

68,452.



# Mittheilungen

aus der

**Gesellschaft praktischer Aerzte**

zu Riga.

1903/1904.



St. Petersburg.

Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharienenhofer Pr., № 15.

1905.

# Mittheilungen

aus der

**Gesellschaft praktischer Aerzte**

zu Riga.

1903/1904.



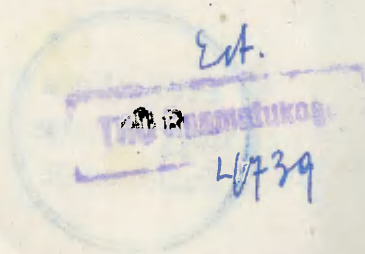
St. Petersburg.

Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharienenhofer Pr., № 15.

1905.

Довволено цензурою Спб., 16 Августа 1905 г.

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



## Sitzung am 27. August 1903.

1. Anknüpfend an den Punkt 3. des soeben verlesenen Protokolls vom 21. Mai berichtet Dr. Mandelstamm I. über einen Fall aus seiner Praxis, bei dem es sich um völlige Abtrennung des linken unteren Augenlides in Folge einer Verletzung handelte. Redner reponierte das abgerissene Lid und befestigte es mit Suturen. Die Heilung erfolgte anstandslos. Redner betont die äusserst günstigen Ernährungsverhältnisse im Bereiche der Augenlider, und empfiehlt bei ähnlichen Verletzungen — wenn nicht anders — ein beliebiges Stück Haut zur Deckung zu benutzen.

2. Dr. Bornhaupt berichtet über 2 Fälle von Laparotomie nach Bauchschuss: Im süd-afrikanischen Kriege hat man nach den Berichten von Matthiolus, Hüttner, Hildebrand, Weber, und der Engländer Treves, Warton-Cheyne, Mac-Cormak, die Erfahrung gemacht, dass die conservativ behandelten Bauchschüsse einen besseren Prozentsatz der Heilungen ergeben, als die operierten: Hüttner rechnet 56 pCt. Heilung, Treves und Warton-Cheyne unter 40 pCt. Mortalität bei conservativer Behandlung.

Diese Erfolge finden ihre Erklärung darin, dass der Darm der Soldaten im Kriege verhältnissmässig leer ist, und zweitens, dass der Darm dem Projectil auszuweichen vermag. Anders steht es in Friedenszeiten, wo ein verhältnissmässig gefüllter Darm von einer Bleikugel eines Revolvers perforiert wird.

Dass solche Fälle in Friedenszeiten, sobald sie in den ersten 7—10 Stunden nach der Verletzung in ein wohleingerichtetes Hospital kommen, sofort laparotomiert werden müssen, zeigen zwei von Vortragendem operierte Fälle:

1) Gustav Barnewitz, 18 Jahre alt, operiert am 9. Juni 1903, 5 Stunden nach der Verletzung. Einschuss links 2. Querfinger breit über dem Lig. Poupartii nach aussen von der linea alba. 6 Löcher im Dünndarm; Blut und etwas Kot im kleinen Becken; und

2) Leo Timofejew, 25 Jahre alt, operiert am 23. Juni 1903, 2 $\frac{1}{2}$  Stunden nach der Verletzung. 2 Löcher im Dünndarm, Blut und reichliche Mengen von Kot auf den Darmschlingen und im kleinen Becken. In beiden Fällen wird die Bauchhöhle in der linea alba eröffnet, die Löcher im Darm vernäht, der Darm unter Kochsalzspülung revidiert, die Bauchhöhle gereinigt und ausgespült. In beiden Fällen wird die Revolverkugel frei im kleinen Becken gefunden und entfernt. Die Bauchdecken werden in 2 Etagen geschlossen. Beide Patienten sind geheilt entlassen worden. In beiden Fällen bestand keine Tendenz zur Abkapselung des entzündlichen Prozesses im Peritoneum, dagegen erheischten die alarmierenden Symptome einen sofortigen operativen Eingriff. Zu diesen Symptomen müssen gerechnet werden: der brettharte, gespannte Leib, schlechtes, bleiches Aussehen des Pat., Erbrechen, kleiner, beschleunigter Puls, heftige Schmerzen im Abdomen. Auffallend, dass aus 6 Löchern in 5 Stunden weniger Kot ausgetreten war, als im zweiten Fall aus 2 Löchern nach 2 $\frac{1}{2}$  Stunden. Im zweiten Fall ist das Kaliber der Revolverkugel besonders gross gewesen. In beiden Fällen war der Darminhalt, wahrscheinlich wegen seiner breiigen Konsistenz (unweit vom Coekum), in verhältnismässig geringer Menge in die Bauchhöhle ausgetreten, wodurch man zur Stellung einer günstigen Prognose berechtigt wird. Das günstige Resultat beweist, dass bei einem Revolverschuss im Abdomen eine Laparotomie in den ersten 8 Stunden, in einem wohleingerichteten Operationssaal mit einer genauen Revision und sorgfältigen Spülung der ganzen Bauchhöhle lebensrettend sein kann.

(Autoreferat):

Dr. v. Broecker richtet an Vortragenden die Frage, warum er von einer Drainage des Abdomens Abstand genom-

men habe? Der sofortige Verschluss der Bauchhöhle erscheine ihm in Anbetracht der in beiden Fällen vorhandenen peritonitischen Beläge doch etwas riskant.

Dr. B o r n h a u p t verweist auf die Erfahrungstatsache, dass die mechanische Reinigung der Därme mit ClNa-lösung völlig ausreiche. Die Tamponade sei überflüssig, und habe ausserdem den Nachteil, dass sie das Peritoneum reize. Die Spülung mit Kochsalzlösung bewirke, abgesehen von der mechanischen Reinigung, auch eine Verdünnung der infektiösen Stoffe, und begünstige dadurch deren Resorption. Bei nicht abgekapselten perityphlitischen Exsudaten mit beginnender Peritonitis universalis werde dasselbe Verfahren mit gleichfalls gutem Erfolge angewandt. Hier, wie dort, wo es sich um ausgedehnte peritoneale Infektion handele, verbiete sich eine Drainage von selbst: man könne doch unmöglich das ganze Abdomen tamponieren.

Dr. v. B r o e c k e r erwidert, dass er keine Gazetampnade, sondern die Glasdrainage gemeint habe.

Dr. v. B e r g m a n n: Nur bei abgekapselten Peritonitiden, wo grössere Exsudate zu erwarten seien, habe die Drainage einen Sinn. Anders verhielte es sich aber, wollte man, wie hier, Drains in die Bauchhöhle legen, damit letztere nicht infiziert werde. Einerseits müsse man daran festhalten, dass im Beginn der Infektion durch mechanische Spülung eine völlige Reinwaschung der Darmschlingen nicht möglich sei. Andererseits dürfe man nicht vergessen, dass bei nicht abgekapselten Peritonitiden die Drains binnen Kurzem durch Adhaesionen so verlegt würden, dass eine Spülung der Bauchhöhle unmöglich werde.

Dr. B o r n h a u p t: Wo es sich darum handle, einem vorhandenen Sekrete freien Abfluss zu verschaffen, sei die Drainage unumgänglich nötig. Mit Exsudaten aber, die erst in der Bildung begriffen, werde das Peritoneum am besten allein fertig.

3. Dr. S c h a b e r t demonstriert 2 Herzen mit Mündungssklerose der Art. coronar. cord.

Unter den Verengerungen und Verschlüssen der Art. coron. cordis nehmen die durch Sklerose der Aorta zu Stande kommenden, nur im Bereich der Mündung der Art. coron. gelegenen Verengerungen in pathologischer Beziehung eine be-

sondere Stellung ein. In reinen Fällen dieser Art, die vom Vortragenden in den letzten 2 Jahren 6 mal beobachtet wurden, bleibt die Veränderung auf die Mündung beschränkt, während die übrigen Abschnitte der Art. coron. in allen Verzweigungen glätt, elastisch und weit sind. In allen genannten Fällen fand Vortragender die rechte Coronararterie verändert, 2 mal hochgradig verengt, sodass nur eine Borste ihr Lumen passiren konnte, 4 mal vollkommen verschlossen. Von der linken Coronararterie aus gelang es unter nicht zu hohem Druck allemal die rechte Arterie zu injizieren, sodass angenommen werden kann, dass die Versorgung der Zirkulation im Bereich der Rechten Coronaria von der linken aus erfolgt durch Anastomosen, wie sie von Langer nachgewiesen sind. Man dürfte sogar annehmen, dass diese Versorgung eine reichliche gewesen sein müsse, da in einem Teil der Fälle (4) eine enorme Hypertrophie des linken Ventrikels wegen gleichzeitig bestehender Aorteninsuffizienz bestand, neben mässiger Hypertrophie des rechten Ventrikels.

Weiter sei in diesem Falle bemerkenswert die Abwesenheit der sonst bei Coronararterienverschluss gewöhnlichen Veränderungen am Myocard. Es gehe daraus hervor, dass der chronisch entwickelnde Verschluss einer (der rechten) Coronararterie ein wohl mit dem Leben vereinbarer Vorgang sei. Vortragender demonstriert 2 die besprochenen Verhältnisse illustrierende Herzen und behält sich vor in einer ausführlicheren Arbeit weitere Mitteilungen zu machen.

(Autoreferat).

Dr. Hampeln: So interessant die von Vortragendem geschilderten Formen von Coronarsklerose auch in anatomischer Hinsicht seien, so böten sie klinisch doch zu wenig Anhaltspunkte für die Differentialdiagnose. Auch Curschmann's Versuche, sie von der gewöhnlichen Coronarskl. klinisch zu trennen, sind nicht als gelungen zu betrachten. Dass das Herz bisweilen hochgradige Verengerungen der Coronararterienmündung, ohne Schädigung seiner anatom. Structur und ohne dass schwere klinische Erscheinungen einträten, vertragen könne, beweise ein Fall aus Redners Praxis. Es handelte sich um eine blühende Frau — keinerlei Symptome für ein Herzleiden, nur zuweilen ein leichter Druck in der Herzgegend. Die Frau erkrankte plötzlich, und starb in wenigen Minuten.

Die Sektion ergab einen völlig normalen Herzmuskel; im Sinus Valsalvae sin. befand sich aber ein kleines Aneurysma. Dieser Befund forderte zu einer genaueren anatom. Untersuchung auf, die Dr. Schabert ausführte. Dabei fand er an der Mündung der l. Art. coronar. ein Gumma, das die Umgebung der linken Coronararterie umfasst und allmählig zu völligem Verschlusse gebracht hatte. In diesem Moment war der Tod eingetreten.

Dr. Schabert stimmt in Bezug auf die Mangelhaftigkeit der klinischen Gesichtspunkte bei der Mündungssklerose mit Dr. Hampeln überein, meint aber doch in einem Falle seiner Praxis aus rein klinischen Gründen auf das Bestehen dieser Affektion richtig geschlossen zu haben. Ein Herr in den mittleren Jahren, der mehrfach an Anfällen von Angina pectoris gelitten, und sogar ein halbes Jahr bettlägerig verbracht hatte — ist heute völlig gesund. Da sich ein solcher Umschwung nur durch Bildung von Collateralen erklären lasse, diese aber bei der gewöhnlichen Form, wo die Sklerose sich in die feinsten Gefässverzweigungen erstreckt, ausgeschlossen werden müsse, so sieht sich Redner genötigt, die klinischen Erscheinungen auf eine alleinige Erkrankung einer Coronarmündung, die Restitutio aber auf die sonstige Intaktheit der Herzgefässe zu beziehen.

4. Dr. Gerh. Kieseritzky hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber die Aetiologie der einheimischen Dysenterie.

Vortragender konstatiert, dass mit allergrösster Wahrscheinlichkeit 2 primäre Ruhrformen: die Amöbenruhr und die bazilläre Ruhr, anzunehmen seien, und wirft die Frage auf, mit welcher Ruhrform man es in Riga zu tun habe? Mit dem Umstande, dass das klinische und anatomische Krankheitsbild darauf hindeuten, dass es sich bei der epidemisch auftretenden, einheimischen Ruhr um die bazilläre Form handle, stimme es überein, dass er vor Jahren bei der Untersuchung einer grösseren Reihe von Ruhrfäces nie Amöben hat nachweisen können. Jüngst vorgenommene bakteriologische Untersuchungen ergaben nun einen Mikroorganismus, welcher dem Shiga-Kruseschen Dysenteriebazillus in den Kulturen vollkommen entsprach und welcher im Tierversuch hochgradig toxische Eigenschaften zeigte. Da Vortragendem kein tierisches Ruhrserum zur Verfügung stand, stellte er Agglu-

inationsproben mit menschlichem Ruhrserum an. Das Serum eines Ruhrrekonvaleszenten agglutinierte die Bazillen mikroskopisch deutlich noch in einer Verdünnung von 1:400. Vortragender entwirft schliesslich ein Bild der diagnostischen, prophylaktischen und der zukünftig zu erhoffenden therapeutischen Bedeutung des Kruse-Shigaschen Bazillus.

(Autoreferat).

Dr. Hampeln hat selbst nie Amöben in Dysenteriestühlen gefunden. Das Vorkommen der Amöbenruhr, z. B. in Deutschland, beweise noch nicht einen ätiologischen Zusammenhang zwischen den Amöben und der Darmaffektion. Da ausser einer pathogenen noch 2 gutartige Amöbenformen vorkämen, so wäre der Einwand, dass es sich hier nur um einen Nebenfund bei der bazillären Ruhr gehandelt haben könne, nicht unberechtigt. Besonders wenn man berücksichtigt, dass z. B. die Amöba vulgaris bei ganz Gesunden vorkomme, dass andererseits dysenterische Prozesse bei Nephritis, Hg-vergiftung etc. nicht zu den Seltenheiten gehören, so dürfe man auf die Anwesenheit von Amöben bei dysenter. Darmaffektion nicht zu viel Gewicht legen. Es wäre richtiger von Dysenterie nur dann zu reden, wo es sich um den spezifischen Bazillenbefund handle, sonst etwa nur von Amöbenenteritis.

Die Unterscheidung zwischen sporadischer und epidemischer Ruhr müsste wegen Mangels innerer Unterschiede ganz fallen gelassen werden.

Dr. Berkholz: Bei uns gab es allerdings nur eine epidemische Form der Dysenterie, die an bestimmte Monate gebunden ist. Anders in Kochinchina, wo eine auf Amöben beruhende, epidemische Form vorherrscht.

Die Amöbendysenterie unterscheidet sich von der bazillären klinisch durch das häufige Vorkommen von Milz- und Leberabszessen, die bei letzterer immer fehlen. Gemeinsam für beide sind eigentlich nur die schleimig-blutigen Stühle. Redner hat vor 3 Jahren auch mehrfach nach Amöben gefahndet, aber immer ohne Erfolg.

Dr. Schabert erkundigt sich bei Vortragendem nach dem Befunde der Kruseschen Bazillen in den Mesenterialdrüsen. Im Gegensatz zu anderen Infektionskrankheiten seien

hier letztere, wie auch die Milz makroskopisch kaum verändert.

Dr. Kieseritzky erwidert — keine anderen als die besprochenen Untersuchungen gemacht zu haben. Was die Veränderungen an den Mesenterialdrüsen betrifft, so bestehe allerdings eine Schwellung derselben, die aber, verglichen mit den schweren Darmveränderungen, als geringfügige erscheinen müssen. Dass die Milz nicht schwellt, beruhe wohl auf dem vorherrschend toxischen Charakter der Dysenterie.

Dr. Berkholz: Die Dysenterie verlaufe bisweilen ganz analog der Diphtherie auch ohne Fieber. Dies seien die reinen Formen — in den übrigen handle es sich um eine Mischaffektion. Auch nur bei diesen komme es zu Drüsenanschwellungen.

Dr. Schabert: fügt hinzu, dass nicht nur die mesenterialen Lymphdrüsen, sondern auch alle übrigen follikulären Apparate bei der Ruhr intakt blieben.

Dr. Kieseritzky: Wodurch es zu Komplikationen kommt, wissen wir nicht. Die Ueberschwemmung des Organismus mit Saprophyten geschieht vom Darm aus, und ist hier, ebenso wie nach Verbrennungen, nur als terminale Erscheinung aufzufassen. Sie gehört daher nicht zu Komplikationen der Ruhr, ebensowenig wie die typhoiden Formen derselben, die wohl nur schwerere Erkrankungsformen, beruhend auf weiterem Umsichgreifen des Prozesses in höhere Darmabschnitte, darstellen.

d. Z. Sekretär: S. Kröger jun.

---

## Sitzung am 1. Oktober 1903.

1. Dr. Engelmann demonstriert einen Fall von Lichen ruber planus. Er macht auf die trotz der allgemeinen Ausbreitung deutlichen Gruppen von typischen Lichenknötchen aufmerksam.

2. Dr. M. Schoenfeldt demonstriert an einem 50 a. n. Manne den weit vorgeschrittenen Symptomenkomplex der amyotrophischen Lateralsklerose 1) Die sehr ausgesprochenen Erscheinungen der progressiven Bulbärpa-

ralyse (schwere bulbäre Dysarthrie, Bradylalie, Schlingbeschwerden, Speichelfluss, Zwangs-Lachen und Weinen etc.);

2) Rigiditytät der paretischen Arme, Atrophie der kleinen Handmuskeln, beginnende Krallenhand (Degeneration der Vorderhörner resp. progr. Muskelatrophie spinalen Ursprungs);

3) Spastische Lähmung der unteren Extremitäten ohne Atrophie (Lateralsklerose).

Die beiden linksseitigen Extremitäten sind stärker betroffen, weil vor ca. 2 Jahren in dieser Körperhälfte der Prozess begonnen, während die bulbären Symptome erst seit einem Jahre sich zu entwickeln angefangen. Vortr. möchte nochmals (cf. Protokoll 19. Januar 1900) die Aufmerksamkeit darauf lenken, dass dem zusammengesetzten Symptomenkomplexe der amyotroph. Lateralsklerose — trotz seiner guten Begrenzung — nicht unbedingt eine nosologische Selbständigkeit zugesprochen werden müsse: wir sehen aus einer anfänglich reinen Lateralsklerose (spastische Spinalparalyse) eine amyotrophische sich entwickeln und andererseits zu der spinalen Form der progr. Muskelatrophie nicht selten Symptome der Bulbärparalyse sich hinzugesellen, während wiederum die chronische progr. Bulbärparalyse manchmal spastisch-amyotrophische Veränderungen an den Extremitäten darbietet.

Wenn sich auch in der Praxis die Absonderung dieses demonstrierten Krankheitsbildes als eines begrenzten, selbstständigen empfiehlt, so müssen wir doch dabei stets eingedenk sein, dass es sich um einen Degenerationsprozess der gesamten motorischen cortico-muskulären Leitungsbahn handelt, beginnend mit den trophischen Zentren der Muskel in den Vorderhörnern und Wurzeln, hinauf bis zu den bulbären Kernen (Medulla, Pons des Hypoglossus, Facialis, Vago-Accessorius), schliesslich zentripetal fortschreitend bis in die Rinde, gefolgt von einer Sklerose der Pyramidenbahn. Je nachdem wo in den einander indentischen nervösen Elementen der gleichgeartete Degenerationsvorgang sich lokalisiert, haben wir progr. Bulbärparalyse, hier amyotroph. Lateralsklerose, dort progr. Muskelatrophie spinalen Ursprungs etc.

(Autoreferat).

Dr. E. Schwarz: Vor 2 oder 3 Jahren, als Dr. Schönfeldt dieselben Anschauungen wie heute in unserem Verein

vorlegte, habe Redner schon auf dieselben geantwortet und verweise auf seine damaligen Ausführungen; heute wolle er sie nur in Kürze wiederholen! In topographischer Beziehung habe Herr Dr. Schönfeldt recht, alle die angeführten Krankheitsformen lokalisierten sich in dem motorischen Gebiete des Hirn- R. M's; abgesehen von anderen Eigenschaften, zeige doch schon der Verlauf der angeführten Krankheitsbilder eine so grosse Verschiedenheit, dass eine Zusammenfassung aller zu einer einheitlichen Gruppe nicht zulässig. Die amyotrophische Lateralsklerose, deren Krankheitsbild der vorgestellte Kranke zeige, sei eine akute Erkrankung: die den spastischen Erscheinungen entsprechende spastische Spinalparalyse jedoch eine exquisit chron.; desgleichen die chron. prog. Muskelatrophie, bei der langsam ein Teil der Muskeln nach dem anderen befallen wurde, während das Charakteristische der amyotrophischen Lateralsklerose eine Muskelatrophie sei.

