mikulicz mehrere Fälle operiert, in denen ein mächtiger Tumor gefunden worden, welcher durch interne Mittel nicht überwunden werden konnte. Im Uebrigen habe er ja auch betont, dass die Operation nur bei Indikatio vitalis ihre Berechtigung habe.

Dr. Voss nimmt auf den 2., von Hampeln erwähnten Fall Bezug und erwähnt, dass ihm die Patientin als Hysterica bekannt gewesen sei. Der Krankheitszustand wechselte ja auch bei ihr sehr, von einer Stenose könne man hier nicht sprechen. Bei der Obduktion war ja der Befund nach Hampeln selbst auch negativ, d. h. es fanden sich keine Narben im Pylorus. Solche Bilder könne man daher nicht zur angeborenen Pylorusstenose rechnen.

Dr. Paul Klemm sind die Fälle von Loebker auch bekannt und müsse er auf demselben Standpunkt wie Dr. Bergmann stehen; es gäbe 2 Arten von Verengerungen des Pylorus: erstens mechanische Verkleinerungen des Pylorus (durch Kompression von aussen, durch Narben, durch Wucherungszustände der Muskulatur), diese Fälle könnten durch Operation günstig beeinflusst werden; alle anderen Zustände müssten jedoch als Stenosen funktioneller Natur betrachtet werden. Auch ihm sei der Hampelnsche Fall durch Dr. v. Engelhardt bekannt geworden, im Bericht von Mikulicz fehlt jedoch ein genauerer mikroskopischer Befund, daher sei der Fall noch zweifelhaft.

Dr. Hampeln erwidert, dass er nur darauf hatte hinweisen wollen, dass klinisch Stenosenerscheinungen vorhanden waren, wo anatomisch kein Grund für eine Stenose am Pylorus gefunden wurde, jedenfalls keine Narben oder Adhäsionen. Er meine jedoch, dass eine angeborene Stenose gelegentlich später zu Stenosenerscheinung führen könne.

Dr. Behr wendet gegen Dr. Hampeln gleichfalls ein, dass er die erwähnte Kranke in einer psychiatrischen Klinik kennen gelernt habe, der Beginn ihrer Erkrankung war zweifellos durch ein psychisches Trauma bedingt; die Kranke war psychisch sehr beeinflussbar; es hatte sie schon vor Mikulicz ein Heidelberger Chirurg einmal operieren wollen, nach psychischer Behandlung trat jedoch eine bedeutende Besserung des Zustandes ein.

Dr. Berkholz betont noch einmal zusammenfassend, dass es eine angeborene Pylorusstenose gebe, welche operiert werden müsse; für die anderen Fälle müsse man einen Pylorus-spasmus annehmen, doch könne man hierbei nicht an eine nervöse Erkrankung denken.

In seinem Schlussworte bemerkt Dr. Otto Klemm, dass er den Zustand einer Pylorusstenose nicht leugnen wolle, er

wolle nur nicht eine angeborene Stenose anerkennen. Unter Stenose könne man nur eine dauernde Passagebehinderung verstehen; ist die Stenose nicht dauernd, so sei es eben keine Stenose, sondern ein Spasmus, welcher vorübergehend sei.

Nachtrag zum Protokoll der Sitzung vom
2. November 1905.

Dr. Berkholz. Das Autoreferat des Herrn Dr. O. Klemm entspricht meiner Ansicht nach nicht dem auf der Sitzung verlesenen Korreferat, in demselben wandte sich Herr Dr. O. Klemm nur im allgemeinen gegen das klinische Bild der sogenannten Pylorusstenose und die pathologisch-anatomische Erklärung desselben. Ein direkter Angriff auf die Diagnosenstellung in den von mir vorgetragenen 2 Fällen wurde nicht erhoben, sonst hätte ich nicht ermangelt denselben zurückzuweisen.

(Autoreferat).

d. z. Sekretair Dr. med. Theodor Schwartz.

Sitzung am 16. November 1905.

p. I. Dr. Paul Klemm referiert einen von ihm operierten Fall von Hydronephrose, welcher ein Kind betraf und dann einen zur Operation gelangten Fall von Kleinhirntumor.

Dieser letztere Fall endete letal, da es nicht möglich war, den ganzen Tumor zu extirpieren.

In der Diskussion bemerkt Dr. v. Krüdener, dass die Gleichgewichtsstörung nicht notwendig auf eine Erkrankung des Kleinhirns bezogen werden müsse; sind die crura cerebelli ad pontem nämlich erkrankt, so komme es zu einer ganz ähnlichen Gleichgewichtsstörung. Er führt dann einen einschlägigen Fall an.

Dr. Ed. Schwartz betont mit Dr. Klemm die ungünstigen Chancen der Operation einer Kleinhirngeschwulst; Dr. Weil habe jüngst eine Zusammenstellung über operierte Kleinhirntumoren gegeben, im Ganzen über 40 Fälle; von diesen sei in 15 pCt. die Operation zu Ende geführt, doch seien nur 2 Heilungen zu verzeichnen. In Betreff der cerebellaren Ataxie stimmt er mit Dr. v. Krüdener im Allgemeinen überein, doch sei die Ataxie direkt durch die Kleinhirnerkrankung bedingt, mehr allgemeiner Natur, während die Ataxie bei Erkrankung der crura cerebelli ad pontem mehr einseitiger Natur sei.

Dr. Paul Klemm verbreitet sich darüber, wie schwer es sei, von der Ausdehnung eines Gehirntumors sich einen richtigen Begriff zu machen indem er einen von ihm operierten

Fall erwähnt, wo die Symptome auf eine lokalisierte Erkrankung der Zentral-Windung hinzuweisen schienen und bei der Operation sich doch ein viel grösserer Tumor fand, als angenommen wurde. Die Indikation zur Operation eines Gehirntumors müsse daher möglichst eng gefasst werden. Gelegentlich werde man auch eine Craniotomie machen müssen, um nachzusehen, wie weit die Erkrankung fortgeschritten, doch trotz dieser Verbesserung der Technik werde die Operationen nur selten ihren Zweck erreichen. Oft sei es schon unmöglich zu unterscheiden ob Lues oder ein Tuberkel oder ein anderer Tumor vorliege, auch sei zu bedenken, dass die Exzidierung einer Gummanarbe etwa unwesentlich sei, keine Besserung schaffen könne.

Dr. E. Schwartz bemerkt, dass für die Lokaldiagnose eines Tumors von grösster Wichtigkeit sei zu wissen, in welcher Reihenfolge die Symptome aufgetreten seien.

Zur Operation seien jene geeignet, welche am meisten Lokalsymptome machen, weniger Allgemeinsymptome; sind schon schwerere Allgemeinsymptome vorhanden, so sei wenig Hoffnung für eine Heilung durch Operation. Schwartz referiert sodann über einen Fall, welchen er mit Dr. Bergmann operierte, an Stelle des angenommenen Fibroms fand sich ein Angiom, die Lokaldiagnose war jedoch richtig; das Befinden der Kranken besserte sich trotz Drinbleibens des Tumors nach der Operation.

Dr. v. Mühlen meint, dass die Betonung des Dr. Schwartz der Reihenfolge der auftretenden Symptome doch nicht den praktischen Nutzen habe, denn die grössten Partien des Gehirns machten eben keine Ausfallserscheinungen.

In Bezug auf die Aeusserung von Dr. Klemm, möchte er bemerken, dass Prof. Doyen zuerst die Hemicramie gemacht habe; vor ihr warne jedoch Prof. Bergmann wegen der oft erfolgten Shokwirkung; es bleiben also nur die Fälle für Operation übrig, in denen man glaube eine genaue Lokaldiagnose machen zu können.

p. II. Dr. Ernst Johansson hält seinen angekündigten Vortrag: «Ueber Simulationsprüfungen nach Augen-Verletzungen und Aufnahme-Untersuchungen zur Fabrikarbeit».

Ausgehend von den Bestimmungen des neuen Unfall-Gesetzes, nach welchem ein Arbeiter, dessen Erwerbsfähigkeit eine Einbusse erlitten hat, durch die Zahlung einer jährlichen Rente, oder bei gegenseitigem Uebereinkommen durch die einmalige Zahlung der 10-fachen Rente entschädigt werden muss, referiert Vortragender über das Resultat von 100 Simulationsprüfungen nach Augen-Verletzungen, welche er im Auftrage der Rigaschen Gegenseitigen Unfall-Versicherungsgesellschaft ausgeführt hat. Es handelte sich dabei um 54 Simulanten. Die übrigen 46 Personen, welche entschädigt wurden, hatten zum Teil eine schwere Einbusse der Sehkraft er-

litten. Häufig wurde von Simulanten eine geringfügige Verletzung bei lange bestehenden Augen-Erkrankungen zum Versuch benutzt, eine Entschädigung zu erlangen. Ferner wurde ausgeführt, dass bei 37 Personen das rechte, bei 54 das linke und bei 9 beide Augen verletzt waren; die grössere Zahl der linksseitigen Augen-Verletzungen glaubt Vortragender mit der Körperstellung bei der Arbeit in Zusammenhang bringen zu dürfen.

Anschliessend hieran wurden die verschiedenen Methoden geschildert, welche zur Entdeckung der Simulation dienen und hierbei die von Wick vorgeschlagene Einteilung in 3 Gruppen befolgt. Von den Methoden wurden als wesentliche hervorgehoben.

1) Die Prüfung des Sehvermögens in verschiedenen Entfernungen.

2) die Spiegelprobe,

3) die Prüfung unter Benutzung von Gläsern.

4) Gesichtsfeldprüfungen unter verschiedenen Bedingungen,

5) Prüfung der Pupillenreaktion und der binokulären Fixation,

6) das Verfahren von Schenkl, Silex und Alfred Graefe,

7) die Verwendung farbiger Gläser und farbiger Sehproben,

8) die Verwendung von Prismen und des Stereoskop's.

Im Gegensatz hierzu wurden die Resultate von 641 Aufnahme-Untersuchungen mitgeteilt, welche im Laufe von $1\frac{1}{2}$ Jahren gemacht worden waren. Es handelte sich dabei um Arbeiter, welche in der Russisch-Baltischen Waggonfabrik eine Anstellung suchten. Von diesen wurden 381 für tauglich und 260 für untauglich befunden, indem als Bedingung der Tauglichkeit $\frac{1}{2}$ der normalen Sehschärfe für jedes Auge galt, auch wenn diese nur durch korrigierende Gläser erreicht werden konnte. Trachom war ein Grund zur Nicht Annahme. Bei den Untauglichen handelte es sich 24 mal um Myopie, 23 mal um Hypermetropie, 53 mal um Astigmatismus, 67 mal um Trachom, 53 mal um Hornhauttrübungen im Pupillargebiet 7 mal um Linsentrübungen, 14 mal Strabismus, 17 mal Netzhautleiden 2 mal Nystagmus.

Dr. Ed. Schwartz bemerkt, dass für den Neurologen besonders die Frage von Interesse, in wie weit die konzentrische Einengung des Gesichtsfeldes simuliert werden kann; wenn diese konz. Einengung das einzige so zu sagen «objektive Symptom» bei der traumatischen Neurose sei, so entstehe die Frage, ob dieses Symptom simuliert werden könne. Er bitte Dr. Johansson, seine Erfahrungen hierüber mitzuteilen.

Dr. Johansson erwidert, dass er im Allgemeinen diese Untersuchung wenig gemacht habe; man müsse das Gesichtsfeld dann in verschiedener Entfernung bestimmen; die Simulanten geben dann ein gleichmässig verengtes Gesichtsfeld

in den verschiedenen Entfernungen an. Die Frage ob ein konzentrisch eingeeignetes Gesichtsfeld simuliert werden könne, müsse er bejahen.

Dr. med. von Krüden er. Vor etwa 7 Jahren hielt Herr Dr. Dahlfeld an dieser Stelle seinen Vortrag über die in Rede stehenden Fragen, und besprach im Besondern die Erwerbs- und Arbeitsfähigkeit nach Augenverletzungen. Es hat sich manches seitdem verändert, aber nur scheinbar, so ist z. B. die Entschädigung der Arbeiter von den Fabriken auf die Versicherungsgesellschaften übergegangen, wobei aber die Fabriken die Versicherungsgelder der Arbeiter tragen müssen. Noch immer besteht die Anforderung, dass der Augenarzt die Schädigung genau in Prozenten angebe. Hiermit wird ihm eine Verantwortung für den Fall aufgebürdet, welche er zu leisten garnicht im Stande ist, denn er ist in solchen Fällen Arzt, technischer Sachverständiger und Richter in einer Person. Es hilft ihm aber nichts dagegen aufzubegehren und seiner Meinung Ausdruck zu geben, dass eine Prozentangabe an sich schon ein Unding ist. Es ist einfach Gang und Gäbe, dass die Frage gestellt wird, und der Arzt sie beantworten muss. Bei der Simulationsprüfung, die Dr. Johansson in dankenswerter Weise uns hier vorgetragen, ist stets in erster Linie das Auftreten des Arztes dem Simulanten gegenüber die Hauptsache. Wenn die Refraktion genau skioskopisch bestimmt ist, der event. nötige Zylinder in richtiger Axenstellung vor das Auge gelegt wird, gelingt es bei uns zu Lande noch den Simulanten zum Sprechen zu bringen, nötigenfalls werden dann andere Mittel, wie Aereoskope, Hasselberg'sche Sehproben etc. vorgelegt. Bei Simulation einseitiger Blindheit gelingt bisweilen folgendes Verfahren: Vor das sehende Auge wird, nachdem die Refraktion beider Augen korrigiert ist, ein Planglas gelegt, welches zuerst abgekühlt wurde (Aether, im Winter Stellen des Glases ins Fenster); durch die Körperwärme läuft das hart am Auge befindliche Glas an, und wird undurchsichtig. Der Simulant hat hiervon keine Ahnung und liest mit dem angeblich blinden Auge jetzt ruhig weiter. Die Lider müssen natürlich aufgehalten werden. Es macht den Eindruck, als wenn die Militairsimulanten zwecks ihrer Simulation geradezu eingeübt werden. In diesem Jahre habe ich eine ganze Reihe von Rekruten gesehen, welche ein ganzes Jahr vorher, trotzdem sie Emetropen waren, ein starkes Konkavglas 8—10 D. beständig trugen. So wussten sie, wie ungefähr die Welt durch derartige Brillen betrachtet aussieht, und gaben nur ein einigermassen passendes Sehvermögen zu, wenn die ihnen gewissermassen bekannten Gläser vorgesetzt wurden.

(Autoreferat).

Dr. Stavenhagen betont gleichfalls, dass die Gepflogenheit, die Schädigung der Erwerbsfähigkeit prozentualiter durch Aerzte bestimmen zu lassen, eine Unsitte sei. Er fragt

sodann, ob Jemand mit $\frac{1}{2}$ Sehschärfe auf beiden Augen zur Arbeit auf der Waggonfabrik zugelassen werde; ob man dabei auf die spezielle Arbeit Rücksicht nehme. Die Simulation der Einschränkung des Gesichtsfeldes könne seiner Meinung nach doch wohl gewöhnlich erkannt werden; Redner führt einen konkreten Fall an.

Dr. Zwingmann meint, dass ungebildete Menschen wohl nicht die Gesichtsfeldeinschränkung simulieren könnten. Die Methoden, die Simulation einäugiger Sehschärfe nachzuweisen sind nach seiner Meinung im Allgemeinen nicht viel wert, da der Betreffende es verstehe im richtigen Moment das andere Auge zuzukneifen; auch bei der Untersuchung mit dem Stereoskop kneife der zu Untersuchende, das eine Auge zu und ist dann sofort orientiert.

Dr. Stavenhagen bemerkt, dass einseitige Einschränkung des Gesichtsfeldes bei Glaukom etc. vorkommen könne. Vor der Aufnahme eines Arbeiters müsse die Sehschärfe festgestellt werden, sonst werde die Frage sehr schwierig, wenn der Kranke eine neue Schädigung erhalte.

Dr. Johnson erwähnt schliesslich, dass die Gutachten vom Fabrikinspektor gewöhnlich anerkannt worden sind, ebenso vom Gericht. Die Bedeutung derartiger Untersuchungen müsse er jedoch entgegen einzelnen Äusserungen von einigen Seiten aufrechterhalten.

d. Z. Sekretär: Dr. med. Theodor Schwartz.

Sitzung am 7. Dezember 1905.

Dr. Helmboldt stellt 1) einen Patienten vor, welchen er vor 3 Wochen operierte; es bestand seit 2 Tagen eine hernia incarcerata sin., dabei unstillbares Erbrechen; bei der Operation fand sich im Bruchsack eine an der Kuppe schwärzlich verfärbte Darmschlinge und es wurden ca. 30 cmt. Darm reseziert; das Erbrechen stand sofort, am 2. Tage wurden Gase ausgestossen, am 6. Tage erster Stuhl; heute nach 3 Wochen nur eine kleine granulierende Stelle.