Die Bulbärparalyse könne, wenn sie isoliert auftrete, gewiss eine Teilerscheinung der amyotrophischen Lateralsklerose sein und die übrigen Symptome dieser können den bulbären Symptomen nachfolgen: dann seien auch die unter dem Bilde der Bulbärparalyse auftretenden Krankheitsbilder gleichfalls von ganz verschiedenen Gesichtspunkten zu beurteilen. Die bulbären Symptome bei einem jugendlichen Individuum seien dort von ganz anderer Wichtigkeit, als dieselben bei einem alten an Arteriosklerose leidenden Manne. Das Prinzip, die Krankheit nach ihrer Lokalisation einzuteilen oder zusammen zu fassen, lasse im Stich; die Aetiologie gebe bessere Anhaltspunkte, über das Wesen der Krankheitsbilder richtige Anschauungen zu erhalten.

(Autoreferat).

Dr. M. Schönfeldt. Ich bestreite nicht die Berechtigung der klinischen Abgrenzung, sondern halte vom prinzipiellen Standpunkte die scharfe Betonung der nosologischen Selbständigkeit jeder dieser Krankheitsformen nicht für unbedingt erforderlich.

Dr. Ed. Schwarz. Auch die Erkrankungen, die sich am peripheren Nervensystem abspielten, könnten gleichfalls als ein und dieselbe Krankheitsgruppe angesehen werden: sie seien jedoch nicht nur Teilerscheinungen verschiedener sehr

differenter Krankheiten; eine akute infektiöse Neuritis sei anders aufzufassen, als eine alkoholische oder eine Bleineuritis. Was die minderwertige Anlage der in Frage kommenden motorischen Teile des Nervensystems anbelangt, so können diese wohl z. B. bei der spastischen Spinalparalyse herangezogen werden. Man sah öfter jugendliche Individuen, die sich starken Anstrengungen der unteren Extremitäten aussetzen müssen, an dieser Form der Degeneration erkranken. Diese Armen hätten oft 20 und 30 Jahre zu leiden. Die amyotrophische Lateralsklerose führe schnell ad finem, es macht den Eindruck, als ob Giftwirkung die Degeneration zu Stande brächte, doch seien das Vermutungen! Jedenfalls seien beide Krankheitsbilder so different, dass von einer einheitlichen Betrachtungsweise nicht die Rede sein könne.

(Autoreferat).

3. Dr. von Bergmann hält seinen angekündigten Vortrag «Ueber die Bassinische Operation».

Votr. berichtet über den Gang einer Bassini-Operation und demonstriert an mehreren Abbildungen die Hauptphasen dieser Operationsmethode.

Er betont die Häufigkeit der Blasenbeteiligungen in Bruchbildung. (Lotheisen — 3 pCt. Bornhaupt bei 106 Hernien 27 mal) und die Wichtigkeit der sorgfältigen Exstirpation des Bruchsackes, um Rezidive zu vermeiden. Nach Goldner betrafen von 24 Hernienrezidiven 7 solche Fälle, in denen d. Bruchsack «nicht gefunden» wurde.

Am Rigaschen Stadtkrankenhaus sind seit 1895—284 Bassini-Operationen an 233 Kranken vorgenommen worden, davon betrafen 22 incarcerierte Hernien. Gestorben ist ein Pat. an einer Darmperforation, ca. 8 Tage p. oper. Da keine Sektion gestattet wurde, so ist es unaufgeklärt, welches Leiden die Perforation verursachte.

Die Mortalität der Bassinioperation nach den Veröffentlichungen beträgt 0,3—0,7 pCt. Die häufigsten Ursachen sind: Pneumonie, Erysipel, Pyämie, Diabetes.

Unter den Unfällen bei der Operation sind 2 Verletzungen d. a. femoralis — zu erwähnen a) am Abgang d. Art. epigastr. transversa wandständige Ligatur.

6) Ausgedehnterer Riss in der Arterie durch die Hagedorn-Naht. Naht der Arterie. Beide Fälle ohne Funktionsstörung entlassen. Die Operierten standen im Alter:

bis 10 Jahren . . . . .	4 mal
» 20 » . . . . .	20 »
» 30 » . . . . .	86 »
» 40 » . . . . .	54 »
» 50 » . . . . .	38 »
» 60 » . . . . .	21 »
» 70 » . . . . .	8 »
im Alter von 72 » . . . . .	1 »
» » » 73 » . . . . .	1 »

Die lokale Anästhesie liessen nur 2 der Operierten anwenden.

Der durchschnittliche Aufenthalt der primär geheilten Fälle dauerte 20,3 Tage. Die Heilung erfolgte durchschnittlich in 7,0 Tagen. Mit leichter Wundstörung (Hämatom, Eiterung eines Stichkanals) verliefen 22 Fälle — 7,7 pCt. Diese Fälle blieben im Krankenhause 22,0 Tage im Durchschnitt.

10 Fälle verliefen mit Eiterung, von denen 4 eiterten aus von der Operation unabhängigen Gründen (1 Darmperforation, 1 incarcerierte Hernie, 1 Typhuserkrankung, 1 Karbunkel).

Der pCt.-satz der vereiterten Fälle betrug — 3,5 pCt. Diese blieben im Krankenhause durchschnittlich 42,4 Tage.

An einer Tabelle der veröffentlichten Statistiken ist ersichtlich, dass der pCt.-satz der Störungen insgesamt 13—15 pCt. beträgt, von denen 5—8 pCt. Eiterungen betreffen.

Im Gegensatz zu Lucas Championnière, der der aseptischen Wundbehandlungsmethode den Vorwurf der Unzuverlässigkeit macht, betont Vortragender, dass dies wohl eine sehr sensible, aber eine durchaus exakt arbeitende Methode sei, die nur verlange, dass jeder der Beteiligten an der Operation vom Operateur bis zur jüngsten Wärterin davon durchdrungen sei, dass alle Beteiligten in gleicherweise am Gelingen ihr Verdienst haben, wie am Misslingen jeder schuld sein könne.

(Autoreferat).

Dr. Voss rekurriert bezüglich der soeben vorgeführten statistischen Tabellen auf den auffallend hohen Prozentsatz der

Fälle von Mitbeteiligung der Harnblase. Redner hat bei Herniotomien die Blase nur ganz ausnahmsweise selbst zu sehen bekommen, und auch in der Literatur weit kleinere Zahlenangaben gefunden — so z. B. bei Lotheisen nur 8,2 pCt. Daher glaubt er die Höhe der von Dr. Bornhaupt zusammengestellten 25 pCt. sich dadurch erklären zu müssen, dass durch die Vergrößerung des Operationsterrains nach Bassini die Blase häufiger sichtbar gemacht werde, und dadurch leicht als prolabiert imponieren könne. Bei der alten Methode der Herniotomie hätten vermutlich dieselben Verhältnisse vorgelegen, seien aber nur wegen Raumbeschränkung übersehen worden.

Ein zweiter Punkt in den vorgebrachten, statistischen Tabellen sei speziell für Redner von besonderem Interesse, da er selbst als Assistent am Krankenhause seiner Zeit diesbezüglich Zusammenstellungen ausgeführt habe. Dies sei die Erysipelfrage. Redner war damals zu dem Resultate gekommen, dass die ersten Erysipelfälle in den Baracken nie autochthon entstanden, sondern jedes Mal auf Invasion von aussen zu beziehen seien; dass zweitens ihre Verbreitung nicht durch die Luft, sondern vielmehr durch direkte Uebertragung, sei es durch die Hände des Operateurs, des Wartepersonals, oder durch Verbandzeug erfolge.

Auch die Zahlen Dr. Bergmanns scheinen für die Richtigkeit dieser Beobachtungen zu sprechen.

Dr. v. Bergmann: Man müsse der Blase eine gewisse Bedeutung beim Zustandekommen der Hernien einräumen. Diese Wirkung wäre bei Berücksichtigung der Schwankungen, denen ihre Spannungsverhältnisse unterworfen seien, auch unschwer zu verstehen.

Wenn auch zugegeben werden müsse, dass die Vergrößerung des Operationsfeldes ihre Sichtbarkeit begünstige, so müsse doch anerkannt werden, dass in solchen Fällen ihr Situs stets ein abnormer, einerlei, ob ihre Beteiligung eine primäre oder sekundäre sei.

Dr. Bornhaupt: Nach Brunner und Lotheisen komme der Prolaps der Blase dadurch zustande, dass letztere durch das praeesikale Fett in den Bruchsack vorgezogen würde.

Der echte Blasenvorfall sei allerdings selten: in den von Redner zusammengestellten Fällen sei ein solcher nur 2 mal verzeichnet.

d. Z. Sekretär: S. Kröger jun.

## Sitzung am 15. Oktober 1903.

1. Dr. R. von Sengbusch demonstriert vor der Tagesordnung 2 Patienten, die wegen Frakturen im chirurgischen Halse des Humerus ihm zur Nachbehandlung im Zanderinstitute überwiesen waren. Bei beiden Fällen zeigte das Röntgenbild einen schlechten Stand der Fragmente; er warnt daher Patienten, namentlich solchen aus der Unfallpraxis, solche Bilder in die Hand zu geben. Fall I: Arbeiter vom Laude, leider erst 4 Wochen nach dem Unfälle zur Massagebehandlung gekommen, mit absoluter Versteifung im Schultergelenk. Bei ihm tastet man das untere spitze Fragment direkt unter der Haut ab. Das Bild von oben nach unten ergibt, dass nur circa der dritte Teil des unteren Fragmentes in den abgebrochenen Kopf eingetrieben ist; der Kopf ist stark, etwa 4 cm., abgesunken und steht nach hinten; die Pfanne kann mit dem Finger abgetastet werden. Nach 5 Wochen konnte Pat. mit gebrauchsfähigem Arme entlassen werden; er arbeitet seitdem in einer Tischlerei, konnte seinen Arm bis über die Horizontale erheben und wird noch weitere gute Fortschritte machen. Das Bild bei der Entlassung zeigt, dass der Kopf gut in der Pfanne sitzt, sonst stehen die Fragmente wie früher. Fall II: 15-jähriger vom Lande, kam mit der rechten Schulter bei einem Sturze unter ein Pferd zu liegen, nach 8 Tagen erst zur Behandlung gekommen, sehr grosses Hämatom, der abgebrochene Schaft des Humerus frei, hinten unter der Haut zu palpieren, 3 Tage Druckverbände, gute Resorption des Hämatoms — vom 4. Tage an tägliche Massage und Lagerung des Armes in der Mitella, da es nicht gelingt die Fragmente zu adaptieren. Anfang der 2-ten Woche schon passive Bewegungen und Beginn mit Stabübungen. Nach 6 Wochen kann Patient mit normaler Funktion entlassen werden, er war bei der Entlassung im Stande einen Holzses

sel 6 mal hoch zu stemmen. Beide Patienten übten mit grosser Ausdauer, da ihnen viel daran lag, bald entlassen zu werden. Röntgenbild vom zweiten Fall bei der Entlassung zeigt eine starke Winkelstellung des Humerus zum Kopfe.

(Autoreferat).

2. Dr. Blindreich (als Gast) hält seinen angekündigten Vortrag «Ueber Febris gonorrhoeica acutissima».

Mit dieser neuen Nomenklatur bezeichnet Vortragender eine Fieberform, welche er an einem mit gonorrhöischem Virus Affizierten zu beobachten Gelegenheit hatte. Es handelt sich um einen 22-jährigen, jungen Mann, Kaufmann, welcher bis dahin stets gesund gewesen ist, gesunden Eltern entstammt, nie an Malaria oder einer andern fieberhaften Krankheit gelitten hatte. Da die Infection eine erstmalige war, so wurden 8 Tage lang, gerechnet vom Tage des Ausbruchs der Gonorrhoe, bloss die hygienischen und diätetischen Maassnahmen beobachtet. Erst dann, nachdem die Entzündungserscheinungen nachgelassen hatten, schritt er zur direkten, lokalen Therapie. Letztere bestand in 3-stündlichen Injektionen Solut. Zinci sulfocarbolici. (1:200). Als Spritze diente eine mit Olive aus Hartgummi construierte, 10 ccm. fassende, welche nicht durch das Orificium externum hindurchgeführt, sondern nur gegen dasselbe gedrückt wurde, wodurch eine Verletzung der Schleimhaut vermieden wurde. Bei dieser Behandlung besserte sich sein Zustand von Tag zu Tag, von Schmerzhaftigkeit und Entzündung war keine Spur mehr vorhanden, bis gegen Ende der 3-ten Woche, am 18. Tage der Behandlung, (welch letztere am Tage des Auftretens des gonorrhöischen Ausflusses begann), nur noch ein ganz geringfügiges, gelbliches Sekret zu sehen war. Nachdem nun Patient an jenem Tage aus dem Sprechzimmer des Referenten mit der Zusicherung entlassen worden war, dass er der vollständigen Genesung entgegengehe, was in Anbetracht der genauen Durchführung der ärztlichen Verordnung geschehen konnte, wurde Vortragender eiligst zum Patienten gerufen, wo folgender Status verzeichnet werden konnte:

Die Temp. beträgt 40,2°, Puls 120, Pat. leidet an heftigen Schüttelfrösten, die sich ca.  $\frac{1}{4}$ -stündlich wiederholten und von 3 Minuten Dauer waren. Pat. wurde dabei so heftig geschüttelt, dass zugleich mit ihm auch das Bett bewegt wurde; ein

starker Schweissausbruch des ganzen Körpers und ein Angstgefühl begleiteten die jedesmaligen Anfälle von Schüttelfrösten. Objektiv liess sich weder auskultatorisch noch percussorisch etwas Abnormes nachweisen; auch das Sensorium war frei. Eine definitive Diagnose zu stellen, war äusserst schwierig. Referent verordnete Salol, 2-stündlich 1 Pulver à 1,0 und Sistieren der Injektionen. Nach Verbrauch dreier Pulver war Pat. vollständig fieberfrei, die Schüttelfröste hatten schon nach dem 2. Pulver gänzlich aufgehört.

Dieses Fieber hatte hier rund 8 Stunden gedauert, auf den weiteren Verlauf der G. hatte es keinen Einfluss: der Ausfluss verschwand bei fortgesetzten Injektionen binnen 2 Wochen, ohne dass wieder Schüttelfröste und Fieber zum Vorschein gekommen wären. Vortragender nennt das beschriebene Fieber: «Febris gonorrhoeica acutissima», erstlich, weil es bestimmt mit der Wirkung des *Gonococcus Neisseri* zusammenhängt, und zweitens nennt er dieses Fieber «acutissima» wegen seiner kurzen Dauer, ungeachtet der klinischen Erscheinungen. Bei der subacuten G. dagegen sind ausschliesslich letztere massgebend für die Diagnose und nicht die Dauer der Erkrankung. An dieser Stelle erinnert Vortragender an die häufig schwierige Situation des Arztes, wo die Diagnose nicht mit Sicherheit gestellt werden kann. In solchen Fällen proponiert Referent sich mit der Bezeichnung einer «akuten Infektionskrankheit» im Beginne zu begnügen, was, ohne der Reputation des Arztes geschadet oder das schnelle Genesen unserer Klienten beeinträchtigt zu haben, geschehen kann, d. h. falls es sich um akute fieberhafte Erkrankungen handelt. So zitiert Ref. folgenden Fall: ein 15-jähriger Gymnasiast erkrankt Nachts an Fieber, Erbrechen und Schüttelfrösten. Die Eltern hatten kurz vorher einen 20-jährigen Sohn an Miliartuberkulose verloren, wobei die Erkrankung unter ganz ähnlichen Symptomen, i. e. Fieber, Erbrechen, und Schüttelfrösten plötzlich wie jetzt aufgetreten war. Obwohl Ref. infolge Mangels jeglicher sonstiger objektiver Befunde keine definitive Diagnose nennt, so wäre es ihm doch plausibel erschienen, einen Ophthalmologen herbeizuholen, der eventuell Tuberkel in der Choroidea mittelst des Augenspiegels konstatieren könnte. Zum grössten Glück aller hatte aber das zunächst verordnete Ol. Ric. eine tüchtige Darmentleerung und damit eine gänzliche

Entfieberung herbeigeführt. Die durch Obstipation bewirkten Belästigungen treten ja oft unter den verschiedensten Symptomen auf und werden so mannigfaltig von den Patienten, nicht weniger häufig vom herbeigeholten Therapeuten verschiedenartig gedeutet. Auch in diesem Falle war also Vorsicht seitens des Arztes beim Stellen der Diagnose sehr angebracht. (Der Vortrag ist in extenso in der St.-Petersb. Med. Woch. 1904, Nr. 10 abgedruckt).

(Autoreferat).

Dr. P. K l e m m bezweifelt die Richtigkeit der vom Vortragenden gestellten Diagnose. Die Reizung der Harnröhre als solche, wie sie durch Katheterisieren, oder ähnliche Eingriffe zu Stande komme, könne auch bei ganz Gesunden Temperatursteigerungen: das sogenannte «Urethralfieber» erzeugen. Doch sei auch diese Form in vorliegendem Falle unwahrscheinlich. Hier habe es sich vermutlich um eine Febris strepto-mycotica, eine von der kranken und gereizten Harnröhre ausgegangene Mischinfektion gehandelt.

Dr. E n g e l m a n n schliesst sich Dr. K l e m m an. Die gonorrhoeische Allgemeininfektion pflegt einen anderen Verlauf zu nehmen. Hier handelt es sich um einen typischen Fall von sogenanntem «Harnfieber», welches am häufigsten nach instrumentalen Eingriffen beobachtet wird, aber auch spontan vorkommt; in diesem letzteren Fall ist es dann der Entzündungsprozess selbst, der die Läsion setzt. Als Ursache ist in solchen Fällen z. B. perinrethrale Phlebitis beobachtet worden. Bakteriologisch sind im Blute während solcher Harnfieberanfälle verschiedene Bakterien nachgewiesen worden: Streptokokken, Staphylokokken, Bacterium coli. Der Gonokokkus ist bei diesen kurzdauernden Fieberanfällen nicht gefunden worden.

Dr. W o l o s c h i n s k i: Es liegt keine Berechtigung vor, so kurz vorübergehende leichte Komplikationen der Gonorrhoe, wie sie heute vorgetragen wurden, als Febris gonorrhoeica acutissima zu bezeichnen. Unter solch einer Benennung könnte man nur die schweren Formen von Gonokokken-Sepsis oder Gonokokken-Pyämie verstehen mit ihren schweren Komplikationen, wie z. B.: Endocarditis gonorrhoeica, die meist ulcerös ist und fast stets tödlich endet, oder die gonorrhoeische Pleuritis und die schweren Formen von gonorrhoeischer Polyar-

thritis. Zu einem Prozess, den man als «*acutissimus*» bezeichnet, kann man trotz derselben Aetiologie nicht einmal die leichten gonorrhöischen Polyarthritis-Formen oder die monarticulären Erkrankungen zählen.

Dass die Gonokokken an der Allgemein-Erkrankung Schuld sind, ist von vielen nachgewiesen worden. Gonokokken wurden am Endocard. nachgewiesen, u. wurden von Bordoni, Uffredozzi und Colombini aus den erkrankten Gelenken resp. aus dem Pleura-Exsudat kultiviert und mit Erfolg auf gesunde Harnröhren übertragen.

(Autoreferat.)

Dr. P. Klemm fügt hinzu: die Bezeichnung «*acutissima*» verböte sich auch dadurch, dass die gonorrhöischen Metastasen erfahrungsgemäss gerade zu exquisit chron. Erkrankungen führten. Man brauche nur an die gonorrhöischen Adnex- od. Gelenkerkrankungen zu denken.

Dr. Blindreich erwidert: er habe diese Bezeichnung gewählt, um die auffallend kurze Dauer des auch seiner jetzigen Auffassung nach auf Gonokokkeninvasion beruhenden Fieberanfalles zu kennzeichnen.

Dr. A. Berg hebt hervor, dass im Verlauf der Gonorrhoe allerdings sehr akute Fieberattaquen, und zwar auf pyämischer Grundlage, vorkämen. Diese seien sehr selten. Redner hatte anfangs vorausgesetzt, dass Vortragender diese Formen im Auge gehabt. Doch auch dann wäre die Bezeichnung «*gonorrhöica*» nicht gerechtfertigt, da diese Fieberzustände lediglich durch Eiterkokken verursacht werden.

Dr. Woloschinski: Ich hatte früher behauptet, dass die Gonokokken als die Ursache der erwähnten schweren Allgemeinerkrankungen aufzufassen sind und halte diese Behauptung aufrecht. Denn bei vielen Fällen von Gonokokken-Sepsis sind nur Gonokokken in Reinkultur gezüchtet worden, ohne andere Eiterkokken. Auch sind die Gonokokken aus dem Blute solcher Patienten kultiviert worden. Ich verweise auf die Werke «*Ueber akuten Gelenkrheumatismus*» von Pribram u. Singer und «*die septischen Erkrankungen*» von Lehnharz.

(Autoreferat.)

Dr. H. Berg weist noch auf eine Möglichkeit hin, nämlich dass es sich im B'schen Falle nur um eine lokale Komplika-

tion gehandelt haben könnte. Nicht selten beginne z. B. eine Prostatitis unter hoher Temperatursteigerung, um ganz fieberlos weiter zu verlaufen. Den Ausschluss solcher eventueller Komplikationen sei uns Vortragender aber schuldig geblieben.

3. Dr. Krannhals hält seinen angekündigten Vortrag: «Ueber graphische Fixierung physikalischer Befunde».

Zur exakten zeichnerischen Wiedergabe und Fixierung ganz besonders wichtiger oder komplizierter Perkussions- und Palpationsbefunde bedient sich Vortragender seit einer Reihe von Jahren eines Verfahrens, welches soweit ihm bekannt, in Deutschland zuerst von Curschmann angewandt worden ist. Dieses Verfahren besteht darin, die mit dem Dermatographen auf der Haut des Patienten angezeichneten Organgrenzen etc., auf durchsichtigem Papier (sogenanntem Pauspapier) durchzupausen. Man erhält so mit leichter Mühe und ohne nennenswerten Zeitaufwand ein vollkommenes, den tatsächlichen Verhältnissen entsprechendes Bild natürlicher Grösse, welches bei der späteren abermaligen Aufnahme des Organbefundes eine schnelle Orientierung ermöglicht, und Vergleiche in viel exakterer Weise machen lässt als es bei einer alleinigen Beschreibung durch Worte sich erreichen lässt. Die zum Zweck der Eintragung von Auskultations-Perkussionsbefunden hergestellten vorgezeichneten Schemata verwirft Vortragender gänzlich. Da sie nur in einer kleinen Minderzahl von Fällen den vorfindlichen Configurationen von Thorax, Abdomen, etc., entsprechen, sind sie nur für solche Wiedergaben geeignet, wo es nicht so sehr darauf ankommt, Details zu fixieren. Wo jedoch dieses letztere erwünscht ist, liefern die Schemata stets ein mehr oder weniger verzerrtes Bild. In erster Reihe und am häufigsten benutzt Vortragender das Durchpausungsverfahren bei komplizierten Befunden an der vorderen Thoraxfläche (Herzbefund, Aneurysmen, etc. etc.), und zeichnet auf dasselbe Stück Pauspapier, auf welchem die Zeichnung von der Haut des Kranken durchgepaust worden, oft auch auskultatorische Befunde hinein, indem er Herztöne, Geräusche und den verschiedenen Charakter derselben durch bestimmte, auch sonst übliche Zeichen an entsprechender Stelle andeutet. Ferner wurden Durchpausungen aber auch bei Palpationsbefunden am Abdomen mit Vorteil angewandt, obgleich die hier vorfind-

lichen grösseren Raumverhältnisse dazu meist auch die Schemata als genügend erscheinen lassen.

Vortragender demonstriert eine grössere Reihe derartiger Durchpausungen.

Er hält das angegebene Verfahren für das einzig exakte überall da, wo es einem überhaupt darauf ankommt, einen Befund zeichnerisch zu fixieren.

(Autoreferat.).

Dr. H a m p e l n äussert gegenüber der soeben angeführten Methode seine Bedenken. Die Benutzung von Lungenschematis sei etwas Altes.

Redner habe sich in der Hospitalpraxis von jeher teils solcher, teils aus freier Hand in die Krankenbögen eingezeichneter Skizzen bedient.

Beide Verfahren hätten aber nur den Zweck, das geschriebene Wort zu unterstützen, nicht zu ersetzen. Auch das Durchpausungsverfahren würde letzteres nie leisten können. Ferner müsste es nach Redners Ansicht mehr Zeit in Anspruch nehmen, als das in Hospitälern übliche Diktieren des in Worte gefassten Befundes.

Die Vorzüge des Verfahrens bei aussergewöhnlichen Fällen, besonders zum Zwecke von Demonstrationen, seien nicht in Abrede zu stellen; auch sei der Besitz einer entsprechenden Bildersammlung gewiss von individuellem Wert.

Dr. K r a n n h a l s: Dr. H a m p e l n schätzt das Verfahren entschieden zu gering ein, wenn er es nur als Liebhaberei hinstellt, und von Bildersammlungen spricht. Ihm, R e d n e r, erscheine es für Details geradezu unentbehrlich, so z. B. zum Nachweise geringer Veränderungen am Befunde.

Beim Schema, welches die Verschiedenheit der Körperformen gar nicht berücksichtigt, und in welches daher immer hineingemodelt werden müsse, so dass das Bild mit der Wirklichkeit gar nicht übereinstimmt, seien alle ferneren Nuancen der Aufzeichnung ausgeschlossen. Ferner würden kompliziertere Eintragungen, wie Pectoralfremitus, Rasseln etc. ein Lungenschema auch zu sehr füllen.

Redner hat für das Durchpausen viel weniger Zeit verwenden müssen, als für das Schematisieren.

Selbstverständlich verdienten nur wichtige Fälle graphisch aufgenommen zu werden. In wichtigen Fällen sollte man sich

aber die Mühe nehmen, auch wenn sie etwas mehr Zeit kosten sollte.

Dr. Hampeln betont nochmals, dass—wenigstens für seine Person—die Beschreibung in Worten stets die Hauptsache, die Skizze aber nur ein Hilfsmittel bleiben würde.

Den Wert des Verfahrens zur Herstellung naturgetreuer Bilder erkenne er, besonders für die Hospitalpraxis, ohne weiteres an.

d. z. Sekretär: S. Kröger jun.

---

### Sitzung am 5. November 1903.

1. Dr. Bertels zeigt 2 Urinproben von einer mit Alkaptonurie behafteten Patientin. Dieselbe klagt über Kopfschmerzen, Herzklopfen, Schlaflosigkeit, Schweißse; der Puls ist beschleunigt (80—120), das Herz etwas nach links vergrößert, es besteht deutlicher Tremor der ausgestreckten Hände, leichte Temperatursteigerungen bis 37,4; anfallsweise treten bei der Patientin ohne äussere Veranlassung Durchfälle auf; diese Anfälle, während welcher meist morgens 3 flüssige Ausleerungen erfolgen, dauern einige Tage bis zu einer Woche. Auf Grund aller dieser Erscheinungen glaubt Redner die Diagnose auf Basedow'sche Krankheit stellen zu müssen, obgleich Augensymptome fehlen und eine Vergrößerung der Schilddrüse mindestens nicht mit voller Sicherheit behauptet werden kann.

Die eine der Urinproben stammt vom 31. Oktober, hat das sp. G. 1035, war schon frisch gelassen auffallend dunkel, ist aber in den 5 Tagen, die seitdem verflossen sind, bei noch erhaltener schwach saurer Reaktion noch etwas dunkler geworden; dieser Urin stammt aus einer Zeit, wo Pat. an Durchfällen litt. Der zweite Urin wurde am 4. November gelassen als die Durchfälle seit 2 Tagen sistiert hatten, er ist hellgelb, sp. G. 1010. Beide Urine bräunen sich, mit Kalilauge versetzt, intensiv von der Oberfläche her. Mit ammoniakalischer Silberlösung giebt der konzentrierte Urin eine schwarze, der hellere eine graue Fällung. Auf Zusatz von verdünnter Eisenchloridlösung geben beide eine schnell wie-

der verschwindende Grünfärbung. Der konzentrierte Urin giebt, mit Nylanderscher Lösung mehrere Minuten gekocht, einen schwarzbraunen Niederschlag, der hellere, auf das 10-fache seines Volumens verdünnt und mit Fehlingscher Lösung  $\frac{1}{2}$ —1 Minute gekocht, eine rotbraune Fällung. Dass diese Reaktionen nicht auf der Anwesenheit von Traubenzucker beruhen, beweist der negative Ausfall der Gährungsprobe.

Ob die Alkaptonurie im vorliegenden Fall von Jugend auf besteht, oder ob sie vielleicht mit der gegenwärtigen Krankheit der Patientin in Zusammenhang besteht, lässt sich nicht entscheiden.

2. Dr. P. Klemm demonstriert am Skioptikon Präparate von beginnenden cavernösen Blut- und Lymphgefäss-Geschwülsten. (Erscheint in «Virchows Archiv»).

3. Dr. v. Sengbusch hält seinen angekündigten Vortrag «Ueber Röntgenstrahlen als Heilmittel bei Hautkrankheiten».

Vortragender stellt 4 Patienten vor, die wegen Lupus im Gesicht mit Röntgenstrahlen behandelt wurden. Alle 4 haben das Gemeinsame, dass die Erkrankung viele Jahre zurück liegt; in einem von den Fällen 40 Jahre; und dass sie alle mit den verschiedensten Mitteln ohne Erfolg behandelt sind. 2 von den Patienten (bei beiden war der Lupus an der Nasenspitze und im Gebiet zwischen Oberlippe und Nase lokalisiert), sind fürs erste jedenfalls als geheilt anzusehen. Bei der einen sind seit 6 Monaten, bei der anderen seit 4 Monaten keine Rezidive aufgetreten; beide haben eine tadellos glatte Narbe, die noch etwas heller aussieht, als die Umgebung. Sie ist mit der Unterlage nicht verbacken, und besitzt auch keine Neigung zur Schrumpfung. Die Reaktionen im Verlauf der Behandlung waren gering. 44 resp. 32 Sitzungen in 4—5 Monaten waren nötig zur Heilung. Der 3. Fall steht schon seit 1901 in Behandlung. Die Erkrankung besteht seit 45 Jahren. Die ganze rechte Gesichtshälfte mit Einschluss des Ohres und Kinnes ist erkrankt gewesen; es bestanden grosse Infiltrationen, 1—2 cm. hoch, namentlich an den Randpartien; das Ohrläppchen war 6 cm. lang,  $3\frac{1}{2}$ —4 cm. dick, prall gespannt. Die Infiltrate waren vielfach exulceriert.

Zuerst und zwar in den ersten Wochen schwanden die Infiltrate und bald reinigten sich die Ulcerationen und vernarben. Patientin ist in grossen Zwischenzeiten behandelt worden; eine Pause in der Behandlung dauerte über ein Jahr. Hervorgerufen wurde diese Pause durch eine fieberhafte Erkrankung, die sich über  $4\frac{1}{2}$  Monate erstreckte und zwar häufig mit Temperaturen von  $40^{\circ}$  verlief. Dabei war der Allgemeinzustand, Appetit und Schlaf gut; Hauterytheme traten in wechselnder Intensität auf und starkes Jucken am ganzen Körper. Linderung schaffte nur warmes Wasser. An den inneren Organen war nichts Krankhaftes nachweisbar. Anfangs wurde an Typhus gedacht, doch konnte die Diagnose nicht aufrecht gehalten werden. Patientin hat mehrfach ihre ganze Epidermis durch Schuppung verloren. Erst im zweiten Monat wurde die Erkrankung mit Sicherheit auf die lange fortgesetzte Röntgenbehandlung zurückgeführt, als in der Literatur 3 Fälle, die einen ganz ähnlichen Verlauf gehabt hatten, gemeldet wurden. Alle Fälle, auch dieser, nahmen endlich einen günstigen Verlauf, mahnen aber sehr zur Vorsicht.

Der 4. Fall betrifft ein Mädchen, das vor  $\frac{1}{2}$  Jahr schon an dieser Stelle demonstriert wurde und noch weiter schöne Fortschritte der Heilung gemacht hat. Nase und Oberlippe sind ganz abgeheilt, das Lippenrot ist gut begrenzt, alle tiefen Geschwüre sind vernarbt. (Demonstration der Bilder). Da auch die Mundschleimhaut der Patientin lupös erkrankt ist, sollen jetzt die oberen Schneidezähne entfernt und die erkrankten Partien mit dem Paquelin verschorft werden.

Ferner berichtet Vortragender über einen Versuch, bei einem inoperablen Karzinom des Gesichtes Röntgenstrahlen therapeutisch zu verwenden. Anfangs war eine Reinigung des tiefen Krebsgeschwürs zu bemerken und eventuell auch eine Verkleinerung. Patient wurde aber zu schwach und die Behandlung musste abgebrochen werden.

Bei Sycosis ist in einem Fall ein gutes Resultat erzielt worden und zwar nach nur 6 Sitzungen, die aber eine schon zu starke Reaktion zur Folge hatten, sodass es lange Zeit in Anspruch nahm, bis Schwellung und Röte schwanden. Die Sycosis hatte ca. 3 Jahre bestanden, sie betraf einen Kollegen, der natürlich mit allen Mitteln vorbehandelt worden war.

Redner spricht noch über Technik der Behandlung, Wahl des Röhrenmaterials und Vorsichtsmassregeln für Patient und Arzt.

(Autoreferat).

Dr. P o o r t e n : Redner ist selbst mit Röntgenstrahlen von Dr. S e n g b u s c h behandelt worden.

Nachdem er Jahre lang an *Sycosis parasitaria* der Oberlippe gelitten, und die verschiedensten Behandlungsmethoden erfolglos angewandt hatte, entschloss er sich das R.-Verfahren zu versuchen. Nach 8 Sitzungen war die Flechte geschwunden, leider aber unter Zurücklassung mehr oder weniger deutlich sichtbarer Narben und mit bedeutender Störung des früher üppigen Bartwuchses. Bei genauerem Zusehen könne man jetzt noch am Lippenrot die dem Lichte ausgesetzt gewesen Partien von durch Lippeuschluss verdeckt gewesen unterscheiden. Er halte die hinterbliebenen Störungen doch für zu bedeutend, um in seinem Falle ein gutes Heilresultat anzuerkennen, oder dem R.-Verfahren das Wort reden zu können.

Dr. v. S e n g b u s c h : Der von Dr. P o o r t e n angeführte Misserfolg sei nicht der Methode, sondern der damaligen Un-erfahrenheit des Vortragenden zuzuschreiben. Es handelt sich um seinen ersten Versuch. Das Versehen bestand darin, dass zuviel Sitzungen abgehalten worden waren: 6 hätten genügt, und vermutlich keine Störungen verursacht. Ferner hätte während der Sitzungen jede Unterhaltung vermieden werden müssen, um das Lippenrot vor der Bestrahlung zu schützen — dies war leider unterblieben.

Was die Hinterlassung von Narben betrifft, so sei nicht zu vergessen, dass ja auch die *Sycosis* selbst, ferner jedes eingreifende Heilverfahren solche zurücklasse. Er halte sich für durchaus berechtigt auch diesen Fall zu den geheilten zu zählen, da ja das hartnäckige Grundübel, die *Sycosis*, durch die Behandlung geschwunden.

Dr. P. K l e m m äussert sich in striktester Weise gegen die Hineinbeziehung operabler Karzinome in die R.-Therapie: Sobald die Diagnose sicher gestellt sei, sollte mit der Operation nicht gezauert werden, vor Allem auch nicht aus kosmetischen Rücksichten. Bisher hätten sich sämtliche unblutige Heilverfahren dem Krebs gegenüber als ohnmächtig

erwiesen. Das die R.-Strahlen hierin mehr leisten sollten, sei vor der Hand unwahrscheinlich. Gegen die Bestrahlung inoperabler Fälle liesse sich allerdings nichts einwenden.

Was die Behandlung des Lupus betrifft, so könne sich Redner keines Falles erinnern, der durch ein anderes Verfahren so glatt geheilt wäre, wie etwa das von Dr. Sengbusch vorgestellte kleine Mädchen. Doch würde sich auch gerade bei Lupus eine Kombination von R.-Verfahren mit operativen Eingriffen gelegentlich empfehlen. Besonders, wo es sich um Knotenbildung zwischen den Zähnen handelte, die die Bestrahlung erschweren, wäre Extraktion mit nachfolgender Kauterisierung angebracht. Wünschenswert wäre es, dass die Dermatologen ihr Material für weitere Versuche zur Verfügung stellten.

Dr. Engelmann hat nicht den Eindruck gewonnen, dass das R.-Verfahren bessere Resultate ergebe, als die anderen Methoden. Auch die Finsen'sche Lichttherapie schein ihm z. mindesten nicht nachzustehen. Wenn man von der Narbenbildung absieht, so verdiene die operative Behandlung vielleicht doch den Vorzug vor allen übrigen. Redner hat sichere radikale Heilerfolge — wenigstens handelt es sich um Jahre lang rezidivfreie Fälle — durch Kauterisation erzielt. Immerhin wäre das neue Verfahren eine Bereicherung der Therapie, und als solche schon dankenswert.

Redner ist bereit, sein Krankenhaus-Material Dr. Sengbusch zur Verfügung zu stellen.

Dr. Hampeln: Ihm als Internisten liege die Frage der Lupusbehandlung fern; doch erinnere er sich auf dem Wiesbadener Kongress Vorstellungen von, nach verschiedenen Methoden behandelten, Lupusfällen erlebt zu haben. Dabei hätten die mit grossen Chiningaben (1—2 Grm. pro dosi) und Jodpinselung behandelten die glänzendsten Resultate ergeben. Von wem die Methode angegeben, erinnere er sich nicht.

Dr. Gadilhe: Die Methode stammt von Holländer, bezieht sich aber nicht auf den Lupus vulgaris, sondern erythematodes.

Dr. Brutzer: Referent schliesst an den Vortrag Dr. von Sengbusch's einige Mitteilungen über die Art, in der die Wirkung der Röntgenstrahlen auf pathologisch veränderte Gewebe zu Stande kommt.

Etwas Endgiltiges ist über diesen Gegenstand noch nicht erfahren worden, obgleich besonders durch histologische Studien der Gewebe vor, während und nach der Bestrahlung einige interessante Fakta gefunden worden sind. Es steht fest, dass die Röntgenstrahlen eine besondere Wirkung auf Epithelzellen haben. In der Weise, dass die Epithelzellen unter der Bestrahlung einem Prozess der Vacuolenbildung ihres Protoplasmas und schnellem Untergang verfallen. Bei Hautwarzen und Krebszellen entspricht der Vorgang im ganzen dem physiologischen Untergang der Epidermiszellen, die an der Oberfläche zu Grunde gehen und verhornen. Das Bindegewebe und seine Zellen sind resistenter gegen die Wirkung der Strahlen; daher können auch tief liegende Krebsnester zum Schwund gebracht werden, ohne dass das Gerüstgewebe leidet. Auch sind die pathologisch auftretenden epithelialen Gebilde weniger resistent den Röntgenstrahlen gegenüber als die normalen Epithelgewebe, so dass nach dem Absterben der ersteren, letztere zur Narbenbildung beitragen. Allerdings können die normalen Epithelien auch nur bis zu einem gewissen Grade der Einwirkung widerstehen, und es kommt endlich doch zu einem Defekt, dem Röntgenulcus, auf normaler Haut. Auch bei der Tuberkulose scheinen die Heilungsprozesse im wesentlichen in dem Untergange der epitheloiden Zellen zu bestehen. Die Annahme, dass eine lang anhaltende reaktive Blutüberfüllung der bestrahlten Hautpartien den Heilungsprozess einleitet, etwa in derselben Weise wie die Vorgänge die sich bei nervöser Stauung (nach Bier) abspielen, scheint sich nicht als richtig zu erweisen. Die reaktive Röte beruht meist schon auf einer Schädigung der Blutgefäßendothelien und sollte füglich vermieden werden, jedenfalls ist sie eine Mahnung, die Bestrahlungen abubrechen, und den Effekt abzuwarten. Um die Wirkung der Röntgenstrahlen auf die Zellen studieren zu können, sind Versuche gemacht worden, einzellige Lebewesen, Protozoen, ihnen auszusetzen. Einige Protozoenarten schienen sich den Strahlen gegenüber indifferent zu verhalten, andere gingen nach kurzer Zeit im Röntgenlicht zu Grunde, indem sie explosionsartig barsten und ihren Inhalt einer krepierenden Granate gleich als feinste Atome verstreuten. Diese Art des Untergangs ist jedoch nicht als spezifische Wirkung der Röntgenstrahlen aufzufassen, da Refe-

rent selbst ein derartiges Zugrundegehen von Protozoen beobachtet hat, wenn er sie allmählichem Eintrocknen oder chemischen Substanzen bei der Beobachtung auf dem Objektglas unter dem Mikroskop aussetzte. Die Bakterien scheinen ebenfalls von den Strahlen nicht zerstört zu werden, man findet sie an geheilten tuberkulösen Geschwüren z. B. in dem Narbengewebe eingeschlossen. Wie sich die noch nicht bekannten Erreger des Karzinoms verhalten, ist natürlich garnicht zu ermesen. Wenn man aus diesen dürftigen Tatsachen Schlüsse ziehen will, so sind also diejenigen pathologischen Gebilde mit Röntgenstrahlen therapeutisch anzugreifen, die im wesentlichen aus epithelialen Zellen bestehen und nicht viele Gefässe besitzen, im letzteren Falle würde eine Wirkung nur bei ausgedehnten nekrotischen Prozessen zu erwarten sein. Es würden sich also Karzinom, die Tuberkulose und einige Formen des Sarkoms vorzüglich eignen; bei Lepra und Rhinosklerom liesse sich eine derartige Behandlung a priori ablehnen. Referent tritt der Forderung Dr. Klemm's entgegen, dass alle Hautkrebse dem Messer des Chirurgen gehörten. Referent meint, dass die unter dem Namen *ulcus rotundum* bekannten Hautkrebse im Gesicht nicht immer so erfolgreich durch Exstirpation und Plastik bekämpft werden, dass man sie unbedingt für diese Behandlungsart beanspruchen könnte.