2) Demonstriert er einen durch die sectio alta gewonnenen Blasenstein; aus der Anamnese ist erwähnenswert, dass der Patient die Gewohnheit hatte sich selbst zu katheterisieren, und bei dieser Manipulation brach einmal ein kleines Stück des Katheters ab; dieses Stück fand sich im Zentrum des Steines.

p. I. der Tagesordnung: Dr. Otto Klemm referiert über einen Fall von Vergiftung mit Aspirin bei einem Kinde (von 4 Jahren). Das Kind hat 4 mal Aspirin à 0.25 bekommen. Das Bemerkenswerte des Falles besteht in dem Auftreten von Halluzinationen, für welche sich jedoch eine andere Genese

als die Intoxikation durch Aspirin nicht annehmen lässt; Klemm meint, dass das Kind an gewöhnlicher Grippe erkrankt war, mit dem Ausscheiden des Aspirins aus dem Körper liessen auch die Halluzinationen nach und verschwanden, nachdem alles Aspirin ausgeschieden war.

Dr. Hampeln schliesst sich dieser Auffassung an, meint jedoch, dass die Halluzinationen auf der Vergiftung mit Salicyl beruhen. Bei der Behandlung des Typhus exanth. habe er im Krankenhaus auch die Halluzinationen bemerkt, welche mit dem Aussetzen des Salicyls schwanden. Einmal sah er die Symptome der Dementia senilis bei Salicylgebrauch bei einer Cystitis; auch hier stellte sich ex juvantibus heraus, dass die Symptome durch den Salicylgebrauch hervorgerufen waren. Vor 15 Jahren habe er über diesen Fall in dieser Gesellschaft referiert.

Dr. Klemm möchte erfahren, ob auch anderwärts bei Aspiringebrauch diese Halluzinationen bemerkt worden sind, bei Salicylgebrauch sei es ja bekannt.

Dr. v. Krüden erwidert darauf, dass er einen Patienten wegen Iritis mit Aspirin behandelt habe, welcher sagte, dass Aspirin ihn «aufrege», er habe dabei stark geschwitzt.

Dr. Hampeln bemerkt Dr. Klemm gegenüber, dass der Aspirin eben ein Salicylpräparat sei, es komme daher nur die Wirkung des Salicyls in Betracht. Im Uebrigen habe er kürzlich in der Literatur einen solchen Fall von Aspirinvergiftung verzeichnet gefunden.

Dr. M. Schönfeldt schliesst sich Dr. O. Klemm in Betreff der Auffassung des Falles an; der fieberhafte Zustand des Kindes könne nicht die Ursache der Halluzinationen gewesen sein; letztere seien bei fieberhaften Krankheiten nur von kurzer Dauer und treten entweder im Initialstadium oder bei der Entfieberung auf; bei der Influenza sei sonst schwere Benommenheit das Gewöhnliche; die Halluzinationen seien in diesem Fall daher wohl als Intoxikationsdelirien aufzufassen. Einzelne Menschen hätten eben gegen das Aspirin eine Idiosynkrasie; bei der Mehrzahl übe es freilich einen beruhigenden Einfluss aus. Es wäre interessant zu sehen, wie das Kind bei einer 2. Aspirinbehandlung in Zukunft einmal reagiere.

p. II. Dr. Gustav Kieseritzky hält seinen angekündigten Vortrag: «Beiträge zur Röntgenbehandlung der Leukämie». (Der Vortrag soll im Druck erscheinen).

Dr. Hampeln bemerk, dass sich aus diesen Mitteilungen eine auffallend günstige Beeinflussung der Symptome der Leukämie ergebe, welche bei anderen Mitteln nicht eintrete, daher sei die Hoffnung berechtigt, dass es in Zukunft gelinge, auch wirkliche Heilungen zu erzielen. Die auffallenden pathologischen Bildungen werden bei dieser Behandlung rückgängig und es könnte somit Lewit (Innsbruck) in seiner parasitären

Annahme der Aetiologie Recht haben. Sei jedoch die andere Auffassung des Wesens der Leukämie eine richtige, wonach die Leukämie mit einem Karzinom der lymphatischen Zellen verglichen wird, dann könne man an einen Erfolg kaum denken, da es sich dann eben um eine völlige Veränderung des Gewebes handeln würde, und könnte es sich dann nur um eine vorübergehende Besserung handeln. Bei der Annahme eines parasitären Ursprunges könnte man jedoch auf Genesung rechnen.

Die Leukämie habe viel Aehnlichkeit mit der Malaria; Lewit denke an eine Plasmodienerkrankung bei der Leukämie. Bei der Leukämie soll die Ausscheidung der Urate sehr zunehmen, daher sollte man annehmen, dass die Stoffwechselprodukte des Harnes auch sehr verändert sein müssten, Hampeln fragt, ob Kieseritzky nach dieser Seite seine Untersuchung auch ausgedehnt habe.

Dr. J. Eliasberg meint Dr. Hampeln gegenüber, dass der Erfolg nicht beweisend für die Aetiologie sei; auch bei reinen Sarkomen, so der Mykosis fungoides hätten wir Erfolge bei der Therapie, also bei reinen hyperplastischen Tumoren.

Dr. Paul Klemm weist auf die malignen Lymphome hin, welche Erkrankung der Leukämie nahe stehe und so zusagen in der Mitte zwischen Sarkom und Leukämie. Diese malignen Lymphome finden sich gewöhnlich bei jugendlichen Individuen; die Lymphdrüsen seien hyperplastisch; nach einer Extirpation seien regionäre Rezidive gewöhnlich. Die weissen Blutkörperchen seien nicht vermehrt, dies sei der Unterschied gegenüber der Leukämie; andererseits durchbrechen die Tumoren niemals die Kapsel, wieder im Gegensatz zu den Sarkomen, es treten auch keine Ulzerationen ein. Klemm meint, ob man nicht die Tumoren ebenfalls in den Kreis der Röntgenbehandlung ziehen solle.

Dr. W. Lieven weist darauf hin, dass auch bei der Pseudoleukämie keine Erfolge bei der Therapie erzielt würden. Die Grenzen zwischen dieser und der Leukämie seien ja auch noch nicht fest gezogen, auch von Lazarus und Ehrlich nicht. Durch die Röntgentherapie würde man in Zukunft vielleicht dazu kommen festzustellen, welcher Fall zur Leukämie und welcher zur Pseudoleukämie gehört.

Dr. Paul Klemm erwidert, dass er diese Fälle gemeint habe, diese pseudoleukämischen Fälle werden eben als maligne Lymphome bezeichnet; diese letzteren machen keine Metastasen auf dem Wege der Blutbahn, machen nur regionäre Metastasen; diese Fälle sind nicht schwer abzugrenzen.

Dr. Kieseritzky teilt auf die Frage Dr. Hampeln's mit, dass quantitative Harnsäurebestimmungen bei bestrahlten Leukämikern von vielen Autoren ausgeführt worden sind. Auch Vortragender hat in seinen beiden ersten Fällen quantitative Bestimmungen der ausgeschiedenen Harnsäuremenge

gemacht und analog den von anderen Seiten mitgeteilten Resultaten eine starke Steigerung der täglichen Harnsäureausfuhr feststellen können; so betrug z. B., beim ersten Patienten die in 24 Stunden ausgeschiedene Harnsäuremenge zeitweilig 2,5—3,0 gr. während sie unter normalen Verhältnissen 0,4—1,4 in der Regel 0,8 gr. beträgt. Auch diesbezügliche Untersuchungen der Phosphorsäureausscheidung haben eine Steigerung derselben ergeben.

Dr. Klemm erwidert der Vortragende, dass sich bei der Behandlung der Pseudoleukämie mit Röntgenstrahlen dieselben Resultate ergeben haben, wie bei der Leukämie, während sich bei dem Lymphosarkom und verwandten Krankheiten eine Besserung nicht erzielen liess.

d. z. Sekretär: Dr. Theodor Schwartz.

Sitzung am 4. Januar 1906.

P. 1. der Tagesordnung: Dr. v. Hampeln hält seinen angekündigten Vortrag: «Ueber Hauptformen der Haemoptoe». Vortragender skizziert die verschiedenen Haemoptoeformen und unterscheidet als ihre 2 Grundformen die Haemoptoe der Lungen und der Luftwege incl. Kehlkopf und Rachen. Nach dem Entstehungsgrunde empfehle es sich die Blutungen mit wesentlicher Beteiligung des Parenchyms als parenchymatöse von denen wesentlich auf Läsion der Gefässe beruhenden, den vaskulären Blutungen zu unterscheiden. Bei Lungenblutungen habe man es mit beiden, bei der Blutung der Luftwege fast ausschliesslich mit der zweiten zu tun. Hauptrepräsentant der Lungenblutung ist die tuberkulöse Haemoptoe, der Luftwegeblutung die auf Aortenperforation beruhende. Auf die Hauptfrage eingehend, ob die Beschaffenheit des Auswurfes selten eine Unterscheidung gestatte, verneint er sie im allgemeinen mit Ausnahme eines Falles, der ihm überhaupt zur Besprechung der Haemoptoe die Anregung gab.

Es sei ihm vor vielen Jahren schon aufgefallen, dass beim haemoptoischen Lungeninfarct schon einige Tage nach dem ersten Auftreten der Blutung die Blutkörperchen aus dem Auswurf trotz einer noch lange erhaltenen Blutfarbe schwinden; Diese Tatsache sei durch weitere Beobachtungen von ihm bestätigt worden. Darnach sei das Infarctspatum, wenigstens nach Ablauf der ersten Tage, dem eigentlich haemorrhagischen Stadium, nicht mehr blutig, sondern nur blutfarben. Etwas ähnliches finde sich in keiner anderen Haemoptoeform. Diese Eigenschaft des Infarctspatums liesse sich daher diagnostisch verwenden, auch differentiell diagnostisch, besonders dem Aortenaneurysma gegenüber, bei

dem gleichfalls lange währende mässige Blutungen infolge einer Perforation vorkommen können und andererseits Komplikationen mit einem Infarct vorkommen. Auf Grund der angegebenen Eigentümlichkeit des Infarctspatums konnte er bisher in einem Fall die Aortenperforation ausschliessen und den Infarct diagnostizieren, was beides durch die Sektion bestätigt wurde. In einem anderen gleichartigen Falle, in dem die Kontrolle der Diagnose noch aussteht, veranlasste ihn umgekehrt die stets erhaltene haemorrhagische d. h. erythrocytenhaltige Beschaffenheit des Auswurfes den Infarct auszuschliessen und mit Wahrscheinlichkeit die Perforation eines Aneurysma anzunehmen.

Doch sei diese Eigenschaft des Infarctspatums nicht überhaupt, sondern vorläufig nur als positiv pathognomisch anzusehen, d. h. sie gestattet den Ausschluss jeder anderen Haemoptoeform und den Schluss auf einen Infarct. Offen sei aber noch die Frage, ob anhaltend haemorrhagische Beschaffenheit eines Auswurfes umgekehrt den Infarct auszuschliessen gestattet. Darüber könnte eine weitere Untersuchung an einem grossen Infarctmaterial entscheiden. Ihm schein aber schon die festgestellte Eigentümlichkeit des Infarctspatums klinisch wichtig zu sein.

(Autoreferat.)

In der Diskussion bemerkt Dr. Krannhals, dass er eben einen Kranken in Behandlung habe, welcher die diagnostischen Schwierigkeiten, welche Hampeln berührt, besonders illustriert; es handelt sich um einen Mann, welcher plötzlich einen Schmerz in der linken Schultergegend verspürte, sofort haemorrhagisches Sputum entleerte, welches ihm zuerst als ein pneumonisches erschien; in der Gegend der schmerzhaften Stelle war undeutliches Atmen und etwas Rasseln zu hören: die Temperaturen betragen 37,—37,3°: am nächsten Tage zeigten sich die auskultatorischen Erscheinungen einer Insuffizienz am Herzen; Gelenkrheumatismus hatte nie bestanden, Lues lag nicht vor; es war hier die Frage, ob ein Lungeninfarct vorhanden sei, oder ob die Dämpfung am manubr. sterni eine Dilatation bedeute; das Sputum blieb einige Tage blutig, es war rein schleimig, einzelne Teile waren blutig gefärbt zwischen den glasigen; mikroskopisch fanden sich frische rote Blutkörperchen. Auch an Tuberkulose, Lungen-Neubildung, an perforierendes Aneurysma musste man denken; an eine Infarctbildung jedoch in erster Linie, doch wies das Sputum charakteristische Unterschiede von einem solchen auf. Eine Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen hat nicht stattgefunden.

Nach der Art des Sputums müsse man in diesem Fall am ehesten an ein Neoplasma denken.

Die sogenannten praemonitorischen Blutungen des Aneurysma habe er 2 mal zu beobachten Gelegenheit gehabt, in

einem dieser Fälle war das Sputum bedeutend haemorrhagischer als hier.

Dr. K i k u t h erwähnt in Betreff der Blutungen bei Tuberkulose, dass die Blutungen besonders ein Zeichen der initialen Tuberkulose seien; bei weiter fortgeschrittener Tuberkulose trete die Haemoptoe relativ selten auf; bei der initialen Tuberkulose wird das Tuberkelknötchen wahrscheinlich an der intima verbreitet, die Gefässe werden von innen aus erodiert und dadurch kommt es zur Blutung.

Dr. V o s s bemerkt, dass Hampeln die Blutungen aus Nase und Pharynx nur gestreift habe. Tritt solch eine Blutung nur spärlich auf, so blieben diese Fälle oft zweifelhaft, auch aus der Anamnese könne man meistens keine sicheren Schlüsse ziehen, dagegen habe er einmal an der hinteren Seite des Larynx einen Blutstreifen gesehen als Beweis, dass die Blutung nicht aus der Nase oder aus dem Pharynx gekommen. Gelegentlich bringe jedoch die Lokalinspektion der Nase oder des Pharynx die Aufklärung, so in einem Fall, wo er an der Schleimhaut des harten Gaumens eine blutende Stelle gesehen, in der Art eines Muttermales; sobald die Patientin eine Saugbewegung machte, trat die Blutung wieder ein.

Sodann weist V o s s darauf hin, dass die recht häufigen Zahnfleischblutungen daran zu erkennen seien, dass die Blutung sofort eintritt, wenn Patient eine Saugbewegung macht; speit er das Blut aus, so ist am Zahnfleisch nichts zu sehen.

Dr. S c h a b e r t möchte zu den von H a m p e l n berührten Krankheiten auch noch die Lungengangraen hinzufügen, deren eine Form nur mit Haemoptoe einhergehe und auch mit einer terminalen Blutung zu Grunde gehen könne.

Dr. H a m p e l n ist derselben Meinung wie Dr. K i k u t h in Bezug auf die initialen Blutungen der Tuberkulose; in den späteren Stadien spielen die kleinen Gefässaneurysmen eine grosse Rolle; die Blutungen bei der initialen Form sind parenchymatöse Blutungen.

Was das Sputum betrifft, so werden wir bei der haemorrhagischen Form des Sputums immer im Zweifel bleiben; auf Grund des Sputums können wir keine Entscheidung treffen, es entscheidet der Verlauf und die übrigen Unterscheidungsmerkmale. Beim Infarct finden sich jedoch vom 5.—6. Tage ab keine Erythrozyten, dies ist das wesentliche, dies gestattet eine positive Diagnose des Infarctes, wenn das Sputum auch makroskopisch ganz wie ein haemorrhagisches Sputum aussieht. Bei jedem anderen haemorrhag. Sputum finden sich die roten Blutkörperchen, auch bei der Pneumonie. Zur Untersuchung kann man auch in Wasser abgesetztes Sputum gebrauchen, trotzdem findet man beim entsprechenden Sputum die roten Blutkörperchen. H a m p e l n empfiehlt zum Schluss gerade nach dieser Richtung Nachuntersuchungen. Dr. K r a n n h a l s kann nach 2 systematisch durchgeführten

Untersuchungen des Infarctsputum, die er nach Hampelns Privatgespräch durchgeführt hat, die Ansicht Hampelns bestätigen: die roten Blutkörperchen verschwanden allmählich gänzlich, jedoch sah das Sputum makroskopisch noch haemorrhagisch aus.

d. z. Sekretär: Dr. med. Theodor Schwartz.

Sitzung am 18. Januar 1906.

Vor der Tagesordnung demonstriert Dr. M. Hirschberg eine von ihm selbst hergestellte Moulage welche ein Peniscarcinom darstellt.

p. I. der Tagesordnung: Herr Dr. Pinker legt das Präparat einer durchschossenen Arter. axillaris vor und giebt die Krankengeschichte des betreffenden Falles:

Das Präparat ist bei Behandlung mit Formalinlösung stark geschrumpft, die Form des Loches ist aber wohl kaum verändert worden, und die Schwere der Verletzung springt ohne weiteres in die Augen.

Die Kugel ist von hinten in den Oberarm in der Höhe der Achsel eingedrungen, hat die Arterie quer und zwar tangential getroffen, sozusagen ein Stück der Gefäßwand herausgeschält, wie das bei Mantelgeschossen mit grosser Flugeschwindigkeit und enormer Durchschlagskraft der Fall ist. Es liegt vermutlich eine Verletzung mit einer Browningkugel vor.

An der dem Loche entgegengesetzten Seite geht ein kleiner Ast ab, der intakt ist. — Mit dem Präparat verbacken zieht eine Vene.

Ferner sehen Sie in der Glasburke ein über wallnussgrosses Blutcoagulum. Das ist das circumscribte Haematom, das sich aus dem ursprünglichen diffusen herauskrystallisiert hat und an der Stelle der Verletzung als pulsierender Tumorsass, umgeben von einer feinen, zerreisslichen Bindegewebskapsel, die bei der Operation nicht erhalten werden konnte. — Das Interessante daran ist das, dass dieses Haematom augenscheinlich das periphere und das zentrale Lumen d. Arterie komprimierend verschloss und so den Blutstrom unterband, ihm den Weg nach aussen resp. zur Peripherie verlegend. — Damit ist wohl auch der Umstand erklärt, dass an der Stelle der Verletzung das Wahl'sche Geräusch und am Unterarm der Puls der Radialis fehlten.