Dr. P. Klemm hat sich durch die Ausführungen Dr. Brutzers von seinen vorhin geäusserten Anschauungen nicht abbringen lassen. Gerade weil wir die Wirkung der R.-Strahlen nicht genügend kennen, sollten wir mit ihnen bei einem so verhängnisvollen Leiden, wie dem Karzinom, nicht experimentieren.

Auf dem letzten Chirurgenkongress in Berlin demonstrierte Lassar mehrere von ihm angeblich geheilte Krebsfälle, wurde aber von Bergmann und König überführt, dass es sich wohl um Stillstand, in keinem Falle aber um Heilung handle.

Dr. F. v. Berg kennt diese Verhandlung aus der Berlin. Klin. Wochenschrift. Er tritt gleichfalls für die Operation als dem einzigen Mittel, das Heilungsaussichten biete, ein. Scheinbare Heilungen seien gewiss Jedem in der Praxis zuweilen vorgekommen. Redner erinnert an die vorübergehen-

den Erfolge von Waschungen mit Kali chloric. und Sodalösungen bei Krebsgeschwüren, ferner auch an die oft überraschende Wirkung der Sauberkeit bei verwahrlosten Fällen der Art.

Dr. von Sengbusch: Mikulicz empfiehlt für das R.-Verfahren nur inoperable Karzinome, und ferner solche, die man einige Zeit ohne Gefahr warten lassen könne. Was die Lupusbehandlung betrifft, so seien auch bei seinen Fällen, neben der Bestrahlung Paquelin, Unna'sche Salbe etc. zur Anwendung gekommen. Mit der Finsen'schen Behandlungsmethode könne sich das R.-Verfahren nicht annähernd messen, nur sei erstere leider sehr kostspielig, da sie zu ihrem Betriebe aussergewöhnlich hoher elektr. Spannungen bedürfe. Aus dem Grunde würde sie auch schwer weitere Verbreitung finden.

Dr. v. Broecker hat gelegentlich die einschlägige Literatur durchgesehen und gefunden, dass bei allen scheinbar geheilten Krebs-Fällen doch Rezidive aufgetreten waren. Dies sei auch zu verstehen, wenn man berücksichtigt, dass doch nur oberflächliche Karzinome der Bestrahlung zugänglich seien, die tiefergelegenen Metastasen aber nicht mit beeinflusst würden. Die R.-Therapie entspreche somit jener Zeit-epoche, wo der Chirurg den primären Krebs exstirpierte, die Drüsen aber unbeachtet liess.

Dr. Voss meint, dass das Ulcus rodens wegen seiner geringen Neigung zu Drüsenmetastasen vielleicht das einzige Karzinom sei, das sich ohne die Gefahr einer Versäumnis für die Lichttherapie eignen würde.

Dr. P. Klemm: Es sei nicht richtig zwischen Ulcus rodens und den fissuralen Karzinomen einen so wesentlichen Unterschied zu machen. Ersteres mache allerdings keine schnellen Metastasen, weil die Lymphbahnen durch die starke Bindegewebswucherung verlegt seien, führe aber schliesslich doch dazu. Dr. Voss rechne mit einer älteren Zeit. Heute müsse man auch bei Ulcus rodens Lymphdrüsen nachgehen.

d. Z. Sekretär: S. Kröger jun.

## Sitzung am 19. November 1903.

1. Dr. L. Bornhaupt stellt einen Fall von schwerer Bauchschussverletzung vor, welcher durch die Laparotomie gerettet wurde. Pat. hatte sich selbst im Versehen den Schuss aus einem Revolver beigebracht und kam 2 $\frac{1}{2}$  St. post trauma in Behandlung, wobei sich das bekannte schwere Bild der komplizierten Bauchverletzung bot. Der Einschuss war links im VIII. Interkostalraum in der Linea mamillar. Bei der Laparotomie fand sich der Magen von vorn nach hinten durchschossen, die Leber gestreift, ebenso die Milz, welche letztere nicht blutete. Mageninhalt war wenig ausgetreten. Der Schuss verlief hinten im retroperitonealen Gewebe, von wo aus es mässig stark blutete, allein erst beim stärkeren Verziehen des Peritoneum beginnt hier plötzlich eine abundante Blutung, die nur durch Kompression der Aorta zum Stehen gebracht werden kann. Die Blutung kommt aus der Arteria lienalis, welche durchschossen ist. Die nun überflüssige, der Nekrose verfallene Milz wird extirpiert, nachdem die Arterie unterbunden, die Löcher im Magen vernäht sind. Der Verlauf war durch das Auftreten eines linkseitigen, subphrenischen Abszesses kompliziert, nach dessen Eröffnung völlige Heilung eintrat. Dr. Bornhaupt weist darauf hin, dass die Entfernung der Milz von ganz unwesentlichem Einfluss auf die Zusammensetzung des Blutes war, denn bei der Entlassung war der Blutbefund normal. Das stimmt mit den Erfahrungen anderer Autoren überein.

Dr. v. Bergmann: Man könne Dr. Bornhaupt zu dem günstigen Heilresultate verliegenden schweren Falles nur gratulieren.

Was die Behandlung der Bauchschüsse überhaupt anlangt, so sei es wichtig, dazu Stellung zu nehmen. Von Dr. P. Klemm und a. ist auf Grundlage experimenteller Untersuchungen die strikte Forderung einer Operation gestellt worden. Im letzten südafrikanischen Kriege kamen die Aerzte zu den entgegengesetzten Anschauungen.

Dass Darmverletzungen bei exspektativem Verhalten zur Heilung gelangen können, steht nach den Publikationen Mac

Cormaks ausser Zweifel, nun fragt es sich: soll man für die Friedenspraxis die im Kriege gewonnenen Gesichtspunkte acceptieren? Kedner spricht sich dagegen aus. Das für die Friedenspraxis giltige Prinzip: bei perforierender Bauchschussverletzung die Laparotomie auszuführen, müsse in Kraft bleiben. Ausgenommen seien nur Verletzungen im Epigastrium und zwar auch nur in dem dicht unterhalb des Proc. xyph. gelegenen Teil desselben.

Dr. P. Klemm spricht sich in gleichem Sinne aus; zwischen Kriegschirurgie und Hospitalpraxis müsse streng unterschieden werden. Die in letzterer gewonnenen Resultate forderten entschieden zu aktivem Vorgehen auf.

Dr. Bornhaupt: Wenn man bedenke, dass der Soldat im Kriege in Folge der Entbehrungen meist über einen wenig gefüllten Darm verfüge, umgekehrt aber in der Friedenspraxis Verletzungen meist nach gastrischen Exzessen erfolgten, so sei die von den Vorrednern betonte Verschiedenartigkeit der Stellungnahme von diesem Gesichtspunkte aus verständlich.

Je mehr Kot in die Bauchhöhle trete, desto gefährlicher sei dies für den Ausgang. Daher scheine ihm die Zahl der einzelnen Darmverletzungen — auf die Dr. Klemm in seiner Arbeit viel Gewicht legt — weniger bedeutungsvoll, als vielmehr die Menge des ausgetretenen Kotes. Diese hänge wieder von der Länge der Zeit, die zwischen Verletzung und Operation verstrichen, in hohem Grade ab. In der Friedenspraxis, wo die Intestina des Verletzten meist stark gefüllt seien, sei das exspektative Verfahren unmöglich.

Dr. Brehm: Die deutschen südafrikanischen Kriegschirurgen Küttner, Petersen, Fockemann etc. haben, was die Behandlung der Bauchschüsse im Kriege anbelangt, die gleichen Erfahrungen gemacht wie die Engländer und bestätigen im allgemeinen den krassen Ausspruch von Mac Cormac, wonach diejenigen Bauchschüsse im Kriege stürben, welche operiert worden, diejenigen am Leben blieben, welche man in Ruhe gelassen hatte. Aber einstimmig betonen die deutschen Chirurgen, dass diese Resultate in keiner Weise auf die Friedenspraxis übertragen werden dürften; denn abgesehen davon, dass die Fälle als solche nicht miteinander verglichen werden können, so ist die beste durch

exspektative Behandlung im Kriege erzielte Statistik für den Frieden noch viel zu schlecht; wir dürfen uns mit ihr nicht begnügen, sondern müssen sehen, ob durch konsequent operatives Vorgehen im Frieden der Prozentsatz nicht gebessert werden kann. Sehen wir uns einige Statistiken an, so finden wir für perforierende Bauchverletzungen folgende Zahlen: Siegel fand, dass die Operation innerhalb der ersten 4 Stunden nur 16,2 pCt. Mortal. giebt, in den folgenden 3 Stunden steigt sie auf 44,4, später auf 60—70 pCt. F e n n e r stellte 132 Fälle aus dem Charité-Hospital zusammen mit der hohen Gesamtmortalität von 57 pCt. Die Fälle, wo die Verletzung kompliziert war, d. h. wo der Magendarmtraktus, die grossen Drüsen oder ein Blutgefäss mitverletzt waren, ergaben 70 pCt. Mortalität. T a n t z s c h e r stellte 67 Fälle vom Stadtkrankenhaus zu Riga zusammen. Hier ergab die exspektative Behandlung bei komplizierten Fällen 75 pCt. Mortal., die Operationen nur 63 pCt., immerhin noch eine hohe Mortalität. F i n k e l s t e i n aus dem Obuchow-Hospital in Petersburg fand bei 132 Fällen für die komplizierten Fälle 50 pCt. Mortalität.

Ich habe 35 Fälle aus den letzten 3 Jahren am Krankenhaus gesammelt und günstige Resultate gefunden, nämlich: dass von 38 Operierten nur 5 gestorben sind, davon waren 22 Fälle kompliziert durch Verletzungen des Magendarmtraktus resp. der grossen Drüsen.

Wie die Zahl dieser Verletzungen bei uns gewachsen ist, dafür spricht der Umstand, dass T a n t z s c h e r in 11 Jahren für Riga nur 67 Fälle fand, während ich in nicht ganz 3 Jahren schon 35 Fälle gesammelt habe; auch scheinen die Verletzungen im ganzen schwerer geworden zu sein, es finden sich häufiger komplizierte Wunden.

Da jetzt fast überall die operative Behandlung der exspektativen vorgezogen wird, so habe ich für letztere keine Statistiken aus der jüngsten Zeit gefunden, die älteren aber sind so fehlerhaft und subjektiv, wie die von Reclus, und daher wertlos.

(Autoreferat).

Dr. v. B e r g m a n n: Aus dem südafrikanischen Kriege seien die Chirurgen den Beweis schuldig geblieben, dass es

sich bei ihren Heilungsfällen tatsächlich um Verletzung des Darmes gehandelt habe.

Karl Reyher hatte als Dozent in Dorpat Experimente an Leichen darüber angestellt, ob ein in den Bauch gestossener Eisenstab denselben perforieren könne, ohne den Darm zu verletzen, und hatte diese Frage in bejahendem Sinne entschieden, allerdings ohne eine bestimmte Gesetzmässigkeit für die Stossrichtung gefunden zu haben. Die im südafrikanischen Kriege gebrauchten Mantelgeschosse wirken entschieden ganz anders, als die bei uns üblichen. Vielleicht braucht ersteres den Darm garnicht zu verletzen.

Dr. P. Klemm hebt hervor, dass die Anzahl der durch den Schuss gesetzten Löcher im Darm entschieden von grosser Bedeutung sei, von noch grösserer aber die Richtung, in der der Darm von der Kugel getroffen würde. So komme es sehr darauf an, ob die Treffrichtung eine senkrechte, oder aber eine tangential sei. Bei letzterer käme es zu ausgedehnten und verhängnissvollen Zertrümmerungen.

Dr. Bornhaupt: In den ärztlichen Berichten über den südafrikanischen Krieg sei ausdrücklich von Fällen die Rede, wo die Kugel die Bauchhöhle passierte, ohne den Darm zu treffen.

Die Richtung, in der das Geschoss den Darm verletzte, sei gewiss von grosser Bedeutung. So erinnert sich Redner eines Falles aus der Zeit der hiesigen Arbeiterunruhen, wo eine tangential aufsetzende Kugel ein grosses Stück vom Darm abgesprengt hatte.

Dr. Brehm: Als Beweis für die günstigen Resultate des expektativen Verhaltens, auch bei notorischer Darmverletzung, mag eine Mitteilung aus dem südafrikanischen Kriege dienen, wonach einem Soldaten, der einen Bauchschuss erhalten, die Kugel per rectum später abgegangen war.

Dr. Schabert hält die Treffrichtung der Kugel bezüglich der Ausdehnung der Darmverletzung nicht für entscheidend, vielmehr komme es auf den Füllungszustand des Darmes an:

Treffe ein Nickelgeschoss auf einen mit Flüssigkeit gefüllten Hohlraum, so komme es zu einer ausgedehnten Sprengwirkung, wie sie Redner zur Zeit der Rigaschen Unruhen in einem Falle von Blasenschuss gesehen, damals handelte es sich um Absprengung eines grossen Stückes der Blasenwand.

Von diesem Gesichtspunkte aus sei es natürlich ein grosser Unterschied, ob ein Soldat im Kriege bei nahezu leerem Darm, oder ein Arbeiter bei uns bei gefülltem einen Bauchschuss erhalte.

Dr. P. Klemm: Bei einem Aufstande in der Bukowina wurden Untersuchungen über Bauchverletzungen durch das Manlicher-Geschoss angestellt. Man kam zu den Ergebnissen, der Treffrichtung der Kugel die allein entscheidende Bedeutung zuzusprechen, nicht aber den von Dr. Schabert soeben geäusserten Verhältnissen.

Dr. Bornhaupt: Für die Sprengwirkung kämen nur Schüsse aus nächster Nähe in Betracht. Darüber sind in Königsberg eingehende Experimente ausgeführt worden.

Bei Fernschüssen auf den Darm sei nur die Treffrichtung entscheidend. Um Sprengwirkung handle es sich dabei überhaupt nie.

2. Dr. P. Klemm hält seinen angekündigten Vortrag «Bemerkungen zur Fadenfrage».

Vortragender demonstriert mit dem Skioptikon eine Serie von Hautstücken, die nach sorgfältigster Desinfektion vom Oberschenkel gewonnen worden waren. Nachdem sie 12 Stunden in Bouillon gelegen hatten, wurden sie mit dem Mikrotom geschnitten und gefärbt. Es liessen sich in jedem der einzelnen Schnitte zahlreiche Kolonien konstatieren, die teils nach oben zur Oberfläche hin, teils in die Tiefe zu gewachsen waren. Die meisten Kolonien lagen zwischen der Schicht der oberflächlichen Hornzellen, doch liessen sich auch abgesprengt von diesen im Rete Malpighii Kolonien konstatieren. In den Ausführungsgängen der Schweissdrüsen und Talgdrüsen wurden keine Keime gefunden. Dieser Befund illustriert die Tatsache aufs Beste, dass trotz genauer Asepsis der Haut, des Naht- und Unterbindungsmaterials doch Abszedierungen eintreten können, die ihren Ausgangspunkt von den physiologischen Hautkeimen hernehmen. Die Bedingungen, unter welchen die Abszedierung eintritt, sind nicht in jedem einzelnen Fall festzustellen, man kann nur im grossen Ganzen sagen, dass alle die Momente, welche die Gewebe, sowie die Zirkulation in denselben schädigen, der Auskeimung der Hautmikroben einen günstigen Boden schaffen müssen, deshalb ist gerade der modus procedendi

während der Operation sehr wichtig, wenn man zielbewusst darauf ausgeht, den Keimen für eine Ansiedlung möglichst ungünstige Bedingungen zu schaffen.

(Autoreferat).

Dr. Keilmann: Durch die Mitteilungen Dr. Klemm's habe unsere Kenntnis von der Infektiosität der Haut eine Bestätigung erfahren. Nun stelle sich aber für den Operateur die rein praktische Frage: welches Nähmaterial sollen wir wählen, um Sticheiterungen zu vermeiden?

So trefflich sich die Seide für die Bauchhöhle eignet, so leicht führt sie andererseits auf der äusseren Haut zur Eiterung der Stichkanäle. Bei Silkwormgut sei das anders, da käme kaum jemals Eiterung vor.

Redner tritt nun für letzteres Nähmaterial als dem für die äussere Haut geeignetsten ein, und meint es empfehlen zu müssen.

Dr. Poorten: Das Katgut, das in der Gynäkologie sonst viel Verwendung fände, eigne sich gar nicht zur Vernähung von Hautwunden. Redner hat selbst beobachtet, wie bei sonst tadellosem Wundverlauf Hauteiterungen eintraten. Es handelte sich dabei eigentlich mehr um seröse Absonderungen, die in 24 Stunden schwanden. Es scheine, dass d. Katgut die Haut zu stärkerer Sekretion anrege, und dass auf diesem Nährboden sich sekundär Bakterien ansiedelten. Am deutlichsten zeige sich dies unter einem Kollodiumverbande, der die Feuchtigkeit künstlich zurückhalte.

Dr. Hach: Das Kollodium wirke in der Hinsicht wie ein Gummiverband, und sei aus dem Grunde nicht zu empfehlen, da auch eine seröse Absonderung die prima Intentio beeinträchtige. Seitdem neuerdings die Katgutnähte bis in die Stichkanäle hinein mit Spiritus gewaschen, und auch die Wundränder damit abgerieben werden, pflegen Eiterungen nicht mehr vorzukommen.

Dr. P. Klemm: Es sei eigentümlich, wie bei ärztlichen Diskussionen immer wieder dies oder jenes Nahtmaterial als besonders geeignet und tadellos empfohlen werde, während andererseits immer wieder nach neuem gefahndet werde.

Redner hat an vielen Kliniken des In- und Auslandes Verbandwechseln beigewohnt, und oft Eiter zu sehen bekommen. Im Allgemeinen könne man sagen, dass alle Fäden,

die Flüssigkeit ansaugen, gleichzeitig dadurch die Eiterung begünstigen, und umgekehrt. Ueberhaupt sei Trockenheit der Wunde die Grundbedingung für den sterilen Wundverlauf.

Was das Katgut betrifft, so hat Redner seiner Zeit in Dorpat nachgewiesen, dass es sich auch schon spontan zersetze; doch wurden die damaligen Mitteilungen nicht genügend berücksichtigt.

Dr. Keilmann: Vielleicht wirken die Toxine, die sich bei der Zersetzung des Katgut bilden, als Reiz für die seröse Absonderung, auf der sich dann sekundär Kokken ansiedeln. Renntierfäden, die wegen ihrer schnelleren Präparation weniger zur Zersetzung neigen, bewirken auch seltener Eiterungen. Seitdem Redner für die Bauchwunden Silkwormgut verwendet, hat er — auch wenn die Nähte 12—15 Tage gelegen — nur trockne und sterile Wunden zu verzeichnen.

Dr. P. Klemm: Die Toxinfrage ist auch von Popper angeschnitten worden. Doch scheint es nicht, dass die Toxine mehr als seröse Sekretion bewirken können, in welcher sich dann Kokken ansiedeln.

Beim zersetzten Katgut handele es sich aber um bösartige, zuweilen sogar gasbildende Eiterungen, die im Gegensatz zu den sonst zustandekommenden circumscribten Nekrosen zu richtigen Abszessen führten.

Dies sei nur durch die Annahme tiefgreifender Veränderungen an der Katguts substanz zu erklären.

d. z. Sekretär: S. Kröger jun.

### Sitzung am 3. Dezember 1903.

1. Dr. v. Bergmann demonstriert ein extirpiertes Aneurysma der Arteria poplitea.

Gr. 32 a. n., Bäcker, ist am 12. November a. c. wegen eines Poplitealaneurysma operiert worden. Dasselbe hatte sich am Bein seit 4 Jahren langsam entwickelt, um erst in den letzten Monaten seine beträchtliche Grösse — etwa 2 Faust gross — zu erreichen. Das Aneurysma ist ein wandständiges, spontan entstandenes. Ein Trauma hat nicht stattgefunden.

Pat. hat Lues durchgemacht. Zeichen von Arteriosklerose sind sonst nicht nachweisbar. Interessant ist es, wie wenig Störungen der Eingriff dem Pat. gemacht hat. In 12 Tagen war die lange Wunde, welche zwei Tage hindurch einen tamponierenden Gazestreifen an ihrer tiefsten Stelle gehabt, völlig geheilt, und hatte Pat. bereits Gehübungen gemacht, welche keinerlei Störungserscheinungen hervorgerufen hatten. 12 Tage nach der Operation verliess der Pat. die Abteilung, um seinen Beruf wieder aufzunehmen. Er wickelt das Bein mit einer Binde. Wie Sie sehen, genügt das völlig, um Stauungen zu verhüten. An demselben Kranken können sie eine Reihe von Silbernähten palpieren, welche seit 2 Jahren eine breite Diastase der Bauchmuskeln zusammenhalten. Vor 3 Jahren wurde Pat. wegen schwerer Epityphlitis operiert und musste die Bauchhöhle breit tamponiert werden. Ein Jahr später liess er sich die daraus resultierende Diastase operieren.

(Autoreferat).

2. Dr. M. Hirschberg hält seinen angekündigten Vortrag «über einen Fall von Morvan'scher Krankheit» mit Krankenvorstellung:

Aehnliche Fälle sind gegenüber *Lepra nervorum* differentialdiagnostisch wichtig, gehören aber nach der modernen Auffassung der meisten Neurologen zum Morvan'schen Typus der *Syringomyelie*. Nur wenige lassen heute eine selbständige Morvan'sche Krankheit gelten. Mit der *Lepra* hat sie jedenfalls ätiologisch nichts Gemeinsames, obgleich die *Lepra* sehr ähnliche Krankheitsbilder schaffen kann, welche von mancher Seite auch als Morvan'scher Typus der *Lepra nervorum* bezeichnet wird. In den Jahren 1883—1897 veröffentlicht Dr. Morvan eine Reihe von Arbeiten über *Paresie analgesique à Panaris des extrémités supérieures* — zu deutsch: «Schmerzenempfindungslähmung bei Panaritien der obern Extremitäten» und zwar als selbständige Krankheit.

Charcot erkennt zwar die Selbständigkeit nicht an, nennt aber den Symptomenkomplex: Morvan'sche Krankheit und rechnet sie gleich Roth, Hoffmann, Schultze, Bernhard u. a. zur *Syringomyelie*. Oger de Spéville macht zuerst auf die Aehnlichkeit mit *Nervenlepra* aufmerksam. 1893 und 1897 erklärt Zambacco Pascha die Krankheit

als schlechthin zu Lepra gehörig, wie die Lepra fruste Le-loirs. Diese Anschauung hat sich als nicht haltbar erwiesen.

Nach Morvan beginnt die Krankheit mit neuralgischen Schmerzen und Parästhesien an den oberen Extremitäten. Allmählich treten Anästhesien, Paresen und Muskel- und Knochenatrophien auf. Es sind beide Extremitäten, aber nicht gleichmässig, affiziert. Dazu kommen Panaritien, welche mit Verlust von Phalangen heilen und drehrunde Stümpfe zurücklassen. An der Haut sieht man pastöse Infiltrate, sklerodermische Erscheinungen, tiefe Rhagaden, Cyanose; ausserdem spontane Knochenbrüchigkeit, Luxationen, Verkrümmungen u. A. Das Nervensystem scheint nach Morvan sowohl zentrale — wenn beiderseitig, wie periphere Veränderungen — wenn einseitig, zu haben. Morvan's Trias heisst: analgesie, paresie und panaris. Nach anderen (Broca und später Morvan selbst), kommt noch die Skoliose hinzu.

Pathologisch-anatomisch werden seit Hoffmann (1891) Veränderungen des Rückenmarkes angenommen — Dinge, die man bei Nervenlepra nicht einwandstreitig nachweisen können; jedenfalls ist der Befund von Hansenschen Bazillen, trotz einiger kasuistischen Mitteilungen, kritisch nicht zu bestätigen. Wo der zentrale Sitz für die trophischen Störungen, ist ebenfalls bis heute strittig. Der Morvan'sche Typus kann sich den andern Typen der Syringomyelie nach Schlesinger hinzugesellen, (cervical, dorsolumbal, motorischer humeroscapularer u. s. w.).

Bezüglich der Differential-Diagnose zwischen Morvan'scher Krankheit und Nervenlepra muss im Auge behalten werden, dass die Lepra von der Peripherie zum Zentralorgan aufsteigende (Dehio-Gerlach), während die Syringomyelie zentrifugale Symptome macht. — Also beim Morvan: eine Erkrankung des Zentralorgans, bei Lepra — periphere Neuitiden. Freilich darf aber eine gewisse, freilich noch ganz unbekanntes Abhängigkeit (sekundärer Natur?) vom Zentralnervensystem nicht in Abrede gestellt werden.

Der Kranke, 48 Jahre alt, stammt aus leprafreier Gegend von gesunden Eltern, Landarbeiter. Will seit dem 15. Lebensjahre krank sein. Auf der Rückseite der Endphalangen seien rohe Stellen (Blasen?) aufgetreten. Allmählich traten an den Fingern Contracturen, Verkrümmungen, Rhagaden, Schwel-

lungen der rechten Hand, Panaritium an der Spitze des rechten Zeigefingers auf. Nicht Eiter, sondern mehr klare Flüssigkeit, Knochenstücke gingen ab, wenig Schmerzen. Aehnlich ging es später auch mit den übrigen Fingern.

Objektiv: hoher kräftiger Mann, Haar überall erhalten (Cilien, Brauen, Schnurrbart etc.), Pupillendifferenz. Rechte Lidspalte und Pupille enger, Bulbus tiefer. Im Nasenschleime keine säurefesten Stäbchen, Zunge weicht ein wenig nach links ab. Kyphoskoliose nach rechts. Vorderarm-Muskulatur nicht kräftig. Nervi ulnaris nicht palpabel. Hände vom Typus der Greifhände (cf. Photogramme). Daumen und Kleinfingerballen fehlen, Interossei atrophiert, tiefe metacarpale Gruben. An der rechten Hand — Zeigefinger ohne Nägelphalange, verdickt; auch an den übrigen Fingern Missgestaltungen, Narben. Ein torpides Ulcus am Mittelfinger. Haut der Hände — Rhagaden, nicht ödematös — Breithände. Knochenveränderungen, (Röntgenbilder). Haut des Körpers bis auf einige Narben absolut rein und unverändert. Patellarreflex gesteigert. Sensibilität der Haut — absolute Dissociation, d. h. eine Herabsetzung des Temperatur- und Schmerzsinnes bei vollständig erhaltener Berührungsempfindung — über beiden Armen. Temp.—Sinnlähmungszone ausgedehnter bis über die Schulter.

Diese Symptome und das Fehlen von Hautatrophien, circumscribten Anästhesien, Stigmen ehemaliger lepröser Infiltrate und Flecken sichern die Diagnose: Morvan'scher Symptomenkomplex der Syringomyelie beim Cervicaltypus (oculopupilläre Trias).

(Autoreferat).

Dr. Ed. Schwarz richtet an Vortragenden die Frage, ob sich in dem vorliegenden Falle vielleicht ein stattgehabtes Trauma als Ausgangspunkt für die Erkrankung habe nachweisen lassen? Von chirurgischer Seite sei mehrfach auf das Entstehen von Syringomyelie in Anschluss an schwere Traumen hingewiesen worden. Als Ursache galten dabei kleinere Blutungen ins Rückenmark, die anfänglich keine deutlichen Symptome verursachten, und daher übersehen worden waren.

Redner stimmt mit Vortragendem bezüglich der Diagnose durchaus überein, und betont das für die Differenzialdiagnose wichtige Verhalten der Sensibilitätsstörungen, die in regionärer Hinsicht bei der Lepra nie über die Gebiete der Atro-

phien hinausgingen, während bei der Syringomyelie das Umgekehrte stattfindet. Ebenso wichtig sei differenzialdiagnostisch die bei letzterer gewöhnlich vorkommende Steigerung der Patellarreflexe, was bei der Lepra nicht der Fall sei.

Dr. M. Hirschberg erwidert, dass Pat. Traumen in Abrede gestellt habe.

Was die Sensibilitätsstörungen betrifft, so seien sie für die Differenzialdiagnose doch nicht so charakteristisch, wie Dr. Schwarz hervorgehoben. Auch bei der Lepra hielten sich die Sensibilitätsstörungen nicht immer an die segmentäre Anordnung, sondern reichten auch weit darüber hinaus. Ebenso gemeinsam für beide Erkrankungen sei die grössere regionäre Ausbreitung der Störungen im Gebiete des Temperatursinnes gegenüber dem des Tastsinnes.

Diagnostisch entscheidend sei daher eigentlich nur der Hautbefund.

Dr. Sokolowski macht besonders auf den beim vorgestellten Patienten deutlichen Gegensatz zwischen den verstümmelten Fingern einerseits und der auffallend kräftigen Armmuskulatur andererseits aufmerksam. Angesichts eines so unverkennbaren, bei der Lepra, wie bei den übrigen Formen der Syringomyelie niemals so deutlichen Gegensatzes, sei es zu verstehen, dass Morvan und andere in diesem Bilde eine Krankheit sui generis erblickt hätten.

Auch in dieser Hinsicht sei der Fall sehr instruktiv.

Dr. Stender macht auf die hier gleichfalls vorhandene, charakteristische oculo-papilläre Trias (Tieferstehn des rechten Auges, Verengung der rechten Lidspalte und der rechten Pupille) aufmerksam.

Dr. Brutzer: Da die Anesthesiemerkmale sich als nicht immer stichhaltig erwiesen, so sei die Differentialdiagnose der Lepra von den übrigen genannten Krankheiten oft nur auf das Vorhandensein, resp. Fehlen von charakteristischen Hautflecken angewiesen. Der Versuch bei der Lepra anaesthetica Bazillen im Rückenmark nachzuweisen, sei vielfach missglückt. Redner selbst, der bei der tuberösen Form stets solche gefunden, sei in dem einen Falle von anästhetischer Lepra, den er zu untersuchen Gelegenheit gehabt, gleichfalls zu einem negativen Ergebnis gekommen. Dass aber das Rückenmark in den negativen Fällen tatsächlich verschont

geblieben sein sollte, hält Redner in Hinblick auf die von der Lepra häufig eingehaltenen Symptome Symmetrie der peripheren Symptome für höchst unwahrscheinlich. In einem Falle von ausgedehntester Hautanästhesie fand Redner in den Spinalganglien keine Bazillen, statt dessen reichliches Narbengewebe. Er nimmt an, dass die Bazillen von der Peripherie aus eingedrungen, keine weitere Infektion, sondern nur die sekundäre Bindegewebs-Wucherung verursacht hätten. Dass auch bei geringen peripheren Hautsymptomen in den Spinalganglien Bazillen vorkommen, die keine weitere Infektion verursachen, ist wiederholt beobachtet worden. Zwischen den Ganglien und der Peripherie scheine eine direkte Kommunikation durch die Nervenscheiden zu bestehen. So sei es verständlich, dass auf, der primären Erkrankung, symmetrischen Partien Anästhesien ohne lepröse Hautaffektionen vorkämen.

Dr. P. Klemm hebt hervor, wie schwierig es sei, gerade bei initialen Symptomen die Differenzialdiagnose zu stellen.

Fühlbare Verdickungen der Nervenstämme sprächen nach v. Bergmann mehr zu Gunsten der Lepra, trophische Gelenkstörungen mehr für Syringomyelie.

Dr. Stender: Da dissoziierte Empfindunslähmungen bei der Syringomyelie resp. der Morvan'schen Krankheit auch fehlen, bei ganz anderen Erkrankungen des Nervensystems, wie im Gebiete der Cauda equina, bei Myelitis etc. vorkommen können, so lasse auch dieses differenzialdiagnostische Hilfsmittel im Stich, so dass nur auf Grund aller einschlägigen Symptome eine richtige Diagnose gestellt werden könne.

Dr. Ed. Schwarz äussert sich im selben Sinne.

Dr. M. Hirschberg: In Anbetracht der Tatsache, dass die Lepra in vieler Hinsicht dieselben Symptomenkomplexe darbiete, wie die Syringomyelie, sei die Annahme, dass es sich auch bei ihr um zentrale Beeinflussungen handle, nicht von der Hand zu weisen. Dass aber die Degeneration im Rückenmark durch Bazillen hervorgerufen werde, sei nicht erwiesen. Auch nicht, dass die Degeneration von der Peripherie zum Zentrum fortgeleitet werde. Wäre Letzteres der Fall, handelte es sich also um einen ascendierenden Degenerationsprozess, so böte das Fehlen der Bazillen im Rückenmark

ja nichts Auffallendes. Was die Arthropathosen, betrifft, so kämen sie auch bei Lepra vor, wie sich Redner an von Dr. Sengbusch angefertigten Radiogrammen hat überzeugen können.

d. Z. Sekretär: S. Kröger jun.

### Sitzung am 17. Dezember 1903.

1. Dr. Bosse hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber Asthma bronchiale.

Redner bespricht zunächst die verschiedenen Theorien, die seit Trousseau dem bronchialen Asthma zu Grunde gelegt worden sind, und unter denen namentlich Bierniers Ansicht über das Asthma als Reflexneurose, so wie der «Zwerchfellkrampf» Wintrich's, ferner die Katarrhtheorie Curschmann's, Unger's und Moritz' besonders hervorgehoben werden. Bei der grossen Rolle, die die Curschmann'schen Spiralen beim Asthma spielen, hält Redner es für notwendig, die Genese derselben, auf Grund der verschiedenen darüber bekannten Theorien besonders zu besprechen, und weist er auf die epochemachenden Arbeiten von Schmidt und Fränkel hin, die berufen waren, erst die anatomische Grundlage des Asthma klar zu legen. Seit den Arbeiten von Brügelmann, Scheiermann und B. Fränkel, sowie von Wegele, wissen wir, dass das Asthma eine echte Neurose ist, und dass das nervöse Element eine Hauptrolle dabei spielt. Die Symptome, die das Asthmaübel auch in der anfallfreien Zeit kennzeichnen, erwähnt Redner: Das Kniereflex-Symptom von Montcorgé sowie das Lebersymptom von Sihle. Redner wendet sich hierauf den Ursachen des Asthma zu, um darauf nach kurzer Besprechung des Krankheitsbildes, der Therapie eine besondere Besprechung zu widmen. (Erscheint im Drucke).

(Autoreferat).

Dr. Mey weist auf die Bronchitis im Kindesalter als ein für das Asthma im hohen Grade disponierendes Moment hin. Ein solcher Katarrh, plötzlich einsetzend, stelle sich klinisch unter Erscheinungen von Rasseln und Pfeifen über den Lungen,

und einer gewissen expiratorischen Dyspnoe dar, sodass Redner hierin selbst schon eine milde Form des bronch. Asthmas, — allerdings ohne den typischen Anfall — sehen möchte. Schon Henoch widme in seinem Lehrbuch dieser Frage seine Aufmerksamkeit, und betone die Hartnäckigkeit dieser Katarrhe, die leicht zu Asthma führten.

Dr. Bergengruen berichtet über 2 Fälle von bronch. Asthma, die er einer rhinologischen Behandlung unterzogen. Der eine, ein 19-jähriger junger Mann, litt nur zu Hause an Anfällen — im Auslande z. B. war er verschont. Bei ihm liessen sich keine Asthmapunkte nachweisen. Nur befand sich in der linken Nase eine flächenhafte, segelartige Verwachsung zwischen Septum und der unteren Muschel. Nach operativer Beseitigung der letzteren trat eine Pause in den Anfällen von einem Jahr auf. Später rezidierten sie jedoch.

Im 2. Falle handelte es sich um adenoide Vegetationen bei einem Knaben. Wurde durch die Operation gebessert. Weitere Nachrichten fehlen.

Dr. Bertels berichtet von einem Fall, bei dem er die günstige Wirkung von Zigaretten aus Cannabis Indica während eines Anfalles hat beobachten können. Es betraf einen ca. 40-jährigen Herrn. Redner konnte sich durch Auskultation davon überzeugen, wie die im Beginne des Anfalles sehr reichlichen Rhonchi nach einigen Inhalationen sofort nachliessen, und Pat. frei athmen konnte. Er meint daher die Wirksamkeit solcher Zigaretten als eine krampflosende, nicht narkotische — auffassen zu müssen.

Dr. Büttner: Bei den Asthma-Zigaretten, die Strammonium oder ähnliche Drogen enthielten, erkläre sich ihre Wirkung aus dem Gehalte an atropinähnlichen Substanzen, die nach Art des Atropins wirkten. Letzteres lähme die peripheren Endigungen der Vagusfasern in den Lungen und beseitige resp. verhindere dadurch die krampfhaft, durch Reizung des Vagus hervorgerufene Kontraktion der Bronchien. Vielleicht, dass es beim Asthma bronchiale in derselben Weise wirkt. Andererseits mag sich auch die Wirkung des Atropins als sekretionshemmenden Mittels hierbei geltend machen.

Dr. Bergengruen erwähnt ihm bekannte, eigentümliche Fälle, wo Asthmatiker nur in Steingebäuden ihre Anfälle bekamen, in Holzhäusern aber verschont blieben.

Dr. Behr. Im Anschluss an die heutigen Ausführungen möchte ich einen Gesichtspunkt zur Beurteilung der Asthmatiker hervorheben, welcher, soweit ich die Debatte übersehe, noch nicht zur Sprache kam, ich meine das Symptom der Angst. Soviel Asthmakranke ich sah, die Angst vermisse ich niemals und die Schilderungen, welche berufene Asthmakenner, wie z. B. Brügelm ann von diesem Zustandsbilde entworfen, heben als Hauptsymptom der Erkrankung die Angst in den Vordergrund ihrer Betrachtung. Freilich es ist sehr schwierig und erfordert oft viel Geduld, dieses Symptom aus dem Zustandsbilde zu erfassen, da sich die Patienten selbst dessen nicht bewusst sind, und die Angst als solche nicht empfinden. Es handelt sich bei den Asthmakranken häufig darum, dass die Angst nur angedeutet vorhanden ist, dass larvierte «Angstzustände» (Hecker) bestehen, welche in der Form einer Ahnung d. h. einer ängstlichen Erwartung des Kommenden oder der Sehnsucht oder dergl. sich bemerkbar machen. Nur von diesem psychologischen Gesichtspunkte aus lassen sich die vielen scheinbar so paradox klingenden Asthmafälle beurteilen und verstehen. Herr Kollege Bergengrün erwähnte soeben eine Asthmakranke, welche in Riga niemals an Asthma litt, daheim aber ständig von Asthmaanfällen geplagt wurde. In einem analogen Fall, es ist auch möglich, dass wir beide denselben Fall meinen, konnte ich folgendes eruiiren:

Die betreffende Asthmakranke, ein graziles, zart besaitetes Geschöpf, hatte eine äusserst lebendige, nervöse Schwester, deren Sprechweise sie unsympathisch berührte. Nach und nach gestand die Kranke unter Thränen, und das Geständnis wurde ihr sehr schwer, sie fürchte sich schon bei dem blossen Gedanken an die Art wie ihre Schwester spreche und sich gebe. Der Zusammenhang zwischen Asthmaanfällen in Folge psychischer Momente zu Hause und das Verschontsein von Asthma an einem fremden Ort liess sich feststellen. Es darf daher nicht Wunder nehmen, dass Asthma und Psychose gelegentlich bei demselben Individuum alternierend auftreten, da die Grundursache dieser Krankheit aller Wahrscheinlichkeit nach doch ausschliesslich in seelischen Zuständen begründet liegt. Die deutsche psychiatrische Literatur enthält über diesen Gegenstand äusserst wenig, dagegen be-

schreibt Savage in seinem Lehrbuch der Geisteskrankheiten (englisch) eine Reihe von Pat., bei welchen Asthma und manisch-depressive Zustände abwechselten. Ich selbst hatte Gelegenheit einen Fall zu beobachten, in welchem asthmafrie Zustände während der manisch-depressiven Phase bestanden, während zur Zeit der psychischen Gesundheit heftige Asthmaanfalle auftraten. In einem anderen Falle meiner Beobachtung trat bei einer Asthmakranken die Gravidität ein. Das Asthma verschwand und eine manisch-depressive Psychose beherrschte die Situation (Wechsel von heiterer Erregung und ängstlicher Verstimmung). Aus von mir unabhängigen Gründen (Angst vor möglichem Asthma) wurde ein Abort eingeleitet, und in wenigen Tagen verschwand die Psychose, während das Asthma in alter gewohnter Weise zum Vorschein kam.