Schliesslich führt dieses derbe Haematom auf den Gedanken, ob es sich in solchen Fällen nicht um einen Ansatz zur spontanen Heilung handelt. Man könnte sich wenigstens denken, dass das Blutcoagulum die Oeffnung so lange verschliesst, bis sich von den Gefässwunden ausgehend Gra-

nulationsgewebe und später eine Narbe bilden, und so die Blutwellen in ihr altes Bett schäumen. Ueber die spontane Heilung grosser verletzter Gefässe, resp. der traumatischen Aneurysmen drücken sich die Lehrbücher sehr reserviert aus. Andererseits sind doch aber solche mit Sicherheit konstatiert. — So ist noch in einer kürzlich erschienenen Abhandlung von Herrn Dr. Bornhaupt ein einschlägiger Fall erwähnt, wo Blutextravasat, Pulsation und Schwirren spontan zurückgegangen sind und Pat. ohne jegliche Beschwerden nach Russland evakuiert (vom Kriegsschauplatz) werden konnte.

Dr. Bergmann kann nicht verstehen, wie die Kompression durch das Koagulum zu Wege gebracht worden sei; Tatsache ist jedoch, dass Patient keinen Puls an der Radialis hatte und dass das Schwirren sowohl palpatorisch als auskultatorisch im Sack vermisst wurde; doch bekam man immerhin eine lebhafte arterielle Blutung bei Unterbindung des Sackes. Eine andere Frage sei die, ob die Ansicht Dr. Bornhaupt's gerechtfertigt, dass nämlich Aneurysmen nicht zu schnell operiert werden sollen, wenigstens nicht auf dem Verbandplatz, weil dann leicht Gangrän entstehe, welche vermieden werden könne, wenn man später operiert, weil dann schon die Kollateralen sich ausgebildet hätten. Das könnte wohl in bezug auf die Arter. formalis der Fall sein, bei der Axillaris dagegen braucht man diese Befürchtung nicht zu haben. Dieser Patient des Dr. Pinker wollte sich jedoch zuerst nicht operieren lassen und entschloss sich erst später der Schmerzen wegen dazu.

Dr. Bornhaupt erwidert in betreff der Heilung der Aneurysmen, dass der Schusskanal, welcher durch das Mantelgeschoss gemacht werde, so schmal sei, dass es nicht zu einer grösseren Blutung kommen könne. Er besitzt z. B. ein Präparat, wo die Kugel 2 Löcher in die Art. axillaris gemacht hat, und doch ist das Blut nach beiden Seiten hin nur zu erbsengrossen Säcken ausgetreten; an der Art. femoralis habe er eine ähnliche Erfahrung gemacht. Eine vollständige Verheilung hat er noch nicht nachgewiesen, doch brauchen die Schussverletzungen nicht immer einen grossen Sack zu bilden, es kann sich eine Verklebung bilden, wodurch eine sofortige Operation nicht nötig ist.

p. II. der Tagesordnung: Dr. v. Bergmann demonstriert a) eine Totalnekrose der Clavicel durch Osteomyelitis, er hatte hier die ganze Clavicel entfernen müssen, b) das Präparat einer thrombosierten Vena iliaca dextra.

Die Krankengeschichte des Falles ist sehr interessant und bot dieselbe mancherlei diagnostische Schwierigkeiten.

P. 40 Jahre alt. Am 8. Jan. in die innere Abteilung aufgenommen mit der Angabe, seit 9 Tagen Kopfschmerzen und Gliederschmerzen (bes. im r. Oberschenkel und der Glutaeal-

gend) zu haben, Kälte und Hitzgefühl, Appetitlosigkeit, allgem. Mattigkeit; Stuhl angehalten, fast kontinuierliche Transpiration.

Mittelgross, normal gewachsen, Haut rein, kein Ikterus, kein Exanthem, kein Oedem. Der Typhusverdacht bestätigt sich nicht, die Diazo-Reaktion war negativ, es bestand keine Milzvergrösserung. Die auffallende Druckempfindlichkeit der Cökalgegend wurde durch eine harte Drüse erklärt, die oberhalb des Lig. Poup. sich palpieren liess.

Patient verblieb bis zum 2. Januar in der inneren Abteilung die Blutuntersuchung ergab während dieser Zeit ein negatives Resultat, Pat. hatte täglich ein oder mehrere Schüttelfröste und fing immer mehr an über heftige Schmerzen zu klagen.

Am 11. Jan. Ueberführung in die chirurg. Abteilung; da erfuhr man, was Patient nachträglich auch in der inneren Abteilung angegeben hatte, dass er vor mehreren Tagen bis 1½ Wochen vor der Erkrankung mit dem Fuss auf einen Nagel getreten sei; Patient legt selbst kein Gewicht auf diese Verletzung, die ihn garnicht belästigt hat; man findet einen Blutschorf ohne Infiltration und Druckempfindlichkeit der Umgebung. Die Schmerzen sind mittlerweile intensiv geworden «rasend», der Leib ist bretthart gespannt, das Kreuz und die Glutaealgegend sind der hauptsächlichste Sitz der Schmerzen, weniger d. Oberschenkel, der etwas bläulicher erscheint als der linke, kaum Oedem. Operation: Schnitt über dem lig. Poup., über dem deutlich palpabel eine harte Drüse von etwa gegen Wallnussgrösse gegen das os pubis hin gelegen ist. Im Scarpaschen Dreieck mehrfache kleine harte Drüsen. Freigelegt erweist sich die Drüse als gut haselnussgross, sie liegt innig der Gefässscheide an, beim Ablösen derselben erweist sich die Venenwand usuriert, — schmale, schlitzförmige Oeffnung, durch welche man auf einen Thrombus kommt, der hier schwärzliches Aussehen zeigt, zerfallen ist. Verlängerung des Schnittes nach aussen und oben. Unterbindung d. vena iliaca ext. hoch oben und Resektion der iliaca nebst femoralis bis unterhalb der vena saphena, letztere ist nicht thrombosiert.

Nach der Operation Aufhören der Schmerzen, in der Nacht jedoch exitus.

Sektion: In beiden Lungen metastatisch embolische Herde mit Uebergang in Gangrän, bakteriologisch sind in diesen Herden wie im Thrombus der iliaca Streptokokken nachzuweisen. (Autoreferat).

p. III. d. Tagesordnung: Dr. A. Behr hält seinen angekündigten Vortrag: «Ueber die Schädellehre mit Demonstrationen». (Der Vortrag soll in der Petersburg. medicin. Wochenschrift veröffentlicht werden).

d. z. Sekretär: Dr. med. Teodor Schwartz.

Sitzung am 1. Februar 1906.

Vor der Tagesordnung demonstriert a) Dr. v. Sengbusch ein Kind, welches wegen starker Funktionsstörung der Hand infolge von Narben nach Brandwunden ihm zur mechanischen Behandlung überwiesen war. Die linke Hand war stark entstellt, funktionsunfähig; zuerst musste von Dr. Klemm eine Operation ausgeführt werden. Nach der Operation standen alle Finger in Krallenstellung, sie waren dorsal flektiert. Nach 3-monatlicher Behandlung war jedoch eine Faustbildung der Hand möglich, die einzelnen Finger gut beweglich. Angewandt wurde Massage und Behandlung mit Einzelapparaten.

Dr. P. Klemm bemerkt dazu, dass in diesem Fall es sich darum handelte einen grossen Hautlappen für das dorsum manus zu beschaffen und nahm er denselben von der Thoraxwand; die ganze Haut des Handrückens stammt also von der Thoraxwand.

b) demonstriert Dr. Kranhals einen Fall von Fibrinurie. Der Kranke hatte sich wohl in den Tropen aufgehalten, dort aber nicht die *Filaria sanguinis* acquirit; gewöhnlich tritt die Fibrinurie zusammen mit der Chylurie auf, hier war es jedoch nicht der Fall; Patient war 2 Jahre mit einer gewöhnlichen Nephritis krank, hatte auch uraemische Zustände durchgemacht. Im November vorigen Jahres trat die erste Attaque der Fibrinurie auf; zuerst empfand Patient Brennen beim Urinieren, dann traten Fibrocoagula auf: einzelne Stränge mussten direkt aus der Harnröhre gezogen werden. Der frisch gelassene Harn coagulierte schon nach einigen Minuten fast vollständig, nur ein minimaler Rest blieb flüssig. Diese Coagula veränderten sich bald, schrumpften zusammen.

Nach 2 Monaten hat Patient jetzt wieder eine Attaque von Fibrinurie, welche auch wieder 10 Tage dauerte.

p. I. der Tagesordnung: Dr. v. Mühlent referiert über 2 von ihm auf dem Kriegsschauplatz operierte interessante Fälle: a) Ein Fall von zirkumskripten basilarer Meningitis. (Aus der Abteilung des Roten Kreuzes von Gross-Nowgorod in Charbin). L. T. 35 a. n. erkrankte vor 3 Wochen an einer akuten Otitis med. des früher immer gesunden rechten Ohres. Schwindel, Schüttelfröste haben nicht bestanden, über die z. Z. vorhandene rechtsseitige Facialisparalyse weiss Patient nichts anzugeben, er hat ihr Auftreten nicht bemerkt.

Status praesens am 9. August ergibt: Patient geht aufrecht ohne Schwanken und gibt auf alle Fragen klare Antworten. Abgesehen von einer vollkommenen Paralyse aller Zweige des rechten Facialis lässt sich von seiten der übrigen Gehirnnerven nichts Pathologisches nachweisen, auch kein Nystagmus, keine Nackensteifigkeit, keine besondere Druckempfind-

lichkeit auf dem Proc. mastoideus oder den anliegenden Schädelbezirken. Reflexe normal, Gehör stark herabgesetzt, Temp. 38,5, am Abend 39. Der Gehörgang fast vollkommen verengt, mit foetidem Eiter angefüllt. Da mehr oder weniger stark ausgebildete Facialislähmungen bei Ohrenentzündungen gelegentlich beobachtet werden, so weist dieses Symptom nicht direkt auf tiefergehende kariöse Prozesse hin, immerhin muss an die Möglichkeit solcher gedacht und bei der Operation besonders darauf geachtet werden. Für eine intrakranielle Komplikation waren z. Zt. keine Anhaltspunkte gegeben, das Fieber konnte in der durch excessive Verengung des Gehörganges bedingten Sekretstauung seine Erklärung finden.

Die am anderen Vormittage vorgenommene radikale Operation ergab ausser einem absolut sklerosierten Warzenfortsatz die anatomische Varietät eines soweit nach vorn gelagerten Sinus, dass eine genügende Freilegung der in Frage kommenden Hohlräume äusserst schwierig war. Das Mittelohr war mit Granulationen angefüllt, die Gehörknöchel wurden nicht gefunden, ein Antrum u. Aditus ad. antrum liessen sich kaum nachweisen. Der Sinus war intakt, ebenso die Dura der mittleren Schädelgrube. Bei der ungemein schwierigen und mangelhaften Uebersicht des Promontorium und des Bogenganges infolge der sehr engen Wundverhältnisse liessen sich kariöse Prozesse nicht nachweisen. Uebliche Spaltung und Lappenbildung aus der äusseren Gehörgangswand und primäre Naht der retroaurikulären Schnittwunde.

Die ersten 2 Tage nach der Operation fühlt Patient sich wohl, in der Nacht zum 3. treten Kopfschmerzen auf, die gegen Morgen wieder vergehen. Der mit äusserst foetidem Sekret durchtränkte Verband wird gewechselt. Starker Schwindel beim vorsichtigen Austupfen und Reinigen der Wunde, der jedoch bald nachlässt. Am 5. Tage vorübergehende Nackensteifigkeit. Die nächsten 2 Tage liegt nichts besonderes vor, die Temperatur zeigt dagegen einen unregelmässigen, sprunghaften Charakter zwischen 38—39,5°; der Puls ist dabei voll und kräftig. Das Aussehen der Wunde in der Tiefe ist aber ein schlechtes, und die foetide Sekretion dauert unvermindert fort. Der Verdacht auf fortbestehende kariöse Prozesse wird immer wahrscheinlicher, zugleich haben sich manche Anzeichen einer beginnenden intrakraniellen Komplikation dokumentiert. Eine Lumbalpunktion ergibt klare Flüssigkeit mit einzelnen Leukozyten, Bakterien nicht vorhanden (Dr. Schütze vom Reichsdeutschen Lazaret). Nuncmehr wird der ganze häutige Gehörgang losgelöst und vorgeklappt. Es lässt sich jetzt eine kariöse Zerstörung der Promontorialwand in der Gegend der Fenster nachweisen; die Knochenbrücke zwischen beiden Fenstern ist zerstört. Der Bogengang scheint, soweit übersichtlich, intakt.

Das Fieber fällt vorübergehend auf 37° ab, um sich dann wieder auf 39° zu erheben, dabei keine Nackensteifigkeit,

keine Lähmungen, keine motorischen Reizerscheinungen; die Wunde sieht bei dem folgenden Verbandwechsel rein aus, doch wird Patient mehr und mehr apatisch, spricht undeutlich und scheint auch etwas schwer zu schlucken. Eine erneuerte Lumbalpunktion ergab quoad Bakterien und Eiterkörperchen ein negatives Resultat (Dr. Schütze), auffallend war die ungemein geringe Menge von Cerebrospinalflüssigkeit, die erlangt werden konnte.

Eine Differenzialdiagnose zwischen Meningitis und Abszess war nicht zu stellen; in Anbetracht der absolut infausten Prognose entschloss ich mich zu den äussersten Eingriffen. Mit Umgehung des Sinus wurde der Knochen bis fast zum Porus acusticus internus abgetragen, und die Dura wird gespalten. Tiefes Eingehen in die Hemisphäre des Kleinhirnes sowie auch des Mittelhirnes liessen einen Abszess nicht finden, ebenso war eine Untersuchung der Umgebung des Porus acusticus internus auf meningitische Eiteransammlung absolut resultatlos. Am nächsten Tage bestand komplette Lähmung beider linken Extremitäten. Augenhintergrund normal, dagegen lässt sich eine leichte Okulomotoriuslähmung nachweisen, so dass trotz vorhandener Fazialislähmung eine leichte Ptosis vorhanden ist. Keine Abduzenslähmung.

Nunmehr konnte mit Sicherheit der intrakranielle Krankheitsherd in der Gegend des Pons Varoli gesucht werden. Ich entfernte daher die letzte Knochenbrücke, die mich vom Meatus auditorius internus trennte und ging mit einer stumpfwinklig abgebogenen derben Sonde direkt auf den Pons ein, und hatte die Genugthuung, dass, als ich dieselbe zurückzog, grüner dicker Eiter, wenn auch nur tropfenweise, ihr folgte.

Die Operation wurde an dem vollkommen komatösen Patienten ohne Chloroform vorgenommen. Bald, nachdem der Eiter abgeflossen war, kehrt das Bewusstsein vorübergehend wieder, um jedoch allmählich wieder zu schwinden. Der Patient starb im tiefsten Koma.

Die Sektion, welche Dr. Colmers vom Deutschen Vereinslazarett des Roten Kreuzes auszuführen die Freundlichkeit hatte, ergab, ausser beginnender diffuser Meningitis eine auf die rechte Seite der Pons Varoli lokalisierte infiltrierende Meningitis der weichen Häute. Dieselbe erweist sich als scharf umgrenzt, und lässt sich wie eine an den Rändern fest-sitzende Blase vom darunter liegenden Gehirn abheben, während die darunterliegende Hirnoberfläche dellenförmig eingedrückt ist. Sie fasst in sich die ganze rechte Seite des Pons Varoli, vom Nervus acustico-facialis ausgehend, umscheidet sie dicht den N. Trigemini, berührt leicht den Oculomotorius und Abducens, während Glossopharyngeus und Vagus ausserhalb der Infiltrationszone liegen. Des weiteren konnte nachgewiesen werden, dass die Sonde diesen Abszess erreicht und eröffnet hatte, und dass somit der bei der Operation abgeflossene dicke Eiter aus ihm stammte.

Es sind in letzter Zeit einzelne Fälle von operativ geheilter Meningitis publiziert worden, doch hat es sich in diesen Fällen immer um eine Konvexitätsmeningitis gehandelt. Einen Fall operativ geheilter basaler Meningitis habe ich in der Literaturgeschichte nicht finden können. Immerhin muss auf Grund des vorliegenden Obduktionsbefundes die Möglichkeit einer erfolgreichen operativen Therapie zugegeben werden, wenn die basale Meningitis eine cirkumskripte ist, und man nach Möglichkeit früh zu operieren in der Lage ist. Da die Elemente des inneren Ohres nicht mehr geschont zu werden brauchen, so kann man ruhig alle Knochen bis zum meatus auditorius internus entfernen, und sich von dort aus einen Zugang zum Gehirnabszess schaffen. Die Möglichkeit, durch Drainage dem Eiter nach aussen genügend Abfluss zu schaffen, muss, wie gesagt, zugegeben werden, wenn auch natürlich nur in einer ganz beschränkten Anzahl von Fällen. Der Versuch kann jedoch immer gewagt werden, da die Prognose doch absolut infaust ist.

(Autoreferat).

Dr. Voss erinnert an den Vortrag des Dr. E. Schwarz im vorigen Jahr, welcher Untersuchungen über die Cerebrospinalflüssigkeit bei Schädeltraumen gemacht hat. Die Meningitis wurde durch Trübung der Spinalflüssigkeit festgestellt. Hier ist nun durch die Sektion eine ausgebreitete Meningitis festgestellt und die Spinalflüssigkeit ist doch klar gewesen. Das beweist die Unzulässigkeit der Lumbalpunktion zur Stütze der Diagnose Meningitis. Auch scheine ihm nach dem referierten Symptomenbild die Möglichkeit einer genauen Lokal-diagnose in diesem Fall nicht vorgelegen zu haben, weil die Fazialislähmung schon allein durch die Felsenbeinerkrankung erklärt werden kann.

Dr. Mühlen gesteht zu, dass die Lumbalpunktion nicht massgebend sei, die von ihm gestellte klinische Diagnose sei jedoch in seinem Fall durchaus gerechtfertigt gewesen und referiert er noch einmal die Hauptmomente für die Diagnosenstellung. — Er erwähnt dann, dass Prof. Quincke bei Meningitis eine Drainage empfohlen habe; es sollen hierbei die obersten Halswirbel hinten reseziert werden und dann die Dura gespalten werden. Prof. Friedrich habe dann 2 Fälle so operiert und drainiert, beide seien jedoch gestorben.

Dr. Paul Klemm meint, es werde sich bei derartigen Operationen immer darum handeln, ob eine cirkumskripte Eiterung besteht oder nicht; auch die Kümmel'schen Fälle seien so zu deuten, dass es sich um abgekapselte Herde gehandelt. Wird der Prozess jedoch diffus, so wird weder eine Operation, noch eine Drainage etwas helfen. Bei Erkrankungen des Peritoneaeums gestalteten sich die Verhältnisse ja ähnlich: Heilungen kämen nur dort vor, wo es sich um Abszesse gehandelt, wenn sie auch noch so gross seien; sei die Erkrankung jedoch diffus, so sei eine Operation un-

möglich. Die operative Behandlung eitriger Prozesse im Gehirn werde sich immer auf subdurale Abszesse beschränken und auf Eiterungen, welche von den Hüllen ausgegangen und begrenzt sind.

Nach Dr. Voss ist die Frage auch immer unentschieden, ob man operativ vorgehen soll, wenn Meningitisercheinungen vorhanden sind; denn es könne sich ja auch um meningitische Erscheinungen handeln, welche wieder zurückgehen können; viel einfacher liege die Sache bei chirurgischen Verletzungen; bei geschlossener Dura jedoch, wo kein Trauma vorliegt, sei der Entschluss, chirurgisch vorzugehen ein schwerer, weil man gerade Krankheitserreger hineinbringen könne.

Dr. P. Klemm betont, dass das wichtigste natürlich eine genaue Diagnose bliebe. Nach Prof. Bergmann solle man sich erst dann zur Operation entschliessen, wenn die Diagnose ganz sicher: doch gebe er zu, dass dies oft precär sei, denn bei einer richtigen Meningitis kämen wir zu spät; dann gebe es aber auch, wie schon Dr. Voss erwähnt, die Pseudomeningitis, welche ausheilen könne, lasse man sich nun von der Intention leiten, möglichst früh zu operieren, so sei dies sehr gefährlich.

Dr. v. Mühlen kann die Ansicht v. Bergmanns in diesem Fall nicht für massgebend halten, denn neuerdings lägen Beobachtungen (Witzel) vor, dass durch Tamponade die Meningitis lokalisiert werden könnte; in anderen Fällen wurde die Meningitis schon durch die Lumbalpunktion nachgewiesen, und auch solche Fälle sind operativ geheilt worden. Daher sei auch bei ausgesprochener Meningitis immer noch eine Operation zu empfehlen, denn sonst geht der Kranke doch zu Grunde.

Dr. Voss referiert über einen Fall, einen Ohrenkranken, welcher Kopfschmerzen, Temperaturen bis 39° und Parese des rechten Beines hatte; er punktierte das Kleinhirn und den Schläfenlappen, doch erfolglos; nachdem die Operationswunde schon verheilt war, bekam das Kind nach einem Spaziergange wieder Kopfschmerzen und Temperatursteigerungen bis 39°. Durch ein Abführmittel schwanden jedoch alle Symptome.

Die Hauptschwierigkeit liegt in der Entscheidung der Frage, ist die Meningitis schon allgemein, oder noch lokalisiert, und hier das richtige zu treffen, sei Glückssache. In Bezug auf die Bemerkung Dr. Klemms, dass vor der Operation eine topische Diagnose gestellt sein müsse, führt Voss an, dass die Hirnabszesse nach Ohrenerkrankungen schon operiert werden müssen auf die Allgemeinerscheinungen hin.

Dr. P. Klemm gesteht zu, dass er bei seinen vorherigen Bemerkungen die Fälle ausnehmen müsse, wo anamnestisch Ohrenerkrankungen nachgewiesen werden können.

Dr. v. Krüdenauer meint, dass die anatomischen Verhältnisse an der Basis lokalisierte Erkrankungen leicht erklär-

lich machten; cirkumscribte Abszesse, speziell bei Augenmuskellähmungen kämen gewiss häufiger vor, als sie bis jetzt diagnostiziert worden wären.

Dr. v. Mühl en bemerkt noch einmal, dass für die Lokalisation an der betreffenden Stelle ja so viele Symptome sprechen, dass man noch mehr eigentlich gar nicht erwarten konnte. Die Meningitis könne sich eben lokalisieren; durch Tamponade könne man eine Lokalisation begünstigen, derartige Fälle seien beschrieben worden.

Dr. v. Mühl en referiert b) über einen Fall von Sequestrierung mehrerer Knochen der pars ethmoidalis, welche zu einem grossen Hirnabszesse geführt hatte; der Patient wurde durch Operation geheilt. (Aus dem Roten Kreuz von Gross-Nowgorod in Charbin). Herr X., 40 a. n. erscheint mit einem mächtigen Exophthalmus links und einer stark eiternden Fistel im linken inneren Augenwinkel in der Sprechstunde. Er giebt an vor 2 Jahren mit einer Eiterung in der linken Nasenseite erkrankt zu sein, ein ätiologisches Moment weiss er nicht anzugeben. Im Laufe der Zeit sind unzählige Male Polypen aus der Nase extrahiert worden, jedoch immer ohne Erfolg. Seit 2 Monaten soll die Fistel bestehen, zugleich der sich immer vergrössernde Exophthalmus.

Die Untersuchung der Nase ergab, dass dieselbe mit Granulationen angefüllt war. Die Sonde stiess auf einen knöchernen Widerstand, der, eine vertikale Wand bildend, die Sonde nirgends vorübergleiten liess. Die Rhinoscopia posterior zeigte ebenfalls Granulationen in der linken Choane ausserdem aber eine buckelige Verwölbung der Schleimhaut der hinteren linken Partie des Nasenrachenraumes. — Ueber der Stirnhöhle konnte keine Vorwölbung und Druckempfindlichkeit nachgewiesen werden. Wie die Sache lag, konnte sich es nur um eine Sequestrierung grösserer Partien des knöchernen Gerüsts der Nase handeln, verbunden mit einer Vereiterung des orbitalen Fettgewebes. Wie weit die Nebenhöhlen dabei beteiligt waren, musste unentschieden bleiben, ebenso konnte eine Ursache des Leidens nicht ermittelt werden. Lues lag nicht vor. Die Diagnose lautete daher auf Sequestrierung der ganzen pars ethmoidalis nasi.

Operation am 9. September 1905. Schnitt auf der Mitte des Augenbrauenbogens beginnend bis zur Mitte der Nase. Resektion des Stirnfortsatzes des Oberkiefers, der bereits spontan sich in der frontalen Natlinie gelöst und in die Orbita hinein verschoben hatte. Nun lässt sich ein gewaltiger Sequester von der Grösse einer Kartoffel extrahieren. Derselbe fasst in sich das ganze mit Granulationen fest austamponierte Siebbein, zugleich blieb daran das Dach der Highmorshöhle haften. Beim Ausschaben der mit Granulationen angefüllten Highmorshöhle wird ein in die Granulationen eingebetteter kariöser Molarzahn mit entfernt. Sodann wird die mit Granulationen angefüllte Stirnhöhle eröffnet, und der

Rest der sequestrierten vorderen oberen Siebbeinzellen entfernt.

Es lag somit der ganze Krankheitsherd frei, eine ungeheure Höhle bildend. Nach hinten reichte sie bis zum Foramen opticum, nach unten bis in den Alveolarfortsatz, nach oben schloss sich die ganze Stirnhöhle an. Um dem Sekret genügend Abfluss zu schaffen wurde nach Resektion der nasalen Knochenwand ein breiter Zugang in den unteren Nasengang geschaffen.

Die ganze Höhle wurde tamponiert, die Schnittwunde vernäht, und nur aus dem inneren Augenwinkel ein Gazedrain hinausgeleitet.

Der Kranke hat die Operation gut überstanden. Der Wundverlauf ging nach Wunsch von statten.

Als ich mich später nach dem Schicksal des in der Highmorshöhle gefundenen Zahnes erkundigte, ergab es sich, dass der sehr intelligente Kranke sich genau an alles erinnern konnte. Vor 2 Jahren hatte er sich einen linken hinteren Backenzahn ziehen lassen, der Zahn jedoch war dem Zuge nicht gefolgt, sondern nach oben irgendwo hin verschwunden. Gleich darauf hatte sich die linksseitige Naseneiterung mit allen ihren Komplikationen eingestellt.

(Autoreferat).

P. 2 der Tagesordnung: Dr. Schabert spricht über einen von ihm seziierten Fall von Pseudoleukaemie und demonstriert ein dazugehöriges anatomisches Präparat, welches die Diagnose erhärten soll. Es handelte sich in diesem Fall um eine 28-jährige Patientin, welche seit 2 Monaten über Kopfschmerz, Schwindel und Schwäche klagte; die menses traten nur alle 3 Monate auf. Der Nierenbefund war normal, auch der übrige Organbefund im Allgemeinen normal; Temperatursteigerung bis 37,6°. Es wurde eine Veränderung der Magenschleimhaut angenommen; die Einführung der Schlundsonde misslang jedoch, dabei entleerte sich etwas Blut; am 7. Tage ihres Krankenhausaufenthaltes klagte sie über Schwächegefühl und starb in der Nacht. Es lag also hier ein plötzlicher Todesfall vor, der durch eine Erkrankung der Zirkulationsorgane speziell nicht zu erklären war; daher dachte man an einen Gehirntumor, um den plötzlichen Tod zu erklären. Der Sektionbefund war im wesentlichen folgender: Herz faustgross, völlig kontrahiert, frei von jeder Auflagerung; die Mitralis frei; das ostium venosum wird von einem Blumenkohlartigen Tumor verlegt, man musste ihn für einen wandständigen Thrombus halten; sehr wenig Blut im Herzen; der Pharynx ist blass; die Tonsillen 1½ nussgross, enthalten kleine Abszesse (angina); Aorta von gewöhnlicher Dimension, zart, glattwandig; Lungen frei; Milz 16 cm. in der Länge, stark vergrössert, auf dem Schnitt sieht man miliare weisse Einlagerungen, von einer eigentümlichen Farbe wie bei der Pseudoleukaemie, sie sieht «Mett-

wurstartig» aus, Milzgewicht 370 Gramm. Leber von gewöhnlicher Grösse, Nieren normal. Drüsen des Mesenteriums vergrössert, succulent, die Follikel des Darmes aber nicht. Hiernach musste man an Pseudoleukämie oder Leukämie denken. In Bezug auf das Gehirn ergab die Sektion eine Abplattung der Gyri; die Schädelbasis war eigentümlich geformt, der clivus Blumenbachii verlief horizontal, fiel dann brüsk ab; das foramen vertebrale war nur für eine Fingerkuppe durchgängig; ein Tumor im Gehirn war nirgends zu finden: am Schädel jedoch ein Tumor, zwischen atlas und epistropheus; dieser Tumor hatte den clivus Blumenbachii vorgetrieben; dieser Tumor musste als Sarkom, als Lymphocytom angesprochen werden; der Tumor am Herzen war wohl eine kleine Metastase. Das Ganze bot also das Bild der sogenannten Hodgkin'schen Krankheit. Der Tumor geht vom Pharynx aus, sein Sitz an der Schädelbasis ist wohl als Grund für den plötzlichen Tod anzusehen. Am Herzen konnte die Todesursache nicht gesehen werden, denn das Herz war blutleer; auch hätte man eine Dilatation des linken Vorhofs erwarten müssen. Den Befund am Gehirn, nämlich die Abplattung der Gyri und einen gewissen Grad von Oedem für den plötzlichen Tod verantwortlich zu machen, sei eine Frage, welche noch nicht vollständig geklärt sei. Bekannt sei auch der plötzliche Tod bei Thymuserkrankung, der sogenannte mors Thymica, von Paltauf (Wien) besonders studiert. Diese Fälle zeigten eine Verwandtschaft mit der Leukaemie; Heding er will den plötzlichen Tod bei diesen Erkrankungen nicht nur auf mechanischem Wege, sondern auch auf toxischem Wege erklären.

Dr. v. Mühlens bemerkt, dass diese malignen Lymphome gewöhnlich ihren Ausgangspunkt vom lymphatischen Schlundringe nehmen; er entsinne sich eines Falles, wo sich am weichen Gaumen ein Tumor fand, welcher schon mehrfach von anderer Seite abgetragen worden war, jedoch immer wieder wuchs; als der Pat. zu ihm kam, hatte er schon eine grosse Drüse, daher lehnte er eine Operation ab. Die toxische Wirkung habe er übrigens in der Literatur nicht erwähnt gefunden als Ursache für den plötzlichen Tod, er meine, dass der Tod gewöhnlich durch Erstickung, durch Wachsen der Tumoren erfolge.

Dr. v. Krüden er erklärt, dass durch Enge des Vertebroloches in diesem Falle eine Liquorstauung am leichtesten möglich erscheine; dieser Fall habe seiner Ansicht nach sicher eine Stauungspapille gehabt; gerade hierbei kämen plötzlich Todesfälle sehr oft vor und müsse er daher auf diese Weise den plötzlichen Tod im Schabert'schen Falle erklären.

Dr. Kran n h a l s ist gegen die Bezeichnung «Pseudoleukaemie»; man wisse nicht, was man sich eigentlich darunter vorstellen solle, wenn sich die Frage auch in letzter Zeit zu

klären beginne; fände sich jedoch solch ein Tumor wie hier, so müsse es sich um Lymphosarkom handeln, welches vom lymphatischen Schlundring ausgegangen.

Dr. Schabert erwidert Dr. Krannhals, dass seiner Ansicht nach diese Frage über die Pseudoleukaemie sich jetzt gerade im Fluss befinde, noch nicht im Stadium der Klärung, sowohl bei den Klinikern als den Anatomen; von einer Abgrenzung dieser Fälle sei man noch weit entfernt; er habe mit Absicht die alte Bezeichnung gewählt, der neueste Name «Lymphozytom» sei noch wenig bekannt.

Dr. P. Klemm möchte doch auch auf die klinischen Unterschiede hinweisen; eine Reihe von Tumoren wachse wohl, nehme von den Lymphdrüsen den Ausgang, durchbreche jedoch nie die Kapsel; die andere Reihe, die Lymphosarkome durchbrechen die Kapsel und letztere Erkrankung führe immer zum Tode; pathologisch-anatomisch bestehe freilich kein Unterschied. Pseudoleukaemie habe man die Krankheit daher genannt, weil es nicht zu der Blutveränderung komme; man sollte diese Krankheit jedoch lieber als Sarkom der Lymphdrüsen bezeichnen, welches aber nicht zur Ulzeration führt.

Dr. Schabert wendet dagegen ein, dass gegen Sarkom spreche, dass die Kapsel nicht durchbrochen werde.

Dr. Krannhals meint, man solle die Krankheitsbilder nicht konfundieren, die reinen Lymphome durchbrechen nicht die Kapsel, machen auch nicht einmal Metastasen; sie stehen in der Mitte zwischen Sarkom und Lymphosarkom. Im Uebrigen wolle er sich nur gegen die Bezeichnung «Pseudoleukaemie» überhaupt richten.

Dr. Otto Klemm ist der Ansicht, dass «Pseudoleukaemie» nur eine klinische Diagnose sei, anatomisch könne man sie nicht stellen; er fragt dann, ob es nachgewiesen sei, dass der Befund am Herzen eine Metastase sei.

Dr. Schabert endlich giebt seine Meinung dahin ab, dass die Leukaemie oft aus der Pseudoleukaemie hervorgehen könne; es herrschten viele Uebergänge; in seinem Fall könnte man die Krankheit als Lymphozytom bezeichnen.

d. Z. Sekretär: Dr. med. Theodor Schwartz.

Sitzung am 15. Februar 1906.

1. Dr. Pinker referiert über einen von ihm operierten Fall von schwerer Schussverletzung der Eingeweide, welcher genesen ist.

Es handelte sich um den 14-jährigen Knaben, der den 21. Dezember 1905 in Schreienbusch durch 2 Revolverschüsse verwundet und darauf mit dem Wagen der schnellen Hilfe ins Krankenhaus gebracht worden ist. Die Verwundung ist 6

Stunden nach der letzten Mahlzeit zu Stande gekommen. In Vertretung des Herrn Dr. v. Bergmann wurde von Dr. Pinker die Operation vorgenommen.