Was die Therapie anbetrifft, so möchte ich bemerken, dass meine Pat. durchweg einer erfolglosen Nasenbehandlung unterworfen waren. Mir persönlich haben sich nur zwei Mittel bewährt, einmal das Dover'sche Pulver und zweitens die leider obsolet gewordene *Asa foetida*. Selbstredend hilft jedem Asthmakranken das Allermerkwürdigste, oft das Absurdeste. Ja in einem Falle, der beschrieben wurde, half sogar die Schilddrüse (A. Ley), da, wie schon eingangs erwähnt wurde, die Ursache dieser Zustände auf psychischem Gebiete, in psychogenen Momenten zu suchen sind.

(Autoreferat).

Dr. M. Schoenfeld: Das von Dr. Behr soeben besprochene Asthma sei allerdings neuropathischen Ursprungs, und wurde bei Hysterie und vielen Psychosen oft beobachtet. Es müsse aber als Pseudoasthma klinisch, wie therapeutisch streng vom Asthma bronch., wie es uns von Dr. Bosse heute vorgeführt worden, getrennt werden. Ersteres sei eine reine Neurose; bei letzterem spiele das nervöse Moment gewiss mit, gebe auch dem Bilde eine gewisse charakteristische Färbung, ohne es aber, wie im anderen Falle, ganz zu beherrschen.

Dr. Behr: Herrn Dr. Schoenfeldt gegenüber habe ich zu erwidern, dass seine Ausführungen den Tatsachen in keiner Weise entsprechen. Das hysterische Asthma, die hysterischen Atemstörungen tragen einen durchaus anderseitigen

Charakter, als die Asthmaanfalle, von denen bisher die Rede war. Der Unterschied zwischen den beiden Krankheitsgruppen liegt darin, dass bei den Hysterischen die begleitenden Angstempfindungen fehlen und die Pat. des Nachts schlafen. Es besteht ein Widerspruch zwischen den scheinbar so beängstigenden objektiven Symptomen und dem subjektiven Befinden der Kranken. Ich hatte vorhin bei meinen Ausführungen durchaus nur das essentielle Asthma im Auge und sprach über die Wirkung der *Asa foetida* bei diesen Zuständen. Die Hysterie, das hysterische Asthma und die verwandten Zustände hatte ich absichtlich bei Seite gelassen.

(Autoreferat).

Dr. v. Rimscha: Ich erlaube mir einige Bemerkungen zum nasalen Asthma. Was die Brügelmänn'schen Asthmapunkte anbetrifft, so sind dieselben schwer zu finden, da sie nach Brügelmänn meist in den obersten Partien der Nase liegen, ja häufig an der oberen Muschel, kurz an einer Stelle, die bei den meisten Menschen empfindlich ist, dass es wirklich nicht gut möglich ist, dort noch besondere Punkte als besonders empfindlich zu differenzieren. Wenn Brügelmänn angiebt, dass nach dem Aetzen der Asthmapunkte eine viel stärkere Reaktion, ja Temp. — 40,0 auftreten, während nach dem Aetzen anderer Stellen eine sehr unbedeutende Reaktion folgt, so erscheint es mir nicht verständlich, dass solche hohe Temperaturen etwas charakteristisches für Asthmapunkte sein sollten. Die hohen Temperaturen lassen sich viel ungezwungener als Sekretstauungen zumal, nach dem Aetzen hoch gelegener Stellen, resp. als vorübergehende Infektion erklären.

Meine eigenen Erfahrungen über die Behandlung des Asthma von der Nase aus sind recht gering, und ich will daher aus ihnen keine besonderen Schlüsse ziehen, doch habe ich wiederholt Pat. gesehen, die von Autoritäten wegen Asthma auf ihre Nase hin behandelt resp. operiert worden sind. Die Erfolge waren vorübergehend resp. negativ. Ich glaube wir können dem Standpunkt, den Prof. Fränkel den Reflexneurosen gegenüber einnimmt, im allgemeinen beipflichten: die Nase solle nur in dem Falle behandelt werden, falls sie pathologisch ist. Ich habe demnach Asthmatiker mit Nasenpolypen resp. adenoiden Vegetationen behandelt und operiert,

und wohl durch die Behandlung der Nase eine Erleichterung der Anfälle, ja auch zeitweises Aussetzen der Asthmaanfalle erzielt. Im Allgemeinen möchte ich davor warnen auf die Behandlung des Asthmas von der Nase her zu grosse Hoffnungen zu setzen.

(Autoreferat).

Dr. Hampeln: Durch das Hineinziehen der reinen Neurosen sei heute vielfach vom Thema abgeschweift worden. Das nervöse Asthma müsse vom bronchialen streng unterschieden werden. Man dürfe auch nicht vergessen, dass das letztere eine sehr seltene, das nervöse — eine häufige Erkrankung sei: Dr. Bosse habe die anatomische Grundlage, nämlich die eigentümliche Bronchitis, als wesentlichen Faktor im Krankheitsbilde leider zu wenig betont.

Dr. Sokolowski illustriert die Abhängigkeit des nervösen Asthmas von rein psych. Momenten durch einen Fall, wo ein junger Mann, der immer asthmatisch wurde, wenn er mit Pferden in irgend welche Berührung kam — eine Eigentümlichkeit, an der sein Vater gleichfalls litt — einmal von einem schweren Anfalle betroffen wurde, als in der Unterhaltung die Rede zufällig auf Pferde kam.

Dr. Kroeger II.: Wie wohl allgemein anerkannt, kommt das Asthma, welcher Form es auch angehören mag, stets durch 2 Faktoren zu Stande: 1) durch eine, allen Formen gemeinsame, abnorme Steigerung der respiratorischen Reflexerregbarkeit und 2) eine je nach der Form wechselnde, und sie bestimmende Grundkrankheit, so dass wir von bronchialen, nasalen, sexualen, nervösen Asthmas reden. Dieser unleugbare Zusammenhang der Anfälle mit einer dieselben auslösenden Grundkrankheit gebe uns den Fingerzeig, unsere Aufmerksamkeit weniger auf die Unzahl palliativer Mittel, die den Anfall kupieren sollen, zu lenken, sondern vielmehr eine Beseitigung der sie auslösenden Ursachen anzustreben, um dadurch das ganze Leiden zu heben. Redner, der mehrfach Gelegenheit fand, Pat. mit bronch. Asthma zu behandeln, konnte in einigen Fällen die deutliche Abhängigkeit von kurz vorhergegangener Acquisition einer Bronchitis beobachten, während bei denselben Pat. in katarrhfreien Zeiten niemals Anfälle auftraten. Das souveränste Heilmittel für eine Bronchitis sei ohne Zweifel die Hydrotherapie, die in Form

temperierter Douchen, kalter Abreibungen oder anderer entsprechender Massnahmen zur Verwendung kommen könne. Hauptzweck derselben sei einerseits die günstige Beeinflussung der Zirkulationsverhältnisse in den Lungen, andererseits die, etwaigen neuen Exacerbationen vorbeugende, Abhärtung der Haut. Dasselbe Heilverfahren würde sich gewiss auch bei den anderen Asthmaformen teils als antikatarrhalisches Agens, teils als Roborans auch der abnormen Reflexerregbarkeit gegenüber, bewähren.

Dr. O. Klemm: verlegt den Beginn des bronch. Asthmas gleichfalls (wie Dr. Mey) in das früheste Kindesalter. Er selbst hat Fälle beobachtet, bei denen unter anfänglich rein katarrhalischen Erscheinungen, bald Atembeschwerden auftraten, die, ohne einen typisch. asthmatischen Charakter aufzuweisen, bei ihrer Abheilung im expektorierten glasigen Schleim reichliche Asthmakristalle und Spiralen erkennen liessen. Redner hält daher den Nachweis letzterer für die Diagnose allein entscheidend, nicht den Charakter der Atembeschwerden.

Dr. Thilo hat bei der Behandlung zweier schwerer Asthmatischer damit gute Erfolge erzielt, dass er sie anleitete: nicht — wie der Lufthunger ihnen während des Anfalles einlege — tief ein —, sondern vielmehr tief aus — zu atmen. Letzteres Bestreben könne durch manuelle Hilfe wesentlich unterstützt werden; dabei sei aber darauf zu achten, dass die mechanische Kompression des durch den Krampf in seinen Exkursionen gehemmten Thorax nicht zu brüsk, sondern in Anpassung an alle durch diese Hemmungen bedingten Ungleichmässigkeiten in der Expiration zu geschehen habe. Gegen den Anfall empfiehlt Redner das Morphinum. Zur Abhärtung habe sich in seinen Fällen das Spazieren mit blossen Füssen gut bewährt.

Dr. v. Engelhardt: Das rein nervöse Asthma könne durch gleichzeitige vasomotorische Störungen in der Lunge zu Sekretionsanomalien in letzteren führen. Dadurch würde eine Art Zwischenform zwischen Asthma bronchiale und nervosum zu Stande kommen, wie sie in der Enteritis membranacea ihre Analogie findet. Doch auch bei anderen Neurosen sei die Beteiligung der vasomot. Nerven auch für entferntere Organe anzunehmen. So in einem Falle von Hypersekretion

Der Vortrag des Herrn ...

Dr. ...

Die Frage der ...

### Sitzung am 7. Januar 1904.

**Dr. Ed. Schwartz hält seinen angekündigten Vortrag: «Zur segmentellen Versorgung des M. rectus abdominalis». (Erscheint im Druck).**

...

...

...

G. v. Schreier

des Magens bei einem Herren mit gleichzeitigem Aortenaneurysma, der jedes Mal nach dem Genusse saurer Speisen einen Asthmaanfall mit reichlichem, schleimigem Auswurf bekam.

Dr. Kroeger bemerkt, bezugnehmend auf die von Dr. Behr vertretene Auffassung von der ätiologischen Bedeutung der Angst als solcher beim Zustandekommen eines Anfalles, dass denselben eine solche Bedeutung doch nur bei den rein nervösen Formen zuerkannt werden könne. Ihr sonstiges Vorkommen, auch bei allen organisch begründeten Formen, rechtfertige sich einfach durch den tatsächlich äusserst qualvollen Zustand, in den Pat. durch den Anfall versetzt wurden, und brauche daher kaum wunderzunehmen.

Zur Frage der Therapie fügt Redner noch hinzu, dass er einige Mal heftige Anfälle durch Injektionen von Atropin (bis 1,8 Mg.) zum Schwinden gebracht habe. Auch die von v. Noorden veröffentlichte Wirksamkeit eines protrahierten, innerlichen Gebrauches dieses Mittels, hat Redner unter seinen Fällen bestätigen können. Was die Wasserbehandlung als Heiltaktor dem Asthma gegenüber anbetrifft, so müsse besonders betont werden, dass man sich mit dem ersten Schwinden aller Krankheitserscheinungen natürlich nicht begnügen dürfe. Vielmehr sei zu berücksichtigen, dass der Asthmatiker durch die eigentümlich nervöse Erregbarkeit seines Atmungsapparates bei jedem neu erworbenen Katarrh auch zu neuen Anfällen disponiere. Daher sei es für ihn unerlässlich, gewisse Abhärtungsprozeduren auf lange Zeit, eventuell für's ganze Leben beizubehalten.

Dr. Hampeln: Eine Beteiligung des Nervensystems, wie Dr. Engelhardt es hervorhob, finde bei allen Krankheiten statt. das Asthma bronchiale böte aber ein so einheitliches Bild, dass es als Krankheit sui generis von allen ähnlichen unterschieden werden müsse, so auch z. B. von einer gewöhnlichen Bronchitis, die mit Atembeschwerden verknüpft ist.

Der Engelhardtsche Fall gehöre entschieden nicht hierher. Solche Anfälle seien bei Aneurysmen nicht selten - und wohl nur auf letzteres zu beziehen.

d. z. Sekretär: S. Kröger jun.

## Sitzung am 21. Januar 1904.

1. Dr. M. Eliasberg demonstriert vor der Tagesordnung einen Fall von amaurotischer, familiärer Idiotie, und stellt für die nächste Sitzung eine genauere Besprechung dieser Krankheit in Aussicht.

2. Dr. Engelmann demonstriert einen Fall von Lues haemorrhagica.

Die Patientin ist 26 Jahre alt, verheiratet, hat einmal geboren, das Kind ist im 2. Lebensjahre gestorben. Ihre Erkrankung begann vor 3 Jahren angeblich nach einer Verletzung am Rücken. Es bildeten sich schmerzende Geschwüre, die unter Jodoformbehandlung heilten, während neue auftraten.

Jetzt finden sich am Rücken beiderseits neben der Wirbelsäule und vorn am Abdomen zahlreiche rundliche Narben, in denen stellenweise Gefässe sichtbar sind. Die Haut des Abdomens und des Rückens erscheint durch Gefässzeichnung stark marmoriert. An einigen Stellen in der Umgebung der Narben sieht man an circumscribten Stellen stark dilatirte Gefässe, in deren Umgebung es zu ca. 10-Kopekenstückgrossen Ekchymosen gekommen ist. An 2 Stellen finden sich in der Heilung begriffene buchtige Ulcera, die stets empfindlich sind. Diese Ulcera sind aus den erwähnten Ekchymosen unter zunehmender Schwarzfärbung der Haut entstanden.

Sonstigeluetische Symptome ausser leichter allgemeiner Drüsenschwellung fehlen. Augenbefund normal. Der Ernährungszustand war bei der Aufnahme der Patientin stark reduziert, es bestand Anämie, und es fanden sich zahlreiche Ulcera. Erst unter antiluetischer Behandlung gelang es die Ulcera in ausgedehnterem Masse zur Heilung zu bringen. Pat. erholte sich, nahm an Gewicht zu, und in der letzten Zeit ist es wohl noch zu schmerzhaften Ekchymosen, aber nicht mehr zur Ulceration gekommen, während in der ersten Zeit das Entstehen der Ulcera aus den Ekchymosen deutlich verfolgt werden konnte. Dieser Verlauf spricht wohl für die Annahme einerluetischen Affektion. Die Untersuchung auf Tuberkel- und Leprabazillen ergab ein negatives Resultat.

(Autoreferat).

3. Dr. O. Brehm (als Gast) hält seinen angekündigten Vortrag über: «Die komplizierten Kontusionen des Bauches».

Es wird auf Grund von 34 Fällen aus der 1. chirurgischen Abteilung des Rig. Stadtkrankenhauses die Frage der komplizierten Bauchkontusionen speziell hinsichtlich der Diagnostik behandelt. Obwohl man, gestützt auf eine Reihe wertvoller Symptome, die Diagnose der subkutanen Organverletzung im Bauche in einer nicht kleinen Anzahl der Fälle sicherstellen kann, bleibt stets eine Reihe von dubiösen Krankheitsbildern übrig, bei denen die Diagnosenstellung und somit die Indikationsstellung zur Laparotomie dem subjektiven Ermessen anheimgestellt werden muss. Da speziell bei den komplizierten Kontusionen die Gefahr der Peritonitis eine enorm grosse ist, so muss möglichst früh operiert werden, die Indikationsstellung darf daher nicht zu sehr eingeengt werden, besonders wo es sich um Verletzungen des Magendarmkanals handelt. Bei Nierenrupturen dagegen ist in dem meisten Fällen die exspektative Behandlung vorzuziehen. Die Heilungsergebnisse sind am Rig. Krankenhause im allgemeinen wenig befriedigend, namentlich bei den Rupturen des Magendarmtraktes, was sich aus der Tatsache erklärt, dass die Fälle in der grössten Mehrzahl zu spät kamen; im Durchschnitt kamen sie nach mehr als 24 Stunden und hatten alle bereits Peritonitis. Von 34 Fällen wurden 14 geheilt, 20 starben, doch stellt sich das Verhältnis für die einzelnen Organe sehr verschieden.

Von 2 Mage rupturen wurde 0 geheilt 2 starben

» 2 Leberrupturen » 1 » 1 »

» 4 Milzrupturen » 2 » 2 »

» 9 Nierenrupturen » 9 » 0 »

» 15 Darmrupturen » 1 » 14 »

» 2 Blasenrupturen » 1 » 1 »

Aus den Tatsachen, dass einerseits die Diagnose der Organverletzung bei Bauchkontusionen sehr schwierig ist, dass andererseits die Fälle erfahrungsgemäss sehr spät in die Hände des Chirurgen kommen, folgt das uneingeschränkte Resultat für den praktischen Arzt, jede Bauchkontusion ohne Ausnahmen so schnell als möglich chirurgischer Behandlung zu überweisen.

(Autoreferat).

Dr. Bosse bemerkt zu der Forderung Dr. Brehms: den Kranken vor dem Transport in's Hospital kein Opium zu reichen, ob nicht die Darreichung von Morphium, das ja den Darm nicht beeinflusst, als schmerzstillendes Mittel indiziert sei?

Dr. Brehm: Ein vorsichtiger Transport werde im Ganzen auch ohne Morphium gut vertragen. Letzteres habe den grossen Nachteil, dass es, gerade durch Beseitigung der Schmerzempfindlichkeit die Krankheit verschleierte und so eine schnelle Diagnose störe.

Dr. Schabert wendet sich gegen die vom Vortragenden betonte Unterscheidung zwischen dem klassischen Bilde des Frühstadiums der Bauchkontusion und der späteren Peritonitis und vertritt die Annahme, dass es sich im Frühstadium schon um Peritonitis handle. Die für dieses Stadium als charakteristisch geltende brettharte Spannung der Bauchdecken käme auch bei sonstiger lokaler Peritonitis vor. Auch unsere medizinische Vorstellung vom Vorgange bei der durch die Kontusion gesetzten Darmverletzung nötige uns, einen frühen Beginn der Peritonitis anzunehmen.

Dr. Brehm: Gegen die Annahme Dr. Schaberts spricht das schnelle Schwinden der stürmischen initialen Symptome, die ja sonst bei vorhandener Peritonitis zunehmen müssten.

Das Frühstadium sei als eine Art Latenzzeit aufzufassen, in der möglicher Weise die Perforationseröffnung durch Schleimpfröpfe verschlossen würden. Erst nach Ausstossung derselben käme es zu Peritonitis.

Wie der Choc zustande käme, sei schwer zu erklären. Auch die Autoren seien sich darüber nicht klar. Um Reizung des Peritoneums könne es sich kaum handeln, da bei peritonealer Reizung aus anderen Ursachen die Bauchdeckenspannung häufig fehle.

Dr. Schabert: Eine sichere makroskopische Diagnose im Frühstadium werde wohl nur in sehr ausgesprochenen Fällen möglich sein. Selbst die Obduction gebe oft nur wenig Aufschlüsse. Es handle sich häufig nur um leichte Injektion der Serosa. Entscheidend sei daher nur eine bakterielle Untersuchung.

Dr. Mandelstamm II. berichtet über einen Fall aus seiner Praxis vor 8 Jahren, der seiner Ansicht nach beweist, dass die Diagnose einer stattgefundenen Bauchkontusion nicht immer leicht zu stellen sei. Er wurde zu einem 8-jährigen Knaben gerufen, der über leichte Leibscherzen klagte. Seit etwa 24 oder 30 Stunden kein Stuhl. Leib weich, nicht schmerzhaft, keinerlei besonders empfindliche Stellen. Auf spezielles Befragen gab Pat. an, beim Springen auf ein Balkenende mit dem Abdomen aufgesprungen zu sein, doch sei der Schmerz nicht besonders heftig gewesen. In Anbetracht der Stuhlverhaltung und der Abwesenheit irgendwie beunruhigender Symptome verordnete Ref. Ricinusöl und Priesnitz'sche Umschläge und bat die Eltern ihn sofort zu benachrichtigen, falls irgendwelche Veränderungen im Zustande des Pat. eintreten sollten. Er wurde jedoch erst am nächsten Morgen wieder hingebeten — nach ca. 18 Stunden — und war Pat. unterdessen bereits von mehreren Kollegen untersucht worden, die verschiedene Diagnosen gestellt hatten: Meningitis, Volvulus. Als Ref. den Pat. wiedersah, war derselbe nicht wiederzuerkennen: absolute Bewusstlosigkeit, ad maximum weite Pupillen, Erbrechen blutiger Massen, ausgesprochene Peritonitis. Ex consilio mit einem schnell herbeigeholten Kollegen wurde beschlossen, den Kranken behufs Operation in's Krankenhaus zu schicken, doch gingen die Eltern darauf nicht ein, und der Pat. starb einige Stunden später. Ref. vermutete erst nacherträglich, dass im betr. Falle eine Magen — oder Darmruptur vorgelegen hatte. Die Tatsache, dass von verschiedenen Kollegen verschiedene Diagnosen gestellt worden waren, während niemand an eine Bauchkontusion gedacht hatte (mit event. Darm- oder Magenruptur) spricht nach Ansicht des Ref. dafür, dass der Fall nicht leicht zu deuten war. Jedenfalls fehlten hier die klassischen Symptom, von denen der Herr Vortragende gesprochen hat.