«Eine Kugel ist in die linke Glutaealgegend eingedrungen und sass in der Flanke derselben Seite unter der Haut. Diese Verletzung war eine harmlose, da die Kugel auf ihrer Bahn die Peritonealhöhle vermieden hatte. Das Unheil stammt vielmehr von einer zweiten Kugel, die die linke Flanke durchschlagen hat und im Abdomen Verwüstungen angerichtet hat.

Bei der Aufnahme des Patienten wurde folgendes festgestellt. Zu Hause und während des Transportes ist wiederholt Erbrechen aufgetreten, angeblich ohne Blutbeimischung.

Sensorium frei, fahles, schwer leidendes Aussehen, kaum fühlbarer Puls, bretharte Spannung der Bauchdecken; äusserst heftige Schmerzen im Abdomen, spontan, mehr noch auf Druck. Kein Harndrang. Per Katheter wird stark blutiger Urin entleert.

Dieser Status sprach deutlich für einen schweren Bauchschuss, der den sofortigen Eingriff indizierte. Der blutige Urin wies auf eine Verletzung der Niere; der Lokalisation nach musste der Dickdarm (Kolon descendens) und konnte der Magen getroffen sein.

Es wurde deshalb sofort zur Operation geschritten, ca 3 $\frac{1}{2}$ Stunden post Trauma, Medianschnitt bis handbreit unter den Nabel. Nach Eröffnung des Peritoneums dringt aus der Bauchhöhle ein penetranter kotiger Geruch, wie ich ihn noch bei keiner nach einem Unfall ausgeführten Laparotomie bemerkt habe. Es erweist sich denn auch während der Operation, dass mehrfach Kot ausgetreten ist und namentlich fortgesetzt Gase mit Geräusch durch die Darmöffnungen entweichen.

Ferner sehr reichlich Blut in der Bauchhöhle, vor allem im kleinen Becken.

Was die Eingeweide betrifft, so zeigen diese folgendes Bild.

Milz am vorderen Rand verletzt; keine Blutung von Bedeutung.

Dickdarm zweimal durchschossen, zeigt somit 4 Löcher. Drei davon befinden sich an der Peripherie und sind leicht zu schliessen: das 4. hat seinen Sitz am Ansatz des Mesokolon, ist schwierig zu versorgen. An dieser Stelle ist gewiss später auch die kurzdauernde (1 Woche) Fistel entstanden.

Der Dünndarm zeigt an zwei Stellen Beschädigungen, an der Serosa, keine Perforation.

Magen durchschossen. Eine Oeffnung an der vorderen Wand, eine zweite an der grossen Krümmung.

In dem Raume zwischen Magen und Dickdarm ein ausgedehntes Haematom, ein zweites in der Gegend der linken Niere. Das Peritoneum über derselben zeigt ein Loch, durch das die Kugel in die Niere eingedrungen sein muss. Das

Loch wird durch die Naht geschlossen. — Sie sehen also, meine Herren, dass hier eine ganze Reihe innerer Organe verletzt worden ist; Milz, Dickdarm, Dünndarm, Magen, Niere. — Die Verwundung der letzteren allein gilt schon als ein äusserst ernstes Ereigniss, selbst bei intakt gebliebenem Peritoneum: Traumatische Nephritis, Oligurie und Anurie mit folgender Urämie, Urininfiltration mit Verjauchung. Viel schlimmer gestaltet sich aber noch die Prognose bei gleichzeitiger Eröffnung der Peritonealhöhle und man hielt sie früher (König, Küster) für absolut tödlich.

Es ist aber durch einzelne durchgebrachte Fälle bewiesen und durch das Tierexperiment erhärtet, dass die Sache doch nicht so tragisch ist. Dieser Knabe würde einen weiteren Beleg gegen die frühere Auffassung liefern.

Wenn von den Fällen mit enormer Blutung abgesehen wird, so ist es wohl zunächst die Gefahr der Urininfiltration, die die Prognose beherrscht. Bei dieser aber stehen wir immer unter dem Eindruck der Urethra-Verletzungen, bei denen der durch den Detrusor erzeugte Druck den Urin auch durch den kleinsten Schleimhautriss in das umliegende Gewebe presst. Bei den Nieren scheinen die Verhältnisse günstiger zu liegen; der Druck ist ein geringer, und der Infiltration kann die reaktive Entzündung des Gewebes schnell Schranken setzen. Von dieser Ueberlegung ausgehend, wird man wohl bei den meisten Nierenverletzungen nicht gleich den heroischen Schritt der Nephrektomie machen, sondern schonend vorgehen können. So bin ich auch im vorliegenden Falle vorgegangen, und es ist mir hoffentlich gelungen, dem Patienten nicht nur das Leben zu retten, sondern ihm auch zwei funktionsfähige Nieren zu erhalten — Augenblicklich ist jedenfalls der Urin reichlich (1200—1500 ccm.) und frei von pathologischen Bestandteilen.

(Autoreferat).

Dr. v. Bergmann bemerkt dazu, dass der Erfolg nur auf die sorgfältige Revision der Bauchhöhle zurückzuführen sei. Dieses Prinzip sei leider noch nicht zur allgemeinen Anerkennung gekommen, in Frankreich erheben sich z. B. noch immer Stimmen für eine abwartende Haltung in solchen Fällen, so auch auf dem letzten französischen Chirurgen-Kongress. Die Kriegschirurgie rechnet 40 pCt. Heilungen daraus, wie dies zu erklären, sei sehr schwer, solange nicht auch für das moderne Militärgeschoss solche Experimente gemacht worden sind, wie seiner Zeit von Dr. Paul Klemm; für die Friedenspraxis müsse jedoch auch die Schussverletzung mit dem Militärgewehr immer chirurgisch angegriffen werden; dasselbe gelte auch für die Browningkugel.

Die Schüsse in den Darm müssen immer darauf angesehen werden, ob nicht durch sie die Bauchhöhle verletzt worden ist.

Die hypo- und mesogastrische Zone geben gewöhnlich die Darmverletzungen; wo der Einschuss dagegen in der regio epigastrica war, habe er nicht gleich zu Beginn in den Patienten gedungen, sich operieren zu lassen. Regnier berichtet im Oktober 1905 von 75 Fällen 33 Heilungen bei Bauchschüssen, doch käme diese Ziffer wohl nur so zu Stande, dass die Franzosen die reg. epigastr. mit in Betracht gezogen hätten. Was die Symptome der Magenverletzungen anbelangt, so können alle fehlen, oft hat man sich nur an die Tatsache der Schnssverletzung zu halten. Ebenso müsse man sich auch den Tangentialverletzungen gegenüber sehr skeptisch verhalten; in letzter Zeit habe er 2 derartige Fälle operiert, wo auch in der Tat die Bauchhöhle nicht eröffnet war, dagegen in 2 anderen Fällen wurden mehrer Verletzungen des Darmes konstatiert. Eine andere Frage sei endlich die, wann zu operieren sei; einige sagen, nach der 10. Stunde sei die Prognose schlecht; er, Bergmann, meine jedoch, bei gutem Pulse könne man auch später mit gutem Erfolge operieren und demonstriert einen 27-jährigen Mann, welcher mehrere Streifschüsse erhielt, in der oberen Glutaealgegend; der Patient lehnte die Operation zuerst ab, sodass Bergmann erst 14 Stunden nach der Verletzung operieren konnte; es fand sich trübes Exsudat, im Dünndarm 4 Löcher; diesen Löchern entsprachen Substanzdefekte am Mesenterialansatz; die Löcher wurden vernäht, mit NaCl-lösung alles abgespült und mit Peritoneum vernäht; in extremer Beckenhochlagerung wurde ein Haematom gefunden, das Loch konnte jedoch nicht gefunden werden. es musste daher ein Tampon hineingelegt werden, welches durch einen Vertikalschnitt über der Symphyse hinausgeleitet wurde. Der Patient erholte sich bald, (am 18. war die Operation, am 20 bereits flatus) nur vom Tampon aus entwickelte sich eine Eiterung der Wunde, eine Rand-Gangrän, jedoch machte Patient dies Alles ohne wesentliche Temperaturerhöhung durch; am 24. hatte der Eiter einen kotigen Geruch, dann trat richtiger Kot aus, doch hörte dieser bald auf. — Bergmann erwähnt dann noch, dass die Browningkugel besonders dann schwere Verletzungen macht, wenn sie den Mesenterialansatz treffe; man solle in solchen Fällen lieber resezieren, sich nicht mit der Naht aufhalten, indem dadurch nur schlechte Resultate erzielt würden.

In der Diskussion referiert Dr. Bornhaupt über die Erfahrungen, welche er im Kriege über Bauchschüsse gemacht; seine Fälle unterscheiden sich erstens dadurch, dass sie meist Weitschüsse sind und dann dadurch, dass sie nicht so frisch ins Hospital kommen; er bekam sie gewöhnlich am 6. Tage. Im Ganzen hat er ca. 194 Bauchschüsse behandelt, und 42 gelangten zur Operation, alle anderen sind bei konservativer Behandlung zur Genesung gelangt. Er hat natürlich nicht die Fälle gesehen, welche schon in den vordersten

Reihen gleich operiert wurden. Er schliesst sich daher der Meinung von Mackenzie an, dass nämlich der Dünndarm die Fähigkeit habe, der Mantelkugel auszuweichen. Bornhaupt möchte dies für Nahschüsse nicht verallgemeinern, jedoch von 600 Meter Entfernung an gehen die Geschosse durch die Bauchhöhle durch und können nur wenig Erscheinungen machen. Er meint dass in 60 pCt. der Fälle die konservierende Behandlung die Heilung vollbringe.

Dr. Bergmann erwidert, dass die Fälle, welche später nicht operiert sind, immer noch den Einwand zulassen, dass die Darmwand nicht eröffnet worden ist. In der Friedenspraxis jedenfalls sehe man, dass perforierende Bauchschüsse ohne Operation nicht durchkommen; wenn man im Kriege den Eingriff nicht braucht, so seien es eben nicht perforierende Schüsse.

Dr. Bornhaupt erwidert, dass bei den Operationen auch vereiternde Haematome gefunden würden, dann auch kleine Abszesse; in den Fällen, welche zur Sektion kamen, sehe man, dass dort, wo der Schusskanal gegangen war, auch andere Perforationen vorhanden gewesen waren, welche verheilt waren.

2. Dr. H. Schwartz demonstriert: a) Präparate von *Spirochaeta pallida* aus Kondylomen eines 3-jährigen Knaben mit sekundärer Lues stammend. b) einen Fall von *Xanthoma universale* bei einem 4-jährigen Mädchen; Vortr. hält den Fall für mitteilenswert bei der Seltenheit des Vorkommens dieser Affektion in universaler Ausbreitung, bes. im Kindesalter. Es sei dies der erste Fall der ihm in dem recht grossen Material des Kinderhospitals vorgekommen sei. Die ersten Eruptionen seien im ersten Lebensjahre beobachtet worden. Die Diagnose habe Dr. Arthur Berg gestellt, welchen Vortr. um Untersuchung des Falles gebeten habe. c) ein Fall von *Myxoedema infantile*: Das zur Zeit 2 Jahre alte Kind bot bei der vor ca. 14 Tage erfolgten Aufnahme ins Kinderhospital folgendes Bild: Länge 60 cm., keine Zähne, die Entwicklung ist etwa die eines 10-monatlichen Säuglings. Keine Kraniotabes noch sonstige Zeichen von Rhachitis, Auf dem Kopf spärliches, langes, trockenes Haar. Die Haut am Halse, oberen Teil der Brust, auf Hand und Fussrücken, der Aussenfläche der Unterschenkel diffus verdichtet, besonders am Halse in dicken Wülsten, so dass das Gesicht unmittelbar auf den Thorax überzugehen scheint.

Die Haut faltenlos, trocken, nicht schwitzend. Unter der eingeleiteten Schilddrüsentherapie (¹/₂ Tabl. Burroughs. Welcome & Co. pro die) habe sich seit dem Spitalaufenthalt der Zustand bereits wesentlich verändert: Die Hautverdickungen seien bedeutend zurückgegangen, das anfangs stumpfe, apathische Kind zeige weit. grössere geistige Regsamkeit und Anteilnahme und Aufmerksamkeit für die Umgebung.

Dr. M. Hirschberg erwähnt, dass er vor 2 Jahren einen Fall von Xanthoma vorgestellt habe; in seinem Fall waren die einzelnen Knötchen mehr gelblich; die planen Stellen dagegen waren mehr Vitiligo ähnlich. Eine definitive Diagnose könne im Uebrigen nur die mikroskopische Untersuchung bringen; dieser Fall erinnere ihn mehr an ein Pseudoxanthelasma.

Dr. Sokolowsky fragt, ob auch in Bezug auf das Wachstum bei der Schilddrüsentherapie eine Veränderung konstatiert werde, was von Dr. H. Schwartz bejaht wird.

Dr. Berkholz erinnert daran, dass er vor einigen Jahren ein Kind vorgestellt habe, welches bei der Schilddrüsentherapie in 3 Monaten 3 cmtr. Längenzuwachs aufwies; das Kind lernte während der Behandlung lesen, entwickelte sich sehr gut, doch starb es leider an einer interkurrenten Pneumonie.

3. Dr. F. Buchholz hält seinen angekündigten Vortrag über «Erythema infectiosum».

Von Tschamer und Tobeitz in Graz als örtliche d. h. eigentümlich lokalisierte Röteln, v. Sticker, Plachte, Pospischill, Heimann, Schmidt, Escherich als selbständige, epidemisch auftretende Krankheitsform beschrieben. Weitere Epidemien sind in Koblenz, Köln, Dortmund beobachtet worden.

Vortragender berichtet über 5 Fälle, die sämtliche Kinder zweier Familien betrafen. In der einen Familie erkrankten die beiden Kinder gleichzeitig, in der anderen dann drei in Intervallen von je 4 Tagen.

Es traten auf beiden Wangen symmetrisch, verschieden geformte, rote, sich heissanfühlende Flecke auf, die auf Fingerdruck schwanden. Sie waren etwas erhaben und gingen allmählich in die normale Haut über, sie breiteten sich aus und konfluerten, so dass der Einzelfleck vollständig verloren ging. Circa 48 Stunden nach Auftreten der ersten Flecken erschienen die Wangen aufgetrieben, aber nicht infiltriert, glühend heiss, diffus gerötet, während die Nasolabialfalten, die Umgegend des Mundes und das Kinn durch eine scharf abgegrenzte Blässe dagegen abstachen. Circa 24 Stunden darauf traten, während das Gesicht abzublassen begann, ungewöhnliche Flecke auf, erst auf den oberen, dann auf den unteren Extremitäten und schliesslich, aber nur in mässigem Grade, auch auf dem Rumpf. Einmal blieb letzterer ganz frei. Auf den Extremitäten konfluerte das Exanthem mehr oder weniger und wurden die Streckseiten und die Nates bevorzugt. Hie und da bildeten die Flecke auch verschiedene Figuren und Netzwerke. Nach 9—16 Tagen nichts mehr nachweisbar, keine Schuppung, keine Pigmentierung. In 2 Fällen sah man nach dem vollständigen Schwinden des Exanthems an einzelnen Stellen rote gefleckte Linien noch einige Tage lang, was Schmidt für recht charakteristisch für diese Krankheit hält.

2 mal war die Milz palpabel, an den Schleimhäuten keine Veränderungen, keine Drüenschwellung, nur in den ersten Tagen eine Temperatursteigerung von 37,0—37,2°, ungestörtes Allgemeinbefinden während des ganzen Verlaufs, kein Juckreiz, Urin eiweissfrei. Als einzige Komplikation einmal ein geringer Herpes nasalis, Einmal ein eintägiges Prodromalstadium, bestehend in Brechreiz. Die Kinder standen im Alter von 3—5 Jahren und hatten alle Masern durchgemacht,

Differentialdiagnostisch wäre Folgendes zu bemerken:

Scharlach, Masern, Erysipel wird man wohl bei einiger Aufmerksamkeit leicht ausschliessen. Gegen Urticaria spricht das Fehlen des Juckreizes und das Befallenwerden mehrerer Familienglieder.

Gegen ein toxisches Exanthem spricht die lange Dauer, das fieberfreie und ungestörte Allgemeinbefinden und das Erkranken der drei Kinder der einen Familie in Zwischenräumen von je 4 Tagen.

Das Erythema exsudativum multiforme beginnt gewöhnlich an den Hand- und Fussrücken in Form von derben Papeln. Beginnt es einmal ausnahmsweise im Gesicht, so nimmt letzteres nie die obengezeichnete Form an und wird der Körper nur in dieser typischen Reihenfolge befallen, auch nimmt die Haut bei grösserer Ausdehnung des E. einen lividen Farbenton an und fühlt sich nicht heiss, sondern kühl an, dabei besteht lokale Schmerzempfindung oder Brennen und häufig gestörtes Allgemeinbefinden. Auch wäre eine Erkrankung aller Kinder einer Familie eine grosse Seltenheit.

Bei den Röteln erscheint bald mit bald ohne Prodrome das Exanthem im Gesicht, alle Teile desselben einnehmend, um sich rasch über Hals, Brust Leib, Rücken und die Extremitäten auszudehnen. Erscheinungen an den Schleimhäuten wenn auch geringe, werden häufiger gefunden als vermisst. Das Exanthem confluiert fast nie oder nur an einzelnen Stellen und schwindet schon nach 2—4 Tagen. Die Inkubationszeit ist eine lange, im Durchschnitt 2¹/₂ Wochen. Häufig Schwellung der Hals- und Nackendrüsen.

Vortragender ist gleichfalls geneigt das Erythema infectiosum als eine selbständige Krankheitsform anzusehen.

(Autoreferat.)

Dr. Woloschinsky: Anfang Dezember 1905, beobachtete ich 4 Fälle eines Exanthems, das ich damals als Infektionskrankheit sugeneris diagnostizierte. 2 Fälle betrafen die beiden Kinder eines hiesigen Kollegen im Alter von 8 und 2 Jahren. 3 der obenerwähnten Fälle verliefen unter folgendem Bilde: Das Exanthem trat im ersten Beginn auf dem Gesicht in Form kleinster Fleckchen, die leicht papulös waren, auf, um sich von da nach abwärts im Laufe von 1—1¹/₂ Tagen über den ganzen Körper zu verbreiten, wobei sich von nun an das Exanthem als Fleckexanthem darstellte. Beuge- und Streckseiten der Extremitäten waren gleich intensiv befallen,

der Rumpf wenig schwächer. Das Exanthem bot auf dem Körper eine äusserst eigenartige Zeichnung dar, die man am besten mit einer Laubsägearbeit-Vorlage vergleichen kann, auf welcher an den Grenzen viele kleine Bögen vorhanden sind. Bloss das Gesicht stellte sich anders dar: hier war auf jeder Wange ein ca. Silbernbelgrosser, eckiger (3-eckig, mehreckig) unregelmässig tiefstroter Fleck vorhanden, der scharf ohne jede Reaktion an der Grenze in die gesunde Haut übergang. Zwischen den exanthematösen Stellen, die den grössten Teil der Haut einnahmen, lagen normale Hautstreifen. Keine Erhabenheit der Flecke, keine Reaktion derselben an ihren Grenzen oder dem darunterliegenden Gewebe, sondern das Ganze sah aus, als ob auf der Haut regelmässige Farbfiguren aufgemalt wären, wobei die Flecken auf den Wangen weit intensivste Farbentinktion aufwiesen. Die Abblassung ging langsam vor sich vom Zentrum aus, und dauerte es bis zum völligen Verschwinden des Exanthems fast 2 Wochen.

Während der ganzen Krankheitsdauer absolutes Wohlbefinden der Kinder: weder Angina, noch Husten, noch Schnupfen, noch gestörte Magen-, Darmfunktion etc. waren vorhanden; bloss mässiger Juckreiz vom 4.—5. Tage ab.

Die Patienten waren 2 Geschwisterpaare, wo 1 Kind ca. 7—6 Tage nach dem anderen erkrankte.

Im 4. Falle war das Exanthem nur rudimentär ausgebildet: es war hier sehr schwach, der Rumpf war nur an ganz vereinzelt Stellen affiziert, die Extremitäten auch nur zur kleineren Hälfte; aber dieselbe Figurenzeichnung auf letzterer, nur waren sie weniger tingiert. Dauer des Exanthems ca. 1 Woche.

(Autoreferat).

Sodann erkundigt sich Dr. Hampeln danach, ob nicht Eiweiss im Harn gefunden wurde, was Buchholz ebenfalls verneint.

Dr. Schabert fragt, ob der konstatierte Milztumor nachweislich zurückging, da ja bei anämischen Kindern oft ein Milztumor vorhanden sei.

Dr. Buchholz bestätigt das Zurückgehen des Tumors, während Dr. Woloschinsky in seinen Fällen überhaupt keinen Milztumor konstatiert hat.

Dr. Otto Klemm erkundigt sich danach, ob auch noch andere Fälle dieser Krankheit beobachtet worden sind.

Dr. Engelmann möchte das von Buchholz gezeichnete Bild mehr zum Erythema multiforme rechnen, wenn der Beginn auch nicht an den Händen und Füssen war.

Dr. Buchholz erwidert, dass man bei Erythema multiforme gewöhnlich nicht diese heisse Rötung sehe, sondern mehr die Bläschenbildung, dann beginne es gewöhnlich in Knötchen, erst später treten die charakteristischen Formen

auf; dann werden aber auch nicht alle Glieder einer Familie davon ergriffen.

Dr. Hans Schwartz möchte wohl die von Dr. Buchholz geschilderten Fälle für eine charakteristische Krankheit halten, jedoch nicht die Woloschinskyschen Fälle.

Dr. Berkholz bemerkt, dass die Diagnose einer Erytheminfektion immer angegriffen werde. Heubner und Czernay haben sie nicht gesehen, trotz ihres grossen Materials; grössere Epidemien sind nicht beobachtet worden. Es giebt Auto-intoxikationen, welche Erytheme machen, er glaubt daher, dass man diese Krankheit wohl nicht als Erkrankung *sui generis* hinstellen könne.

Dr. Woloschinsky: Das Erythema nodosum und multiforme halte ich für Teilglieder der grossen Gruppe des Rheumatismus. Man sieht in solchen Fällen bei einzelnen Gliedern oder den meisten Allgemeinerscheinungen Gelenkschmerzen, Reaktion des gesunden Gewebes gegen das kranke, Infiltration des Zellgewebes, Infiltration überhaupt etc., Auch passt dies Alles absolut nicht zu den von mir beschriebenen Fällen.

(Autoreferat.)

d. z. Sekretär: Dr. med. Theodor Schwartz.

Sitzung am 1. März 1906.

P. 1. Dr. Brutzer hält seinen angekündigten Vortrag: Mitteilungen aus dem Militärhospital zu Charbin (soll anderweitig erscheinen im Druck).

Zu der von Dr. Brutzer erwähnten Skorbutfrage erwähnt Dr. Gadilhe, dass er ca. 20 Skorbutfälle in seinem Regiment gehabt hätte; er müsse an der infektiösen Natur des Skorbut nach seinen Erfahrungen festhalten.

In Bezug auf Dysenterie giebt Dr. Bornhaupt seine Beobachtungen bekannt; er hat in seinem Lazareth sehr viele Sektionen von Dysenteriekranken gesehen und hat man stets 2 verschiedene Bilder gefunden, entweder die Form, welche Rötung und Schwellung der Darmschleimhäute zeigte, also mehr oberflächlicher verläuft, und bei welcher die Kranken an profusen Blutungen zu Grunde gehen, oder die andere Form, bei welcher es zu Ulcerationen kommt, welche meist im Rektum und in der Flexura S. vorkommen; in 2 Fällen liessen sich die Ulcera bis ins Coecum verfolgen. Diese 2. Form wird die amoeboiden Form genannt.

Dr. Hampeln ist auch dafür, dass 2 Formen der Dysenterie unterschieden werden; es gebe eine epidemische Darmerkrankung, welche unter dem Bilde des Durchfalls verläuft und dann die amoeboiden Form der Dysenterie, welche allein

die Folgeerkrankungen der Dysenterie verursacht, wie z. B. die Leberabszesse.

Dr. Schabert möchte die von Dr. Brutzer geschilderten Fälle von Leberabszessen eher als eine Pyelophlebitis auffassen. Er selbst hat während seiner Dienstzeit unter den Truppen viele Fälle gesehen, welche unter dysenterieähnlichen Zuständen verliefen; er möchte diese Form jedoch nur als einen katarrhalischen Zustand des Darmes auffassen, hervorgerufen durch die hohe Temperatur; durch dieselbe trete eine Lähmung der Gefässe ein, wodurch wieder eine Schädigung der Leber, die Folge davon dann der acholische Stuhl und zuletzt die schleimigen Stühle; mit dem Nachlassen der heissen Temperatur hörten die Katarrhe bald auf. Das Fieber wurde in diesen Fällen immer vermisst.

Dr. P. Klemm stimmt mit Hampeln damit überein dass die Bezeichnung Dysenterie nur ein Sammelbegriff ist, ebenso wie etwa die Bezeichnung Pneumonie etc.

Wenn man von den Folgezuständen der Dysenterie, wie Leberabszessen spricht, könne man nur die amoeboiden Form der Dysenterie meinen, und diese machte stets Solitärabszesse. Es sei also immer wichtig zu wissen, welche spezielle Erreger der Krankheit im Spiele seien; anatomisch könne man die Unterschiede nicht machen.

Dr. Berkholz meint, dass das von Dr. Schabert entworfene Krankheitsbild wohl von dem bac. Dysenteriae Newhaveri hervorgerufen sei.

Im Uebrigen betont er, dass Dysenterie keine Krankheit sei, welche Durchfall mache, nur Schleim und Blut werde entleert, auch verlaufe die reine Dysenterie ohne Fieber, wenn Fieber vorhanden, so bestehe eine Mischinfektion.

Dr. Brutzer anerkennt die Witterungseinflüsse zur Hervorbringung der Dysenterie; doch meint er nicht, dass es sich in seinen Fällen um die Amoebenform der Dysenterie gehandelt habe; er habe auch nie solitäre Leberabszesse als Nachkrankheit gesehen.

Dr. Bornhaupt spricht sich sehr gegen die von Dr. Schabert gegebene Erklärung der Dysenterieähnlichen Zustände aus: in seinem Hospital sei durch Dr. Kieseritzky bei derartigen kleinen Durchfällen stets der Schujakrusesche Bazillus nachgewiesen worden. Der Charakter der Epidemie veränderte sich auch; als die Epidemie im 2. Jahre ausbrach, war der Prozentsatz an Todesfällen ein viel grösserer als im 1. Jahr.

Dr. Hampeln möchte noch einmal betonen, dass bei der tropischen Dysenterie es sich jedenfalls um eine ganz andere Krankheit handle als bei uns; deshalb müsse man bakterielle von der Amoeben-Dysenterie immer genau unterscheiden.

Dr. Schabert muss fürs Erste auf seiner Erklärung bestehen, nehmen doch die DDr. Berkholz und Born-

haupt für seine Fälle jeder einen anderen Bazillus als Krankheitserreger in Anspruch.

Dr. Voss interessiert in den Mitteilungen des Dr. Brutzer besonders der Erfolg der Wundbehandlung; aus ihnen ist ersichtlich, dass bei der Massenarbeit des Krieges die Erfolge der Asepsis doch nicht möglich seien; in den von Dr. Brutzer geschilderten Fällen, wo sich an die Verletzungen Fieber und Abszesse schlossen, scheint es sich seiner Meinung nach um Septicopyaemie gehandelt zu haben.

Dr. Broecker bemerkt dazu, dass ein Teil der Infektion durch die ersten Verbandplätze hervorgerufen sei, welche häufig sehr mangelhaft eingerichtet gewesen seien. Es wurden auf diesen ersten Verbandplätzen auch die Projektile oft schon herausgenommen, was jedoch meist nur einen schlechten Erfolg hatte.

Im Schlusswort fasst Dr. Brutzer seine Meinung dahin zusammen, dass die Verhältnisse doch besser waren als früher; die Wundkrankheiten waren anfangs viel schwerer und zwar deshalb, weil die meisten Kranken Skorbut hatten; ob Hospitalbrand vorgekommen, wisse er nicht, er selbst habe ihn nicht gesehen. Nachdem das Hospital renoviert war, kamen solche Todesfälle nicht mehr vor; nur die Pyocyaneusinfektion kam überall vor, auch im deutschen Hospital, doch ist diese Infektion ja nicht so gefürchtet. Erysipel kam freilich oft vor. Im Allgemeinen besserten sich jedoch die Verhältnisse im Hospital mit der Zeit.

d. z. Sekretär Dr. med. Theodor Schwartz.

Sitzung am 15. März 1906.

P. I. Dr. Berkholz hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber die Diagnose der Diphtherie.

In den Lehrbüchern und in der Praxis stösst man auf die widersprechendsten Anschauungen über das klinische Bild sowohl der Rachen- als auch der Larynxdiphtherie. Während Heubner bei der typischen Rachendiphtherie schweren Allgemeinzustand abhängig von einem hohen Fieber (bis 40° und darüber), plötzlichen Beginn mit Krämpfen und Schüttelfrost und düster rote Fauces sieht, beginnt nach Baginsky dieselbe Form der Diphtherie mit kaum merklicher Störung des Befindens, mit wenig oder gar keinem Fieber, auch der Rachen ist sehr wenig gerötet, nur hellrosa und leicht infiltrierte Fauces werden geschildert.

Redner schliesst sich der Baginsky'schen Auffassung für die unkomplizierte Form der Diphtherie an: Die Heubner'sche Schilderung entspricht der Form, die richtig als *Diphtheria septica* aufzufassen ist, bei der ohne bak-

teriologische Untersuchung die Diagnose Diphtherie nicht zu stellen ist, da einfach septische Anginen und die Scharlach-angina genau dasselbe klinische Bild machen.

Neben dem subfebrilen resp. afebrilen Beginn oder Verlauf ist für die Diphtherie charakteristisch die hohe Pulsfrequenz und die geringe Mitbeteiligung der Drüsen.

Auch in der Auffassung der Diphtheria laryngis resp. des Croups begegnet man namentlich unter den praktischen Aerzten weitgehendste Meinungsverschiedenheiten, die sich namentlich auf die primäre Form der Larynxdiphtherie beziehen, wo bei Abwesenheit von Belägen an den Fauces zunächst an alles andere, nur nicht an Diphtherie des Kehlkopfes gedacht wird.

Henoch, Heubner und Baginsky geben die primäre Entstehung der Diphtherie im Kehlkopf zu, halten diese Genese jedoch für eine seltene, welche am häufigsten noch im 1. und 2. Lebensjahre in Erscheinung tritt. Baginsky meint jedoch, dass die primäre Eingangspforte der Infektion in solchen Fällen oft übersehen werde, namentlich wird die primäre Noxe oft übersehen, da bei dem schleichenden Beginn der diphtheritische Larynx wenig Erscheinungen und Störungen des Allgemeinbefindens hervorrufe.

Scheller veröffentlicht aus dem Königsberger bakteriologischen Institut das Resultat seiner 2982 Untersuchungen auf Diphtherie im Jahre 1903/1904. In 12 pCt. wurde Scheller zur Untersuchung veranlasst in Fällen, wo keine Beläge im Rachen vorlagen und betont die Wichtigkeit gerade dieser Fälle in epidemiologischer und klinischer Hinsicht.

Paltauf und Kolisko haben schon im Jahre 1889 auf Grund bakteriologischer Untersuchungen den Satz aufgestellt, dass Kehlkopfcroup richtige Diphtherie sei. Im Material des Stadtkrankenhauses zu Riga wurden vom August 1904 bis Februar 1906 192 Diphtheriekranken behandelt; von diesen boten 49 Patienten klinisch das Bild der Larynxdiphtherie ohne Mitbeteiligung der Fauces. Bakteriologisch resp. durch Sichtbarwerden von Membranen bei der Tracheotomie wurde die Diagnose in 38 Fällen verifiziert; in 5 Fällen musste die bakteriologische Untersuchung unterbleiben und nur in 6 Fällen war die bakteriologische Untersuchung negativ. An der Hand dieses Materials wird auf die Häufigkeit der Larynxdiphtherie hingewiesen und durch Schilderung einiger Krankengeschichten die Ansicht weiter begründet, dass bei jeglicher Erscheinung von Croup an Diphtherie in erster Reihe zu denken sei und wird dringend eine Verifizierung der Diagnose durch die bakteriologische Untersuchung des Nasen-, resp. Rachensekrets in solchen Fällen verlangt, da nur bei frühzeitiger Anwendung des Serums das Leben des Patienten zu retten sei und schwere Komplikationen von Seiten des Larynx oder des Herzens zu vermeiden seien.

Dr. Voss berichtet über den ersten Befund an einer Diphtheriepatientin, die Dr. Berkholz später behandelte: die Schleimhaut war in der Arygegend zapfenförmig vorgewölbt. Ein Belag war an dieser Stelle nicht vorhanden, aber unten in der Trachea fanden sich schon Membranen, deren Beginn vielleicht schon in der subglottischen Gegend war.

Dr. Schabert betont, wie Vortragender, dass die bakteriologische Untersuchung für die Diagnose der Diphtherie oft sehr wesentlich sei. Schabert übt seit 6 Jahren das Neisser'sche Plattenverfahren, das sich im Allgemeinen in der Praxis aber nicht eingebürgert zu haben scheint. Demnach wäre es sehr wichtig, dass die bakteriologische Untersuchung häufiger angewandt werde, da Streptokokkeninfektionen und andere Erkrankungen oft für Diphtherie gehalten werden. Der Kliniker stellt in 95 pCt. der Fälle eine richtige Diagnose, bei den Diagnosen der Praktiker ist das Verhältnis ganz anders.

Dr. Berkholz: Die bakteriologische Untersuchung des Nasensekrets ist oft ausschlaggebend, darauf wird von praktischen Aerzten sehr wenig Gewicht gelegt. Im Nasensekret finden sich die Diphtheriebazillen fast stets, wenn sonst auch keine Anhaltspunkte für die Diagnose zu finden sind. Auf die Wichtigkeit dieser Untersuchung wird in Königsberg speziell hingewiesen. Im Stadtkrankenhaus zu Riga kommen fast nur sehr schwere Fälle vor, weil die Diphtherie oft schon wochenlang bestanden hatte, ehe sie erkannt wurde.