Dr. v. Bergmann: Im Frühstadium fehle meist jeder die Annahme einer Darmperforation beweisende Befund. Da sei das durch die Anamnese eruirte aetiolog. Moment: die auf das Abdomen cirkumskript einwirkende Gewalt, die einzige Stütze für die Diagnose. Dieses Moment, sowie die bald eintretende brettharte Spannung des eingezogenen Leibes, sei für die Notwendigkeit eines Eingriffes bestimmend. Es

werde gewiss vorkommen, dass auch unnütz laparotomiert würde. Andererseits sei ein Abwarten für den Kranken zu gefahrvoll.

Dr. Mandelstamm: Herrn Dr. v. Bergmann möchte ich erwidern, dass m. E. Gespanntheit der Bauchdecken und Schmerzhaftigkeit auf eine beginnende oder bereits eingetretene Peritonitis hindeuten. Dann sei die Diagnose einer stattgehabten Kontusion vielleicht leichter. Im vorliegenden Falle fehlten aber, als ich den Kranken zuerst sah, jene Symptome: der Leib war ganz weich, nicht schmerzhaft. (Autoreferat).

Dr. Brehm: In einem Falle von Bauchkontusion traten erst am 6. Tage Schmerzen mit allgemeiner Verschlimmerung auf. Bei der Operation fand sich ein Kotabszess, der unter Bildung mehrerer Kotfisteln heilte. Einer zur Beseitigung derselben später vorgenommenen zweiten Operation erlag Patient. Bei der Operation fand sich im Abszess ein Kotballen, der durch eine gleichfalls nachweisbare Perforationsöffnung hineingedrungen war.

Dr. Voss richtet an Vortragenden die Frage, ob der in seiner Statistik aufgeführte einzige Heilungsfall bei komplizierter Kontusion in einem frühen oder späten Stadium zur Operation gekommen sei?

Dr. Brehm: Besagter Fall sei der am frühesten von allen operierte, und zwar 4 Stunden nach der Verletzung.

d. Z. Sekretär: S. Kröger jun.

## Sitzung am 4. Februar 1904.

1. Dr. H. Berg stellt einen Fall von Pityriasis rosea vor, der im Stadium seiner augenblicklichen Entwicklung eine entschiedene Ähnlichkeit mit einem makulösen Syphilid aufweist. Bei Besprechung der Erkrankung weist er auf die gelegentlichen differential-diagnostischen Schwierigkeiten hin.

Dr. H. Berg stellt ferner ein Kind von 1 Jahr 4 Monaten mit Lepromen vor. Es ist gelungen, aus dem Gewebssaft eines Knotens Bazillen zu färben.

Vor einem Monat sah Ref. das Kind zum erstenmal und es wurde die Angabe gemacht, dass die Krankheit seit drei Monaten bestände. Die Mutter ist vollkommen gesund, der Vater des unehel. Kindes angebl. gesund, z. Z. ausser Landes. Das Kind befand sich seit der Geburt tagsüber in Pflege bei einer Frau. Die Frau A. K. 58 a. n. leidet an Lepra in bereits vorgeschrittenen Stadien, sie hat sich leider der Vorstellung entzogen. Dr. B. behält sich weitere Mitteilungen vor, falls es ihm gelingt, den Fall weiterhin zu beobachten.

(Autoreferat.)

Dr. v. Bergmann: Lepra bei kleinen Kindern gehöre zu den grössten Seltenheiten. Die bisher beschriebenen vereinzelt Fälle seien übrigens in Bezug auf die Diagnose nicht ganz einwandfrei. Vorliegender Fall mit positivem Bazillenbefunde repräsentiere daher eine ganz besondere Rarität. Ohne diesen Bazillenbefund würde hier die Richtigkeit der Diagnose auch noch fraglich erscheinen können, da die sehr charakteristische Infiltration, auf welcher die Lepraknoten zu sitzen pflegen, fehlen.

Dieser Fall sei fernerhin insofern von wissenschaftlicher Bedeutung, als er die bisherige Annahme einer mindestens 3-jährigen Inkubationszeit der Lepra umstosse.

Es wäre von theoretischem Wert, hier eine Untersuchung des Nasenschleimes auf Leprabazillen vorzunehmen, da die Nase gerade vielfach als Eingangspforte für die Infektion angesehen werde.

2. Dr. Vogel (als Gast) hält seinen angekündigten Vortrag: «Ueber einen Fall von operativ geheilter Herzstichwunde».

(Autoreferat.)

Referent weist darauf hin, dass erst seit der ersten glücklich gelungenen Herznaht die Chirurgen der operativen Behandlung der Herzverletzungen nähergetreten sind. Es kämen nur die minder schweren Schuss- und Stichverletzungen in Betracht, da die schweren, namentlich die Herzrupturen, sehr bald nach der Verletzung sterben. Ob Perikard allein, oder auch das Herz selbst verletzt ist, lässt sich nicht mit Bestimmtheit entscheiden. Symptome der Verletzung sind Lage der Wunde, Haemopericard, oberflächliche Atmung, Angstgefühl, Cyanose, Collaps, auch unwillkürliche Stuhlent-

leerungen: Diese Symptome können zum grössten Teil fehlen, während das wichtigste Symptom, der unregelmässige, kleine, frequente Puls, immer vorhanden ist. Die Pleura ist fast immer mitverletzt. Die Prognose ist im allgemeinen ungünstig, obgleich sie sich mit dem operativen Einschreiten gebessert hat. Abgesehen von der Art und Grösse der Verletzungen bieten die Verwundungen der Herzspitze die beste Prognose, dann der rechte und zuletzt der linke Ventrikel. Verletzungen der Coronargefässe bieten schlechte Chancen, obgleich auch hier Heilungen zu verzeichnen sind. Tod kommt durch Verblutung oder durch die Herztamponade zustande. Früher, bei der exspektativen Behandlung, wurden nach Fischer 10 pCt. Heilung berechnet, seit dem operativen Verfahren 27 pCt. nach Fontan. Gegen die Operation liesse sich anführen, dass viele Fälle, die unschuldig waren, auch ohne Operation durchgekommen wären, durch die Operation aber noch der Gefahr einer Pericarditis ausgesetzt wurden. Andererseits liesse sich niemals mit Sicherheit die Schwere der Verletzung nach den augenblicklichen Symptomen beurteilen. Ausserdem sind in einigen Fällen von exspektativ behandelten geheilten Herzverletzungen nach Monaten totale Synechien auf dem Sektionstische gefunden worden, so dass kein Vorteil vor den operierten, tamponierten bestehe. Zur Freilegung des Herzens sind die verschiedensten Methoden empfohlen worden. Lappen mit totaler, medialer, oberer und unterer Basis und die einfache Rippenresektion.

Es gilt als Regel in der Diastole zu nähen. Während des Durchstiches ist ein kleiner Herzstillstand zu beobachten. Die meisten Autoren benutzen geknöpfte Nähte, während Terrier und Reymond die fortlaufende für die beste halten. Dieselben vernähen auch Pleura und Pericard, da sie bei der Tamponade eine Infektion von aussen fürchten. Mehrere Fälle sind auch ohne Tamponade geheilt. Hierzu werden sich besonders Schussverletzungen, die ja aseptischer sind, eignen. Viele andere Autoren raten zu tamponieren, wenn auch nur wenig ausgiebig und für kurze Zeit, da auch die tamponierten meistens schnell heilten und keine Beschwerden hätten.

Zum Schluss wird die Krankengeschichte eines einschlägigen Falles, wo die Operation vom Referenten mit Erfolg

ausgeführt worden ist, referiert. (Dieser Fall ist im Zentralblatt für Chirurgie Nr. 22, 1904 veröffentlicht worden.

(Autoreferat.)

Dr. v. Bergmann: Vortragender sei für diesen Heilungsfall — den ersten dieser Art in Riga — nur zu beglückwünschen.

Was die prinzipielle Frage der Tamponade resp. Vernähung des Herzbeutels betrifft, so entscheidet sich Redner für erstere.

Auch Zoega habe in seinem letzthin veröffentlichten Falle tamponiert, obgleich eine Schusswunde im ganzen weit weniger Gefahr einer Infektion in sich schliesse, als ein Messerstich.

Eine Statistik aus dem Obuchowhospital habe für die Fälle mit Tamponade nur Heilungen, für die Vernähung nur Todesfälle zu verzeichnen.

Auch in den scheinbar günstigsten Fällen würde sich doch die Anlegung einer Drainage — sei es auch nur in Form eines kleinen Drainrohres — empfehlen. Die Eventualität nachträglicher Adhäsionen müssen eben in Anbetracht der sonst grösseren Gefahren mit in den Kauf genommen werden, zumal da eine von den Verwachsungen zu befürchtende funktionelle Einbusse für das Herz sogar fraglich sei.

Dr. O. Brehm: Die Erfolge des exspektativen Verfahrens seien dadurch fraglich, dass der sichere Beweis für die Perforation des Herzens in diesen Fällen fehle.

Zwei in der Literatur beschriebene Fälle von embolischer Verschleppung von Kugeln seien allerdings beweisend für die Möglichkeit der spontanen Ausheilung einer Herzperforation. In einem Falle handelt es sich um Verschleppung in eine Subclavia mit Verschluss der Arterie. Die Kugel wurde, als wegen Ichamie des zugehörigen Armes operativ eingegriffen wurde, im unverletzten Arterienrohr gefunden.

Im andern Falle war die Kugel in eine Pulmonalvene eingedrungen, und von dort durch den rechten Ventrikel in die Arteria pulmonalis gelangt.

3. Dr. P. Bergengrün hält seinen angekündigten Vortrag: «Ueber einen letalen Fall von Empyema sinus ethmoidalis».

E. W., 28 Jahre alt, Opernsänger, im allgemeinen stets gesund gewesen, gab im August 1903 an, seit 5 Jahren an

Luftmangel in der rechten Nase und häufig sich wiederholendem Schnupfen zu leiden, hie und da Kopfdruck und Schmerz über dem rechten Auge. In letzterer Zeit häufig Indisposition der Singstimme, Kratzen und Räuspern. Befund: chronische Pharyngitis und Laryngitis mässigen Grades von trockenem Charakter. Rechte Nase: starke Verdickung der unteren Muschel, dem Septum der sehr engen Nase anliegend; mehr oben beträchtliche Polypenmassen von geringen Eitermengen umgeben. *Deviatio septi convex* nach rechts. Die Sonde gerät bei leichter Führung durch die Polypenmassen auf rauhe Knochenkanten. Druckempfindlichkeit am rechten inneren Orbitalwinkel und am Boden der Orbita. Durchleuchtung ergibt nirgend Verdunkelung. *Diagn.*: Emyema sin. etmoidal. dextr., und wahrscheinlich auch des sin. frontal.; Rhinopharyngitis, Pharyngitis, Laryngitis chronica. — Zunächst nur Behandlung der Pharyngitis und Laryngitis mit Adstringentien; die in letzter Zeit heisere Stimme wurde klar; Pat. absolvierte sein erstes Debut mit grossem Erfolge. Bald darauf Entfernung der Hypertrophien und, soweit bei der sehr engen Nase möglich, der Polypen und Ausräumung einiger Siebbeinzellen. Gleich darauf Erleichterung. Pat. blieb dann fort. 6 Wochen später plötzlich rasende Koptschmerzen; 5 Tage später sah Votr. den Pat. mit den Anzeichen beginnender Meningitis, starker Schwellung der linken regio supraorbitalis, die auf Druck äusserst empfindlich ist, protrusio bulbi. Trotz geringer Hoffnung auf Erhaltung des Lebens Aufmeisselung der 1. Stirnhöhle, um nichts unversucht zu lassen., da es sich möglicher Weise auch um ein stürmisch verlaufendes akutes Emyem mit Durchbruch in die Orbita handeln konnte. Das Bild der Thrombose d. Sinus cavernosus stand freilich im Vordergrund. Die Stirnhöhle war aber frei; Exitus leth. 5 Stunden post oper. Sektion: Eitrige Meningitis an d. Convexität der linken Grosshirnhemisphäre, an der Basis auf den Schläfenlappen beschränkt; Thrombosierung des die sella turcica umgebenden Sinusringes, sowie des sinus alae parvae sin. und der Venae ophthalm. sin. Die die Nebenhöhle der Nase überdachenden Knochenlamellen an der Schädelbasis sowie die Dura durchweg intakt. — Rechte Stirnhöhle: frei von Eiter, chronischer Schwellungskatarrh der Mucosa, rechtes

Siebbeinlabyrinth erfüllt von reineitrigem Exsudat, Mucosa teils vollkommen zu Grunde gegangen, teils missfarben, gelockert, geschwollen. Rechte Keilbeinhöhle ebenfalls voll Eiter. Siebbein und Keilbein links normal.

Als Wege, auf welchen von der Nase und ihren Nebenhöhlen cerebrale Infektionen stattfinden, kommen in Betracht: 1) eitrig Schmelzung und Perforation der die Nebenhöhlen vom Cavum cranii abschliessenden Knochenlamellen. 2) Durchwanderung der letzteren von infektiösem Material, 3) Verschleppung derselben durch Lymph- und Blutbahnen. — In unserem Falle ist, da die Knochen und die Dura intact waren, die Infektion wohl durch die Blutbahn erfolgt: durch die Vena frontalis und infraorbit. —, welche in die Venae ophthalmicae münden, ist direkte Verbindung zwischen den Blutadern der Nase und des Sinus cavernosus gegeben. In die Vena ophthalmica sup. münden ausserdem die aus dem Siebbein kommenden Venae ethmoidal. ant. und post. Die Bedingung zu einer solchen Infektion. Abhebung und eitrig Zerstörung des Periostes, aus welchem die Venen ihr Blut beziehen, war durch die Vereiterung der Siebbeinzellen-schleimhaut durchaus gegeben.

Votr. glaubt, die Frage, ob er sich einen Vorwurf daraus machen müsse, den Pat. nicht von vornherein zu einer eingreifenderen Operation überredet zu haben, verneinen zu dürfen: die subj. Beschwerden waren zu geringfügig, die Nasenenge machte ein sicheres intranasales, eingreifenderes Operieren unmöglich, es hätte dann von aussen operiert werden müssen, und eine doch von vornherein mit Sicherheit nicht auszuschliessende Entstellung des Gesichtes hätte die ganze Laufbahn des Pat. als Opersänger in Frage stellen können. Votr. erwähnt hierbei eines Falles, in dem eine Pat., der enorme Polypenmassen aus der Nase und einen Teil der vorderen Siebbeinzellen in mehreren Sitzungen entfernte; die Pat., welche alle Eingriffe fieberlos durchmachte, erkrankte zum Schluss, als sie abreisen sollte, an Meningitis, und starb in kurzer Zeit. -- Die Gefahr, welche stets mit den Operationen der Nebenhöhlen verbunden sein kann, liess ihn im Falle E. W. zunächst von weiteren Eingriffen abstehen, zumal Pat. sich nach Befreiung der Nasenatmung sehr wohl fühlte.

Vortr. kommt zu dem Schlusse, dass 1) eine jede Nebenhöhlenerkrankung nicht als unbedingt harmlose Sache angesehen werden dürfe, 2) bei allen Sektionen entzündlich-intracraniieller Erkrankung stets die Nasennebenhöhlen untersucht werden sollen, da sie oft die einzige Krankheitsursache: Empyem enthalten. 3) Die Indikationsstellung für eingreifendere Operationen wegen chron. Nebenhöhleneiterung mit geringen subj. Beschwerden ist eine äusserst schwierige, da man vor plötzlichen Katastrophen, nie sicher sei, andererseits die Eingriffe u. bes. auch die Nachbehandlung oft die grössten Anforderungen an die Geduld der Pat. stellen.

(Autoreferat).

d. Z. Sekretär: S. Kröger jun.

### Sitzung am 3. März 1904.

1. Dr. Buchholz demonstriert vor der Tagesordnung ein 3-jähriges Kind mit angeborener Cyanose (Blausucht) in Folge einer angeborenen Pulmonalstenose, kombiniert mit einem Offenbleiben des Septums.

Es findet sich eine bläuliche Verfärbung der ganzen Körperoberfläche, und ist dieselbe am stärksten ausgesprochen an den Schleimhäuten, den Zehen und den trommelschlägel-förmigen Fingern.

Der Herzbefund ergibt das Bild einer Pulmonalstenose: die rechte Herzgrenze einen Finger breit nach rechts vom rechten Sternalrande, ein lautes systolisches Geräusch im 2. linken Intercostalraum, keine Verstärkung des 2. Pulmonaltons. Der Augenhintergrund (Dr. v. Hedenström) ist dunkel gefärbt, und erscheinen die Gefässe als schwarze Streifen, und zwar sowohl die Venen als auch die Arterien, nach Hochsinger ein sicherer Beweis dafür, dass in den Arterien primär venöses Blut zirkuliert (Mischungscyanose) infolge anormaler intrakardialer Kreislaufkomplikationen.

(Autoreferat).

2. Dr. J. Eliasberg demonstriert vor der Tagesordnung einen Lichen ruber planus;

Patientin S. R., 20 Jahre alt, ist sonst immer gesund gewesen, gut gebaut, von kräftigem Knochenbau. Menses regelmässig. Ein Zusammenhang des Hautleidens mit den Menses ist nicht vorhanden. Das Leiden besteht angeblich seit dem 3.--4. Lebensjahre. Zwei Jahre befindet sich Patientin in meiner Beobachtung und hat das Leiden während dieser Zeit keine Fortschritte gemacht.

Was nun den Krankheitsfall besonders charakteristisch und ihn zu einem besonders seltenen macht, ist folgendes:

1) Die strichförmige Anordnung, genau im Verlauf eines Hautnerven. Befallen ist der linke Arm, ein kleiner Bezirk des Oberarms und etwa  $\frac{2}{3}$  des Vorderarms der Länge nach. Die Breite beträgt etwa  $\frac{3}{4}$  Ctm. in der schwächsten Partie, am Oberarm; und  $\frac{5}{4}$  Ctm. in der breitesten — am Vorderarm. Diese Anordnung ist es, die den Fall in die Kategorie der strichförmigen Hautleiden im Bezirke eines Hautnerven einreihen lässt, die im Jahre 1901 ganz besonders den VII. Kongress der deutschen dermatologischen Gesellschaft, abgehalten in Breslau, beschäftigt hat.

2) Das überaus lange Bestehen des Leidens, ohne dass es an Umfang zugenommen hätte.

3) Das Vorkommen von Warzen an den Fingern der linken Hand (Zeigefinger und Daumen), die von demselben Hautnerven versorgt werden. Die Warzen bestehen gleichfalls schon sehr lange. Wie lange, konnte Pat. nicht angeben. Was nun die Diagnose anbetrifft, so habe ich in diesem Falle, wenn auch die ganz typischen Knötchen fehlen, so doch auf Grund des hartnäckigen, überaus heftigen Zuckens und der sehr charakteristischen chagrinlederartigen Veränderungen der befallenen Haut auf *Lichen ruber planus* gestellt.

(Autoreferat).

3. Dr. v. zur Mühlen demonstriert den angekündigten Fall von *Aneurysma der Aorta ascendens* mit *Arrosion des Sternums*:

E. K. 44 a. n. Vor 4 Jahren erkrankte Pat. mit Schmerzen im r. Arm und im Rücken. Im vorigen Sommer bemerkte ich zuerst die allmählich sich vergrössernde Vorwölbung auf der Brust. Die Schmerzen strahlen jetzt zuweilen auch in beide Arme hinaus. Beim Arbeiten und Treppensteigen leidet sie an Atembeschwerden; Husten besteht nicht, gelegentlich aber

heftige Kopfschmerzen. Flüssige Sachen kann sie gut schlucken, feste machen ihr Schwierigkeiten: sie muss gleich nachtrinken. Seit etwa einem Jahre will sie dieses bemerkt haben. Schwellungen der Arme haben nicht bestanden.