Dr. Kröger: Der Unterschied der unkomplizierten und septischen Diphtherie ist vom Vortragenden betont worden; letztere als die schwere Form. Früher ist das Verhältnis im Stadtkrankenhaus umgekehrt gewesen. Damals wurden keine bakteriologischen Untersuchungen gemacht, das Bild der unkomplizierten Diphtherie war aber sehr typisch; ein blasser Rachen mit Belag, die Umgebung des Belages ist ganz reizlos. Dennoch war die Prognose in diesen unkomplizierten Fällen sehr schlecht. Von den tracheotomierten Patienten starben sehr viele.

Dr. Berkholz: Bei den unkomplizierten Fällen hat das Serum die Prognose sehr gebessert. Die Intoxikationserscheinungen (Myocarditis) können allerdings dadurch nicht aufgehoben werden, ebenso Sepsis aus anderer Ursache als reiner Diphtherie. Kritisch sind die ersten 24 Stunden nach der Tracheotomie. Das Herz ist ausschlaggebend für frühe Operation.

Dr. Voss berichtet von 3 Fällen Rachendiphtherie, die er behandelt hat. Die bakteriologische Untersuchung ergab Pseudodiphtherie. Dennoch wirkten Einspritzungen prompt.

Dr. Berkholz: Eine Verwechslung der Diphtheriebazillen mit Pseudodiphtherie ist durch die Neisser'sche Färbung ausgeschlossen, sodass die Diagnose durchaus sichergestellt werden kann.

P. II. Dr. Mandelstamm hält seinen Vortrag: «Mitteilungen aus der Kriegspraxis». (Soll anderweitig im Druck erscheinen).

Stellvertretender Sekretär: Dr. C. Brutzer.

Sitzung am 5. April 1906.

Vor der Tagesordnung stellt Dr. Julius Eliasberg folgenden Fall vor:

Es handelt sich um 4 Geschwister, welche alle dasselbe Bild bieten: fast am ganzen Körper ist die Haut sehr rauh, trocken, schilfernd. Die Hautfurchen deutlich markiert, entsprechend diesem die Hornschicht mehrfach eingerissen, deutliche Felderung infolgedessen der Hautoberfläche und Schuppenbildung. Die Streckseiten der Gelenke besonders intensiv affiziert, — im Gegensatz dazu an den Beugeflächen, wie Ellenbogen, Inguinalgegend, Axelhöhle und Kniekehle die Haut weich, geschmeidig normal secernierend. Bei einem der Knaben, bei welchem durch die Behandlung die hyperkeratotischen Massen entfernt worden sind, ist sehr deutlich der Lichen pilaris ausgesprochen zu sehen. Aus obenangeführten ergibt sich die Diagnose *Ichthyosis mitida*. Auffällig ist in diesem Falle, dass sämtliche 4 Kinder aus dieser Ehe dieselbe Affektion aufweisen, während die Eltern vollständig gesund sind, angeblich sollen auch die Grossmütter gesund gewesen sein und keinerlei Hautaffektion gehabt haben. Auch sollen die Eltern miteinander nicht verwandt sein. Aus der Uebergangsstelle vom Kranken ins Gesunde wurden bei einem der Knaben Hautstückchen entnommen und werden demnächst die mikroskopischen Präparate demonstriert werden.

(Autoreferat.)

P. I. der Tagesordnung:

Dr. L. Schönfeldt stellt eine Familie von 3 Gliedern vor, welche an der spastischen Spinalparalyse erkrankt sind.

Obgleich Erb und Strümpell seit 30 Jahren auf Grund einwandfreier klinischer Beobachtung und path.-anatom. Befunde für die Selbständigkeit dieser Erkrankung eingetreten sind, vertreten noch heute namhafte Autoren (Leyden, Goldscheider, Jendrassik) den Standpunkt, dass der charakteristische Symptomenkomplex bei verschiedenen Krankheitszuständen beobachtet wird, die das Gemeinsame haben, dass die Seitenstränge anatomisch oder auch funktionell beteiligt sind: Wenn auch im höheren Alter mit Rücksicht auf die im weiteren Verlaufe hinzutretenden Symptome die obige Diagnose überaus schwierig, ja nicht selten unmöglich erscheint, so dürften die familiär im Kindesalter auftretenden und Jahrzehnte hindurch

sich gleichbleibenden Krankheitsformen eher einer einheitlichen Beurteilung unterliegen. Dieser Anschauung schliessen sich die Gegner Erb's — Oppenheim, Jendrassik, Raymond an. — Während die 3 Geschwister den von Erb geforderten Symptomenkomplex: Muskelrigidität und Parese der unteren Extremitäten, erhöhte Sehnenreflexe und das Babinski'sche Zeichen in reinster Form darbieten, hat die älteste Schwester — (20 a. n.) seit ihrer frühesten Kindheit einen abweichenden Krankheitszustand gezeigt. Der Gang war stets schwankend, taumelnd, jetzt ausgesprochen cerebellar-ataktisch. Die Sprache schwerfällig, stolpernd; es bestanden Blasenstörungen — heute lassen sich ausgedehnte Sensibilitätsstörungen nachweisen. Die Pat. — reflexe sind gesteigert, Babinski vorhanden. Augenbefund — normal. Es dürfte sich in diesem Falle um eine angeborene kombinierte Systemerkrankung des R. M. handeln. — Die hier interessierenden 3 Geschwister sind 18, 10 und 6 Jahre alt. Geburtstraumen liegen nicht vor, die Entwicklung der ersten Lebensjahre war durchaus normal — alle haben früh und gut gehen gelernt. Die ältere von ihnen erkrankte im 6. Jahre an Masern, bald darauf entwickelte sich die jetzt bestehende Gehstörung, andere Beschwerden hat sie nie gehabt.

Status: Intellect normal, Hirnnerven — frei, obere Extremitäten unbeteiligt, keine Sensibilitätsstörg, keine Blasen — Mastdarmerscheinungen, keine Atrophie, keine Entartungsreaktion der Muskeln. Typischer spastisch paretischer Gang, ausgesprochene Muskelrigidität bis zum Becken hinauf, lebhafter Pat. Refl. Tibialisphänomen und Babinski's Zeichen sehr deutlich.

Das 3 Kind — 12 a. n. ist gesund.

Das 4. Kind 10 a. n. war normal entwickelt bis zum 4. Lebensjahr. Nach einem schweren Typhus ist die jetzige Gehstörung in kurzer Zeit hervorgetreten. Keinerlei sonstigen Beschwerden. Status: Intellect gut, Hirnnerven, obere Extremitäten frei.

Keine Blasen — Mastdarmerscheinungen — Sensibilität intakt — nirgends atrophische Erscheinungen.

Das Kind geht auf den Zehenspitzen, am Boden schleifend. Lebhaftes Sehnenreflexe in den starren unteren Extremitäten — Tibialisphänomen und Babinski deutlich nachweisbar.

Genau derselbe Befund beim 5. Kinde, das jetzt 6 Jahre alt ist und im 3. Lebensjahr ohne äussere Ursache erkrankte.

Das jüngste Kind 1½ a. n. scheint zunächst noch normale Verhältnisse darzubieten.

Der path. anatom. Prozess — die primäre Degeneration der Pyramidenseitenstränge — erklärt ungezwungen den ganzen Symptomenkomplex und ist durch 11 Sektionsergebnisse in der Literatur sichergestellt. — Die geringfügige Degeneration der Goll'schen und Kleinhirnseitenstränge in einzelnen

Fällen hat bisher keine endgültige Deutung erfahren. Differentialdiagnostisch kommen alle mit einer Leitungsunterbrechung im R. M. einhergehenden Erkrankungen in Frage, wie Myelitis chron., tumor medullae spinalis, ferner abortive Formen der multiplen Sklerose und der amyotrophischen Lateralsklerose. Die syphilitische Spinalparalyse kann dauernd ähnliche Symptome darbieten. Besonders schwierig ist die Abgrenzung von der angeborenen Gliederstarre (Little'scher Krankheit). Während einige Autoren wie Gowers, Sachs, Freud, Homen die beiden Erkrankungen in einer einzigen Gruppe aufgehen lassen, fordern Strümpell, Erb, Pierre Marie, Oppenheim eine scharfe Trennung. Bei der Little'schen Krankheit, der cerebralen Diplegie — ist der kongenitale Charakter nachweisbar, da die Gehstörung bei den ersten Gehversuchen sich zeigt; ausserdem bestehen Gehirnsymptome: Krämpfe, psych. Anomalieen, Hirnnervenlähmung. Der Nachweis eines Geburtstraumas ist in vielen Fällen möglich. Mitunter dürfte die Frage — ob die Diplegie cerebral oder spinal bedingt sei — unentschieden bleiben. Die Prognose ist ungünstig, doch ist eine gewisse Besserung nicht ausgeschlossen.

Therapeutisch ist in letzter Zeit die Tenotomie der Achillessehne empfohlen und vielfach mit gutem Erfolge ausgeführt worden. (Lorenz-Hoffa) Voraussetzung ist eine nur schwach ausgesprochene Parese der unteren Extremitäten.

(Autoreferat).

d. z. Sekretär: Dr. med. Teodor Schwartz.

Sitzung am 19. April 1906.

Vor der Tagesordnung stellt Dr. Julius Eliasberg einen Fall von Lupus vulgaris vor, welchen er nach einer neuen Methode behandelt hat (mit Methylchlorid).

p. I. Dr. Wolferz jun. demonstriert einen Fall von Arrosion der Carotis durch Drüsenabszess, geheilt durch Unterbindung der Carotis. Erstes Symptom Blutung aus dem linken Ohr. 6-jähriges Mädchen, 3. Scharlachwoche, blutet seit 24 Stunden aus dem linken Ohr. Am Tage vorher Drüsenabszess an linker Halsseite gespalten und 2—3 Esslöffel Eiter entleert. Die Blutung aus dem Ohr kommt aus einer Fistel in der unteren Gehörgangswand, zeitweilig blutet es im Strahl. Der Drüsenabszess wird breiter eröffnet, dabei erfolgt kolossale Blutung, Tamponade, Freilegen und Unterbindung der Carotis 3 cm. unterhalb der eitrigen Wunde. Blutung steht. Am 4. Tage beim 2. Verbandwechsel Nachblutung aus Wunde, Ohr, Nase und Mund, Puls kaum fühlbar. Tamponade. Von da an steht

die Blutung. Täglich Kochsalzinfusion. Nach einigen Tagen Allgemeinbefinden besser. 2 Wochen nach Unterbindung fieberfrei, vollständige Heilung in 6 Wochen. Facialisparesse aller Aeste seit dem 3. Tage nach operativem Eingriff und geringe Pupillendifferenz bei normalem Augenhintergrund nachgeblieben. Im Verlauf links Mittelohreiterung, die chron. noch besteht.

p. II. Dr. v. Mühlen demonstriert den Kranken mit der Steinbildung in der Kiefer-Keilbeinhöhle, über welchen er in der vorigen Sitzung gesprochen.

p. III. Dr. M. Hirschberg hält seinen angekündigten Vortrag:

«Beitrag zu den unwillkürlichen Muskelzuckungen im Gesicht». (Der Vortrag soll im Druck erscheinen).

Dr. E. Schwartz weist auf die Wichtigkeit des Tremor für die Diagnose hin, oft sei er der Vorläufer einer Lähmung z. B. sei es der Fall gewesen bei einer Bleilähmung, welche er kürzlich beobachtet.

Dieser Krampf sehe genau so aus, wie man ihn auch bei Neuropaten beobachten könne.

p. IV. Dr. v. Cossart (als Gast) hält seinen Vortrag: «Zur Bier'schen Stauung».

Unter den vielen Versuchen mit Bier'scher Stauungshyperaemie giebt es eine ganze Reihe von Misserfolgen, die meist die schweren Fälle betreffen. Die leichteren Infektionen heilen ebenso gut bei Anwendung von immobilisierenden Verbänden und Suspension. Der Körper scheint eben mit einem gewissen Grade der Infektion selbst fertig zu werden.

Bei den unter Dr. v. Bergmanns Leitung gemachten Versuchen wurden bloss entzündliche Prozesse der Extremitäten gestaut, wozu man sich der Gummibinde bediente.

Das Nachlassen der Schmerzen wurde fast stets beobachtet was auch als Gradmesser der richtig angelegten Binde dienen soll. Bloss die Diabetiker scheinen in dieser Hinsicht eine Ausnahme zu machen; von ihnen wurde die Binde entweder garnicht getragen oder blieb ohne Einfluss.

Das die bakteriziden Eigenschaften enthaltende Oedem trat bald auf. Auf den Unerfahrenen kann dasselbe den Eindruck des Weiterkriechens des Prozesses machen.

Wir sahen eine lebhaftere Verfärbung, doch selten die von Bier hervorgehobene intensive Rötung. Die Stauung muss eine warme sein, unangenehme Empfindungen müssen fehlen.

Eine zu fest angelegte Binde muss Ernährungsstörungen hervorrufen.

Zu unseren günstig verlaufenen Fällen gehören einige leichtere subkutane Panaritien, mittelschwere Lymphangitiden und beginnende Phlegmonen, die wohl auch durch immobilisierende Verbände und Hochlagerung zurückgegangen wären. Die Heilungsdauer war im Verhältnis zu den alten Methoden

keine verkürzte, event. kann in einigen Fällen eine frühere Arbeitsfähigkeit eintreten, da Pat. eher mit den Bewegungen beginnen. Wo deutlich Eiter nachweisbar war, wurden 1—1½ ctm. lange Stichinzisionen nach Bier angelegt, und erzielten wir auch hier in paar Fällen hübsche Resultate. Zu dieser Gruppe gehören aber auch unsere meisten Misserfolge. Der Prozess ging allerdings meist nicht weiter, doch musste man häufig nach einiger Zeit die Operation vornehmen, die gleich ausgeführt jedenfalls auch genügt hätte. Die Pat. hatten dabei nur viel Zeit verloren. Doch existieren unter den Beobachtungen auch Fälle, wo nach längerem Wohlbefinden die Pat. plötzlich unter septischen Erscheinungen erkrankten.

Gute Resultate wurden erzielt, wo die Stauung nach breiten Spaltungen des Gewebes als Ersatz der Tamponade angewandt wurde. Die Heilungsdauer wurde verkürzt, die schmerzhaften Verbände und der schädigende Einfluss der Tampons auf das Gewebe (Sehnen) fiel fort; ebenso konnten dank dem Wegfall der immobilisierenden Verbände bessere funktionelle Resultate erzielt werden.

Dass es bei vollkommener Technik wenige Misserfolge geben wird, ist nach Bier's Mitteilungen zu erwarten.

Gegen zu grosse Begeisterung wäre Lexer's kürzlich erschienene Arbeit, die sich auf bakteriologische Studien stützt zu empfehlen.

(Autoreferat).

Dr. Brutzer möchte die Anwendung der Bier'schen Stauung bei chronischen Fällen und bei akuten gesondert besprechen; bei den chronischen Fällen sei das Verfahren ausgezeichnet, hier sei immer ein guter Erfolg; wenn es trotz Anwendung dieses Verfahrens doch zur Operation komme, so sei doch nichts verloren; bei Verdacht auf Tuberkulose in diesen Fällen werde die Stauung immer gut vertragen; was die akuten Erkrankungen, z. B. Phlegmonen, Panaritien etc. betreffe, so lägen aus der Literatur immer mehr Berichte vor, dass auch hier gute Resultate zu erzielen möglich, nur bei einigen seien sie schlecht gewesen: wo der Prozess nicht lokalisiert ist, solle die Stauung nicht angewandt werden, also bei der Pyaemie; Bier selbst sage, dass solche Fälle nicht wegen, sondern trotz der Stauung schlecht verlaufen sind.

Brutzer meint, dass die Technik noch erweitert werden müsse, es seien auch Saugapparate angewandt, nicht nur die Binde. Das Verfahren verdiene jedenfalls noch weiter ausgebaut zu werden.

Dr. v. Bergmann meint, dass die Behandlung der Tuberkulose nach Bier ein Kapitel für sich bilde, das er heute daher nicht berühren möchte; nur so viel möchte er sagen, dass er hier einen operativen Eingriff vorziehe. In Betreff der eutzündlichen Prozesse habe das Urteil auf

dem diesjährigen April-Kongress der Chirurgen in Berlin jedoch im Allgemeinen anders gelautet als Dr. Brutzer's Ansicht. Ueberall seien gute Resultate erzielt worden, wenn es sich um Fälle gehandelt, welche im Entstehen begriffen waren. Bei der Osteomyelitis jedoch habe nur Bier gute Resultate erzielt. Diabetes solle nach Ansicht Aller nicht gestaut werden. Die Furunkel im Allgemeinen seien jedoch mit Erfolg mit Stauung behandelt worden; zeitlich sei der Erfolg bei dieser Behandlung der Furunkel wohl derselbe, eher habe man sich noch etwas länger später mit dem Oedem zu plagen, als bei der alten Methode der Operation. Brennend sei die Frage der Behandlung der Phlegmone mit der Stauung; Bier selbst verspreche hier bessere Resultate und ist Bergmann der Meinung, dass Bier Recht habe; nachdem man inzidiert hat, ist die Tamponade nicht mehr nötig, auch Lexer giebt dies an. Bier hat nur 40 pCt. Sehnennekrosen nach Sehnencheidenentzündungen bei seinem Verfahren gesehen, was doch gewiss ein sehr gutes Resultat sei.

Bei den metastatischen Prozessen müsse man bedenken, dass auch eine Spontanheilung eintreten könne; mit der Stauung behandelt, haben solche Patienten jedoch viel weniger Schmerzen. Bier hat gerade auch hier gute Erfolge gesehen.

Ebenso könne man das Verfahren auch bei Entzündungen anwenden, welche durch Gonokokken, Pneumokokken hervorgerufen seien.

d. Z. Sekretär: Dr. med. Theodor Schwartz.

Sitzung am 3. Mai 1906.

p. I. Dr. Grüning stellt einen an Hörstummheit leidenden Knaben vor.

L. S. ist 7 Jahre alt und stammt aus Riga. Beide Eltern sind gesund, der Vater ist nicht Potator, weder bei den Eltern noch Grosseltern oder sonst in der Verwandtschaft sind Nerven- oder Geisteskrankheiten vorhanden. Die drei Geschwister des Pat. sind ebenfalls gesund und sind sprachlich normal entwickelt, doch soll der jüngste Bruder erst mit Beginn des 3. Lebensjahres zu sprechen begonnen haben. Patient selbst hat keine nennenswerten Krankheiten durchgemacht und soll nur in den ersten Lebensjahren an leichter Skrophulose gelitten haben, welche jedoch nach geeigneter Therapie bald wieder schwand. Er wurde an der Mutterbrust ernährt und entwickelte sich körperlich normal, mit 1½ Jahren fing er zu gehen an. Die Sprache jedoch blieb aus, bis zum Anfang des 4. Lebensjahres soll er garnicht gesprochen haben. Die Mutter befragte dieser auffallenden Erscheinung

wegen mehrere Aerzte, diese konstatierten alle ein normales Gehör und vertrösteten sie in betreff der Sprache auf die Zukunft. Zwischen dem 4. und 5. Lebensjahr soll er spontan «Papa, Mama» sowie den Namen seiner Schwester «Sascha» gesprochen haben und zwischen dem 5. und 7. Jahre sind dann noch einige wenige Wörter hinzugekommen. Status: Der somatische Zustand ist befriedigend, das Gehör vollkommen normal, die Nasenatmung frei, keine Adenoiden. Weder an den peripheren Sprachorganen, noch sonst an anderen Organen des Körpers ist irgend etwas Abnormes nachzuweisen. Die Prüfung der Sprache und des Sprachverständnisses ergibt folgendes: Die spontane Sprache, von welcher Patient im Verkehr mit seiner Mutter ziemlich ausgiebigen Gebrauch macht, ist ein ganz unverständliches Kauderwelsch, das nur eine entfernte Aehnlichkeit mit den Lauten unserer Sprache hat und von Seiten des Patienten mit lebhaften Zeichen und Gesten begleitet wird. Spricht man ihm etwas vor, so versucht er es nachzusprechen, doch wird das vorgespochene Wort so verstümmelt wiedergegeben, dass es noch kaum zu erkennen ist und oft besteht es nur in einer Nachahmung des Hauptvokals und des Stimmtones. Bei sehr deutlichem und scharf artikulierte[m]m Vorsprechen gelingt das Nachsprechen etwas besser, sobald man sich dabei auf leichte und kurze Wörter beschränkt. Die Vokale sind unrein, die Umlaute fehlen ganz, von Konsonanten fehlen l, n, j; b wird mit m, t mit k, d mit g und umgekehrt verwechselt. Bei Wörtern, die mit mehreren Konsonanten beginnen, spricht er nur den ersten, die übrigen lässt er weg. Das Sprachverständniß liegt vollkommen darnieder, Pat. ist nicht imstande, auf Geheiß und bei lautem und deutlichem Vorsprechen irgend einen Teil seines Körpers oder einen Gegenstand im Zimmer zu zeigen. Ebenso wenig vermag er den kleinsten Auftrag auszuführen, wenn man sich bei Erteilung des Befehls aller hinweisenden Geberden enthält; er hört unsere Sprache, aber er versteht sie nicht: er ist psychisch vollkommen taub. Die Prüfung der übrigen Sinnestätigkeiten ergiebt keine nennenswerten Defekte; von verschieden gefärbten und verschieden geformten Pappstückchen legt er die der Farbe und Form nach zusammengehörigen richtig zu einander, ebenso vermag er, aus einer Anzahl Geldstücke die gleichwertigen richtig zusammen zu legen. Figuren, die man ihm aus Stäbchen vorlegt, legt er sofort richtig nach, auch in der Geruchs- und Geschmacks- und in der taktilen Sphäre sind keine Defekte nachweisbar. Pat. ist in seinen Bewegungen lebhaft und gewandt und macht einen intelligenten Eindruck.

Diagnose: Hörs t u m m h e i t (sensorische Form).

Pat. befindet sich seit 3 Jahren in Behandlung des Ref. dessen Therapie vor allem darin besteht, das fehlende Sprachverständniß zu wecken. Es werden ihm täglich neue Gegenstände sowohl in natura, sowie im Bilde gezeigt und die be-

treffenden Benennungen laut und deutlich vorgesprochen. Pat. muss sich bemühen, das Wort möglichst deutlich nachzusprechen und seinem Gedächtniss einzuprägen. Dabei erwies sich, obwohl Pat. einen grossen Lerneifer zeigte, das Gedächtniss anfangs ausserordentlich mangelhaft; 10—20 und mehr Male musste man ihm ein Wort vorsprechen und er es ebenso oft nachsprechen, wenn man dann ein neues Wort einübte und nach einer kurzen Weile wieder nach dem ersten fragte, so hatte er dieses bereits vergessen. Allmählig scheint sein Gedächtniss etwas besser zu werden und kennt und benennt er jetzt bereits circa 40 Gegenstände. Gleichzeitig werden mit ihm täglich Artikulationsübungen vorgenommen, die vorhandenen Laute geschärft und die fehlenden eingeübt. Nach Ablauf von circa 6 Monaten kann man erwarten, dass Pat. den Inhalt kleiner Sätze verstehen und sich ebenso in solchen wird ausdrücken können. Dann kann er aus der Behandlung entlassen werden, und man darf hoffen, dass er das fehlende durch den sprachlichen Verkehr mit seiner Umgebung selbst ergänzen wird.

(Autoreferat).

Dr. A. Behr bemerkt dazu, dass schon Gall auf diese Krankheiten hingewiesen hätte, ebenso auch Benedict; auch die Arbeit von Lanois behandle ausführlich diese Fälle. Er fragt sodann, ob in diesem Falle eine Aetiologie angegeben werden könne; Ziehen meine, dass nach Typhus die Hörstummheit relativ häufig beobachtet werde. Eine andere Frage sei die, was wird nun aus solchen Kindern? Dr. Grünig habe darauf hingewiesen, dass sie oft für imbecill gehalten würden. Sektionsbefunde giebt es jedoch merkwürdigerweise noch nicht. Es halten in der Tat viele Neurologen, z. B. Kalischer, Jolly diese Kinder für Idioten oder Imbecille, Lanois dagegen will doch glauben, dass neben einer grossen Rückständigkeit man doch auch auf Kinder stosse, welche vollsinnig seien und oft nur einen Mangel an Entschluss aufweisen.

(Behr führt das bekannte Beispiel des Sohnes von Cyrus an.)

Die Untersuchung derartiger Kinder ist jedoch sehr schwierig, und oft die Frage nicht zu entscheiden, weshalb sie psychiatrisch auch noch etwas dunkel geblieben ist. Bei der Prüfung des Gehörs muss auch die kontinuierliche Tonreihe geprüft werden. Auch an Hysterie muss man denken, da wir ja gar keine Sektionsbefunde haben; ist es doch bei der Hysterie bekannt, dass nach einem Schreck sich nach einer Phase des Stammeln erst das Sprechen wieder einstellt. Der Mutismus kommt auch bei der Katatonie vor, diese Menschen hören und fassen Alles auf, schweigen jedoch, zuweilen jahrelang, in einem Falle sogar 30 Jahre. Redner hat selbst einen derartigen Fall gesehen, welcher 2 Jahre stumm war; welche Hemmung liegt hier nun vor? jedenfalls führen doch nur schwere

psychische oder zerebrale Prozesse zu diesem Symptomenbild.

Dr. Voss meint, das vorgestellte Kind würde vielleicht durch systematische Uebungen zum Nachsprechen gebracht werden können, doch sei die Psyche doch wohl nicht ganz normal, da es eben nur nachspricht. Ein Urteil über die Intelligenz könne man in solchen Fällen nicht gleich fällen.

Dr. Grüning hat beobachtet, dass die Fälle mit sensorischen Formen gut nachsprechen, die Fälle mit motorischen Formen dagegen sehr schlecht.

Dr. Blumenbach schlägt Dr. Grüning vor, den kleinen Patienten im Herbst noch einmal der Gesellschaft vorzustellen, damit man den Fortschritt sehen könne.

P. II. Dr. Bosse stellt einen Patienten vor, welcher an Bronchitis fibrinosa leidet. Pat. ist Fleischer, hat nie Temperatursteigerungen gehabt, Tuberkulose liegt allem Anschein nach nicht vor. In den letzten Monaten jedoch ist er stark abgemagert; er klagt über allgemeine bronchitische Symptome; vor 14 Tagen hatte er zuerst einen Hustenanfall, bei welchem er beinahe, wie er sagt, erstickt sei, dabei Ausleerung eines grösseren Ballen Auswurfs, welcher baumartig verzweigt ist; diese Anfälle treten meist abends auf. Vortragender demonstriert den Auswurf, welcher einen mehrere cmtr. langen Ausguss der Bronchien mit ihren Verzweigungen schön illustriert. Nach Weigert handelt es sich hier um fibrinöse Ausschwitzungen, wobei eine Nekrose der Schleimhaut mitspielt, ähnlich wie bei der Diphtherie. Die Krankheit werde auch mit Herzkrankheiten und Tuberkulose in Zusammenhang gebracht; in seinem Fall liege eine kompensierte Mitral-Insuffizienz vor, daher könne er sich einen Zusammenhang nicht denken. Die Behandlung biete leider wenig Aussicht auf Erfolg, vorgeschlagen seien Inhalationen mit Kalkwasser, auch Gebrauch von IK; Nach Fränckel kann man aus dem Auswurf konstatieren, aus welchem Teil der Lunge er stammt, hiernach stammt der demonstrierte Auswurf wohl aus dem Oberlappen. Bei einem Auswurf, welcher aus den tieferen Teilen der Lunge stammt, soll man auch kleine Bläschen sehen, welche die Abgüsse der Alveolen sein sollen, in diesem Fall sind derartige Bildungen nicht zu sehen.

Nach Dr. H a m p e l n's Meinung handelt es sich hier jedenfalls um eine Rarität; in seiner Praxis hat er nie solch einen Fall gesehen.

Dr. Deubner hat seines Erinnerns einmal einen Fall demonstriert. Das Auftreten solcher Gerinnsel muss er als eine Ausartung der physiologischen Tätigkeit betrachten und muss man solch einen Fall ebenso als eine Rarität bezeichnen wie die Fibrinurie, (cf. den Krannhals'schen Fall vor einigen Monaten); Jemand, der solch ein Symptomenbild zeigt, ist eben ein Mensch, der auf ganz gewöhnliche Reize ganz ungewöhnlich reagiert; man kann solch einen Fall daher

unter die Kuriositäten rechnen, ganz ebenso wie etwa die schweren individuellen Reaktionen einzelner gegenüber gewissen Medikamenten.

Dr. Burchard fragt, ob man nicht auskultatorische Phänomene bei dem Manne beobachtet habe, da die ausgehusteten Massen von derselben Gestalt sind, also wohl von ein und derselben Stelle stammten.

Dr. Bosse erwidert, dass er ausser einer Bronchitis nichts gefunden habe.

In bezug auf die Therapie empfiehlt Dr. Kröger die temperierten Douchen; die Lunge werde dadurch unter günstigere Ernährungsbedingungen gesetzt, hierdurch könnte vielleicht auch die Fibrinbildung eingeschränkt werden.

P. III. Dr. Bornhaupt hält seinen angekündigten Vortrag: «Zur Stauungsbehandlung nach Bier».

Indem ich zu der Stauungsbehandlung nach Bier, von der auch auf der letzten Sitzung die Rede gewesen ist, einen Beitrag liefere, will ich nicht von der Behandlung der Phlegmonen und Panaritien, wo die Resultate im Grossen und Ganzen dieselben sind, wie sie in der Literatur schon mehrfach ihre Bestätigung gefunden haben, ich will auch nicht über das Kapitel der Behandlung der Tuberkulose sprechen, ein Gebiet, das neuerdings durch die Arbeiten von Manning (Budapest) und Roesen (Bonn) berührt und von verschiedenen Seiten beleuchtet worden ist;

Ich wollte nur ganz kurz hier über einen Fall referieren, den ich mit einem Misserfolg in der Stauung behandelt hatte.

Es handelt sich um ein junges Mädchen, das nach einer Pneumonie plötzlich mit einer Schwellung und starken Schmerzen an dem rechten Schultergelenk erkrankt war. Da die Schmerzen zugleich mit Kältegefühl, hoher Temperatur und scheinbarer Verdickung des Knochens eingesetzt hatten, so wurde eine Epiphysenosteomyelitis angenommen und der Arm wurde sofort am Thorax fixiert. Die Hauptschwellung und Fluktuation bestanden an der vorderen Seite des Oberarms im Bereich des Musculus Deltoideus. Das Oedem dehnte sich aus nach hinten zur Scapula hin und längs dem Oberarm nach unten bis zum Ellenbogengelenk. Die Punktion der fluktuierenden Stelle ergab 4 Spritzen à 2 Ccm. Eiter. Die bakteriologische Untersuchung des Eiters stellte die Pneumokokken als Urheber der Eiterung fest.

In 11 Tagen nach der Punktion war die Schwellung vollständig abgefallen, das Oedem war geschwunden, die Schmerzen waren vergangen, die Temperatur fiel bis zur Norm ab. Die Fluktuation, die vorher in deutlicher Weise vorhanden war, war jetzt kaum noch an der Ansatzstelle des musculus deltoideus am Oberarm nachzuweisen. Im Schultergelenk selbst, in der Gelenkspalte, war von Anfang an keine Fluktuation nachzuweisen. Das Röntgenbild ergab: das Gelenk frei, grössere Durchlässigkeit des Humeruskopfes.

Da der Prozess dem Ausheilen nahe war und gerade an dem Punkt angekommen war, wo ein gewisser Stillstand eintreten war, so legte ich eine ganz weiche Naturgummibinde oberhalb des Schultergelenkes an, um die Heilung eventuell zu beschleunigen und mit den Bewegungen im Schultergelenk beginnen zu können, die noch immer bis dahin schmerzhaft waren. Die Binde hatte 6 Stunden gelegen. Es trat keine Verfärbung der Extremität, wohl aber ein leichtes Oedem auf. Die Patientin fing an, über Schmerzen zu klagen. Die Schultergelenkgegend war sehr stark angeschwollen. Während das Oedem an der Extremität zum nächsten Morgen geschwunden war, blieb die Schwellung am Schultergelenk, blieben die Schmerzen bestehen, die Fluktuation trat von Neuem auf und die Temperatur stieg an. Bei der Punktion wurde zum zweiten Male Eiter gewonnen, worauf der Eiterherd durch einen Schnitt geöffnet wurde. Der Abszess lag unter dem musc. deltoideus, kommunizierte weder mit dem Knochen noch mit dem Gelenk, sondern schien von der bursa subdeltoidea ausgegangen zu sein. Die Wunde schloss sich bald, und die Patientin wurde geheilt entlassen.

An der Hand dieses Falles kann man sich nicht ganz mit der Meinung des H. Rubritius einverstanden erklären, dass die Stauungsbehandlung nach Bier die alte Methode der Ruhigstellung des Entzündungsherdes umgestossen habe. Im Gegenteil wurde in unserem Fall durch die Fixierung der Extremität die spontane Heilung sichtlich begünstigt. Die einmalige Stauung aber verursachte eine sehr rapide Vermehrung der Eitermenge. Wenn also die Stauung im Kampf gegen die Mikroorganismen und bei der Heilung der Wunden eine wesentliche Rolle spielt, so ist die Immobilisierung in allen den Fällen durchaus nicht zu verwerfen, wo es sich um die Resorption der Zerfallprodukte handelt. Hier erscheint ja der unbehinderte Abfluss für das venöse Blut durchaus von grösster Wichtigkeit. Dadurch wird es begreiflich, warum zum Beispiel nicht alle Osteomyelitiden durch die Stauungsbehandlung heilen. Die akute Osteomyelitis in den ersten Tagen, wo es sich erst um die Hyperämie handelt, wird durch die Stauungsbehandlung eher günstig beeinflusst werden, als eine Osteomyelitis, wo sich Sequester und Eiterherde im Knochen befinden.

Um die richtigen Grenzen der Stauungsbehandlung ziehen zu können, darf man die pathologisch-anatomische Basis nicht verlassen, indem man nur klinisch hier und da die Stauung versucht. Man muss sich unbedingt auch Lexer anschliessen, wenn er einen grossen Wert auf die bakteriologischen Untersuchungen legt, und darin die Erklärung für die verschiedenen Ansichten über die Stauungsbehandlung sucht.

(Autoreferat.)

d. z. Sekretär: Dr. Theodor Schwartz.