Sie ist seit 15 Jahren verheiratet, hat 4 Kinder, das älteste 15 Jahre, das jüngste 6 Jahre. Vor 13 Jahren ein Abort im 3. Monat. Als Kind Masern, sonst immer gesund. Der 39-jährige Mann lebt und soll gesund sein, nur oft an Gliederschmerzen leiden.

Status: Genau auf der Mitte des Sternum erhebt sich eine halbkugelige, 6 Ctm. im Durchmesser betragende Vorwölbung von weich elastischer Konsistenz. Dieselbe erstreckt sich, wurstförmig schräg nach rechts und oben verlaufend, in einer Entfernung von 12 Ctm. fort, von derselben Breite wie der Tumor, nur etwas flacher werdend, und am Ende kuglig abfallend. Ueber dem ganzen Tumor, mehr über seiner seitlichen Fortsetzung ist deutliche, mit dem Herzen isochrone Pulsation wahrzunehmen, in welche die anliegenden seitlichen Brustpartien mit hineingezogen werden. Schwirren oder Diastolismus ist mit der aufgelegten Hand nicht zu fühlen.

Die Perkussion ergiebt Dämpfung im Bereiche der vorgewölbten Partien, hinten jedoch nicht.

Die Auskultation ergiebt leichtes systolisches und diastolisches Sausen. Ungleichmässigkeit des Pulses besteht nicht, ebenso ist der Carotispuls beiderseits gleich stark.

Als Zeichen der Kompression und Stauung ist leichte Venenzeichnung an der oberen Thoraxpartie zu sehen, lokale Oedeme liegen nicht vor.

Seitens der Respirationsorgane liegen keine ausgesprochenen Symptome vor, ausser leichter Dyspnoe beim Atmen. Laryngoskopisch lässt sich weder eine Lähmung des Stimmbandes, noch auch eine Kompression der Trachea nachweisen, die deutlich bis fast zur Bifurkation übersehen werden kann.

Mit Wahrscheinlichkeit besteht eine Kompression des Oesophagus, worauf das erschwerte Schlucken fester Speisen hinweist. Es liegt hier wohl eine Erweiterung des aufsteigenden Teiles der Aorta vor, und zwar kann dieselbe nicht bis zum Nervus laryngeus reichen, da sonst sicher eine Stimmbandlähmung zu erwarten wäre. Dass die Erweiterung

eine ungemein grosse ist, ist nicht nur durch den vorliegenden Befund, sondern auch durch die Röntgenaufnahme erwiesen.

(Autoreferat).

4. Dr. Bertels hält seinen angekündigten Vortrag: «Ueber Pruritus als Symptom der Basedow'schen Krankheit».

Vortragender berichtet über eine Patientin mit ausgesprochener Basedow'scher Krankheit, bei welcher gleichzeitig mit den übrigen Basedowerscheinungen ein sehr lästiger Pruritus auftrat. Derselbe verschwand vollständig als eine relative Heilung erfolgt war und stellte sich bei einem Rezidiv der Basedow'schen Krankheit abermals ein. Früher hatte Patientin nie an Pruritus gelitten. Bei einer zweiten Patientin mit zweifelhaftem Basedow (es bestand nur Struma, Tachykardie, Herzklopfen) trat ebenfalls ein Jahr nach ihrer Erkrankung Pruritus auf.

In der Literatur hat Vortragender das Vorkommen von Pruritus bei Basedowscher Krankheit nur in folgenden Fällen erwähnt gefunden:

Zwei Fälle von Reinbach aus der Mikulicz'schen Klinik in Breslau; in beiden Fällen verschwand der Pruritus, als Heilung der Basedowschen Krankheit eintrat.

Ein Fall von Hirschl aus der Krafft-Ebingschen Klinik in Wien.

Ein Fall von S. Popow in Moskau.

Die Monographien und Lehrbücher erwähnen das Vorkommen von Pruritus bei der Basedowschen Krankheit nicht. Nur Neisser nennt unter denjenigen Zuständen, welche zum Pruritus Veranlassung geben können, auch den Morbus Basedowii.

Auf Grund namentlich des ersten selbstbeobachteten, sowie der beiden Reinbach'schen Fälle kommt Vortragender zu dem Schluss, dass Pruritus ein, wenn auch seltenes, Symptom der Basedowschen Krankheit ist, dass es sich also nicht um ein bloss zufälliges Zusammentreffen handelt. Diese Ansicht erhält eine weitere Stütze durch die Angabe von Ewald, dass auch beim Fütterungsthyreoidismus Hautjucken vorkommen soll.

Diese letztere Tatsache macht es ferner wahrscheinlich, dass auch der bei der L. B. beobachtete Pruritus thyreogenen

Ursprungs ist, d. h., dass infolge des im Blute in vermehrter Menge kreisenden, vielleicht auch noch quantitativ veränderten Sekrets der Schilddrüse eine Einwirkung auf die sensiblen Nervenendigungen in der Haut stattfindet. Der Pruritus Basedowkranker würde somit hinsichtlich seines toxischen Ursprungs ein vollkommenes Analogon zu den bei Ikterus, Diabetes etc. vorkommenden bilden.

(Autoreferat).

Dr. M. Schönfeldt zitiert einen Fall aus seiner Praxis, wo eine ältere Dame mit Morb. Based. zugleich an ausgesprochener Neigung zu Pruritus leidet. Redner, der Pat. seit 10 Jahren in Behandlung hat, konnte stets einen Zusammenhang zwischen dem Jucken und einer Zunahme resp. Abnahme von nervösen Beschwerden konstatieren. Er hält dieses Symptom daher für eine Teilerscheinung der allgemeinen Neurose, und glaubt nicht an eine Abhängigkeit desselben von spezifischen, dem Basedow eigentümlichen, toxischen Einflüssen. Pat. hat in letzter Zeit des Pruritus wegen bei Dr. J. Eliasberg in Behandlung gestanden.

Dr. J. Eliasberg hat den Pat. zuletzt im vorigen Sommer gesehen. Damals bestand das Jucken nur an den Ohren und am Kopfe, sonst nirgends.

Dr. Sokolowski fragt Dr. Bertels, ob in seinen Fällen der Pruritus auch an bestimmte Lokalisationen gebunden gewesen. Er, Redner, habe bei Morb. Based. wiederholt gerade Ohrenjucken beobachtet.

Dr. Bertels: In seinen Fällen sei der Pruritus ein allgemeiner gewesen.

Dr. Sokolowski: Hautjucken als Teilerscheinung allgemeiner Neurosen sei nicht selten, und zwar meist über den ganzen Körper gleichmässig verteilt. Der von ihm bei Based. beobachtete Pruritus scheine sich aber von jenem dadurch zu unterscheiden, dass er sich auf bestimmte Hautstellen beschränke, so besonders auf die Ohren, wie überhaupt die Kopfhaut.

Redner hat das Symptom bei Morb. Bas. oft erlebt, und hält es für ein häufiges Vorkommnis bei dieser Krankheit.

Dr. v. Krüden er stimmt der von Dr. Schönfeldt geäußerten Auffassung bei. Auch der Augenarzt hat häufig Gelegenheit über Jucken nicht nur an den Augen, sondern

auch an anderen Stellen klagen zu hören. Meist handle es sich in solchen Fällen um Neurastheniker, die späterhin bei Besserung ihres Allgemeinzustandes auch das Jucken verlieren. Die Ausführungen des Dr. Bertels haben ihn nicht von der Eigenart des Pruritus bei Morb. Basedowii überzeugen können.

Dr. Schönfeldt bestreitet den von Dr. Sokolowski betonten Unterschied zwischen dem universellen Pruritus der Neurosen und dem lokalisierten bei Basedow. Auch bei ersterem sei das Jucken häufig streng lokalisiert, so am Scrotum, am Anus etc. Redner werde in Zukunft diesem Symptome bei Based. mehr Aufmerksamkeit zuwenden. Es sei allerdings auffallend, dass bei einer so häufigen Krankheit wie Morb. Based. ein solches Symptom nicht auch häufiger in den Vordergrund treten sollte.

Dr. Sokolowski betont nochmals die überraschende Häufigkeit dieses Symptoms auch bei leichteren Fällen von Morb. Bas. und hält gerade die Eigentümlichkeit desselben, sich zu lokalisieren, für ein Charakteristikum dieser Krankheit.

Dr. Kröger II hat unter der nicht geringen Zahl ihm bekannter Basedowfälle keinen Pruritus beobachtet, allerdings auch nie danach gefahndet. Er stimmt mit Dr. Bertels' Auffassung überein, und bemerkt gegenüber den Einwänden der DDr. Schönfeldt und v. Krüdener, dass in Berücksichtigung der Tatsache, dass der Pruritus vornehmlich ein Symptom gewisser, mit toxischen Wirkungen einhergehender Krankheiten, wie etwa Ikterus und Diabetes mellitus sei, sein Vorkommen bei Morb. Based. — einer nach dem heutigen Stande der Wissenschaft doch exquisit toxischen Krankheit — gar nicht wundernehmen dürfe. Wie Dr. Bertels bereits ausgeführt, handle es sich bei allen diesen Erkrankungen wahrscheinlich um eine eigenartige Reizung der peripheren Nerven durch ein im Blute zirkulierendes toxisches Agens.

Auch das Hautjucken bei der Neurasthenie — welche Krankheit in neuester Zeit ja auch als Symptomenkomplex einer Autointoxikation aufgefasst werde, — müsse in demselben Sinne gedeutet werden.

Daher sei es nicht einleuchtend, warum der Pruritus bei Morb. Based. auf die gleichzeitig bestehende allgemeine Neu-

rose, und nicht direkt auf die toxische Wirkung des Schilddrüsengiftes bezogen werden sollte. Ist doch selbst die allgemeine Neurose bei dieser Krankheit nur als Ausdruck einer spezifischen Giftwirkung aufzufassen.

Dr. H. Berg fragt Dr. Bertels, ob der von ihm beobachtete Pruritus nicht möglicher Weise auf die Urticaria, die in beiden Fällen zur Beobachtung gekommen, zu beziehen sei?

Dr. Bertels verneint die Frage, da in seinen Fällen Urticaria nur als Kratzeffekt in Erscheinung trat.

Dr. Stender macht auf das Autothyreoidin aufmerksam, das nach Moebius die Basedowerscheinungen schnell zum Schwinden bringe. Eine eventuelle Beeinflussung des Pruritus würde ja die Frage entscheiden können.

Dr. Schönfeldt äussert sich gegen diesen Vorschlag, da dabei suggestiven Einflüssen zu sehr Spielraum geboten würde.

Dr. Bertels: Wenn Dr. v. Krüden er das Zusammentreffen von Morbus Basedowii mit Pruritus als ein wahrscheinlich zufälliges auffasse, so sei demgegenüber zu erwidern:

Wenn auch geringere Grade von Hautjucken sehr häufig seien, so sei doch ein so intensiver Pruritus, wie Redner ihn bei seinen beiden Patientinnen beobachtet habe, entschieden keine alltägliche Erscheinung. Sein Zusammentreffen mit Morb. Basedowii müsse daher von vornherein den Verdacht erwecken, dass er in einer näheren Beziehung zu jener Krankheit stehe.

Dieser Verdacht gewinne an Wahrscheinlichkeit durch das im ersten Fall beobachtete Verschwinden des Pruritus mit der Besserung der Basedowsymptome und ein Wiederauftreten beim Rezidiv.

(Autoreferat).

d. z. Sekretär: S. Kröger jun.

## Sitzung am 15. März 1904.

1. Dr. L. Schönfeldt demonstriert einen Fall von Serratuslähmung post partum.

Bei der Durchsicht der Literatur findet man nur ganz vereinzelte Fälle von Serratuslähmung, die in einem ätiologischen Zusammenhang zur Geburt stehen. Gowers berichtet über einen Fall, der 4 Tage nach der Geburt entstanden war, und von ihm als Folge lokaler Muskelanstrengung aufgefasst wurde.

Weber und Oppenheim beobachteten je einen Fall. Der vom Referenten beobachtete Fall betrifft eine 32-jährige Erstgebärende, die wenige Stunden nach einer überaus schweren, protrahierten Geburt eine Funktionsbehinderung im rechten Arm verspürte. Pat. stammt aus gesunder Familie; Eltern und Geschwister leben. In der Kindheit hat sie Märsen gehabt, sonst ist sie nie krank gewesen; sie ist mittelgross, von kräftigem Knochenbau und gutentwickelter Muskulatur.

Die Wehen traten am 6. August abends ein und dauerten ca. 40 Stunden fast ununterbrochen an, ohne dass ärztliche Hilfe in Anspruch genommen wurde. Pat. schildert in durchaus glaubwürdiger Weise — die nachträglich zur Geburt hinzugezogenen Kollegen bestätigten ihre Angaben — wie sie mit allergrösster Kraftentfaltung stundenlang bald die Bauchpresse anwandte, bald das Becken fixierte, indem die ausgestreckten Arme krampfhaft den Bettrand umklammerten, wobei sie in halbsitzender Stellung den Oberkörper hin- und herbewegte. Bei der Aufforderung diese Bewegung zu wiederholen, kann man sich von der starken Inanspruchnahme der Schultermuskulatur überzeugen. Die Geburt endete am 3. Tage Abends spontan — eine Indikation zur Anlegung der Zange lag nicht vor. Obgleich die Bewegungsbehinderung von der Pat. bereits nach wenigen Stunden bemerkt wurde, so sollen Schmerzen und zwar in der rechten Schulter, im Nacken und Arm erst am 4. Tage post partum aufgetreten sein.

Das Wochenbett verlief normal. Im November 1903 stellte sich Pat. vor. Bis auf den Lokalbefund sind keine nachweis-

baren Veränderungen der Organe zu konstatieren. — In der Ruhe ist die gleichhohe rechte Scapula der Wirbelsäule genähert, und zwar der untere Winkel  $1\frac{1}{2}$  cm. mehr als der obere; die rechte fossa supraspinata zeigt eine ganz geringe Abflachung, sonst nirgends Contourveränderungen oder Atrophien. Bei der Abduktion der Arme bis  $90^\circ$ , rückt die Scapula fast an die Wirbelsäule heran und schiebt einen Muskelwulst vor. Bei der Bewegung des horizontal erhobenen Armes aus der Frontal- in die Sagittalebene springt die Scapula flügel förmig vor, stellt sich nahezu senkrecht zum Rumpf und ermöglicht somit das Abtasten fast ihrer ganzen Innenfläche. Die Erhebung des Armes bis zur Vertikalen gelingt nur bis c.  $120^\circ$ , bei Fixation der Scapula gelingt sie mit einiger Anstrengung fast ganz. Die Sensibilität zeigt nirgends nachweisbare Veränderungen. Die indirekte farad. Erregb. des nerv. thoracic. long. und die direkte der Serratuszacken ist erloschen, galvanisch lässt sich eine starke Herabsetzung der Reaktion nachweisen — doch ist die träge Zuckung nicht einwandfrei festzustellen. Die Funktion der Nachbarmuskeln, speziell des m. Cucullaris, ist in keiner Weise gestört, ebenso lässt sich nirgends sonst eine Veränderung der elektr. Erregbarkeit nachweisen. Bekanntlich spielt das Trauma sowohl infolge direkter Verletzung des Nerven, als auch durch indirekte Einwirkung bei seinem Verlauf durch den musc. scalenus eine wesentliche Rolle in der Aetiologie der Serratuslähmung. Auch die lokale Muskelanstrengung, sei es in der Berufsarbeit (Seiler, Maler, Schmied) oder bei einmaliger starker Inanspruchnahme, wird von den meisten Autoren als häufige Ursache einer Mononeuritis des nerv. thoracic. aufgefasst. In diesem Falle lässt sich durch das zeitliche Zusammenfallen der Lähmung mit der unter grösster Kraftentfaltung einhergehenden lokalen Muskelanspannung der ätiologische Zusammenhang unschwer erkennen. Der durch die Gravidität und Geburt geschwächte Organismus dürfte infolge verminderter Ersatzfähigkeit der Gewebe die Entstehung des Krankheitsprozesses gefördert haben.

(Autoreferat).

Dr. E. D. Schwarz fragt Vortragenden, wie er sich den Mechanismus der Muskelläsion während der Geburt vorstelle?

Dr. L. Schönfeldt beschreibt, wie sich Pat. 2 mal 24 St. hindurch in halbsitzender Stellung fast ununterbrochen mit ihren Armen an das Bettgestell angeklammert habe. Dadurch seien die Schultermuskeln hochgradig in Anspruch genommen worden.

Dr. E. d. Schwarz: Auch die Mm. supra- und infraspinati scheinen rechts abgeflacht, vielleicht auch sogar linkerseits der Norm gegenüber etwas reduziert.

Danach würde es sich nicht um alleinige Serratuslähmung handeln; man könnte eher an eine Polyneuritis post partum denken.

Dr. M. Schönfeldt: Trotz der genauesten Untersuchung hätten sich linkerseits keinerlei Abweichungen von der Norm nachweisen lassen. Redner hält die Lähmung des rechten Serratus auch für das Produkt eines neuritischen, aber lokalisierten Prozesses, und nimmt an, dass die Gravidität eine gewisse allgemeine Schwäche des Nervensystems vorbereitet habe; die übermäßige Inanspruchnahme eines Muskels habe dann zu einer entspr. Neuritis mit nachfolgender Lähmung geführt.

Die Erkrankung des gerade beim Partus schwer beteiligten Nerven spreche doch entschieden für einen ätiologischen Zusammenhang.

Als Analogie führt Redner die Beobachtung an, dass z. B. Alkoholiker nicht selten bei ganz unscheinbaren Gelegenheiten wie Zeitunglesen, wobei sie einen Arm auf die Stuhllehne stützen, Drucklähmungen davontrügen. Auch hier hatte der Alkoholismus eine allgemeine Schwäche des Nervensystems vorbereitet, während der an sich unbedeutende Druck auf den Nerven nur als Gelegenheitsursache einwirkte.

Dr. Voss bezweifelt die Bedeutung der Ueberanstrengung für das Zustandekommen einer Lähmung. Bei Sportsleuten, wie Athleten, Radfahrern etc., die sich öfters Ueberanstrengungen aussetzen, kämen Lähmungen doch kaum vor. Er nimmt daher an, dass gewisse toxische Momente, wie sie etwa durch Puerperalfieber gesetzt würden, hier mitgespielt haben müssten.

Dr. L. Schönfeldt erwidert Dr. Schwarz, dass sich eine Mitbeteiligung der Mm. supra- und infraspinatus wohl kaum nachweisen lassen könne, da genannte Mm. doch vom

Cucullaris verdeckt würden. Eine gewisse Atrophie des letzteren sei allerdings vorhanden und auch bereits im Vortrage berücksichtigt worden. Das Auftreten von Muskellähmungen nach einmaliger Ueberanstrengung werde am besten illustriert durch eine Arbeit von Steinhausen, die eine Lähmungsstatistik im preuss. Militär vorführt.

Es handelt sich dabei unter anderem um Fälle übermässiger Zerrung des Armes durch den Zügel eines wild gewordenen Pferdes, und den Druck des Tornisters etc.

Der heutige Fall sei entschieden zu akut aufgetreten, um etwa auf infektiöser Grundlage entstanden sein zu können.

Dr. Thilo hat wiederholt bei Sportsleuten Lähmungen durch Ueberanstrengungen erlebt. In den Fällen handelte es sich stets um Zerreiſsung der Muskeln mit nachfolgender Funktionsstörung.

Könnte in dem heutigen Falle nicht das Gleiche vorgelegen haben?

Dr. Voss hat solche Zerreiſsungen auch zuweilen beim Kegelspiel beobachtet. Doch böten solche Fälle ein ganz anderes Bild, als der heute vorgeführte. Dort handle es sich immer um nachweisbaren Bluterguss, um Schwellungen, nie aber um eigentliche Lähmung.

Nach Heilung des Risses trete wieder die normale Funktion ein, höchstens handle es sich noch um Narbenkontrakturen.

Dr. Thilo: Wenn es sich um dickere Mm. wie Gastrocnemius etc. handelt, so sei wegen unvollständiger Zerreiſsung eine Restitutio ad integrum allerdings das Gewöhnliche. Bei dünnen aber sei das anders; da käme es zu völliger Kontinuitätstrennung, und daher leicht zu bleibender Funktionsstörung.

Dr. Ed. Schwarz: Dass die Ueberanstrengung für das Zustandekommen von Lähmungen eine grosse Rolle spielt, sei gewiss. So käme es nicht selten zu isolierten Lähmungen der Scalenii; ebenso seien Fälle von alleiniger Serratuslähmung z. B. bei Mähern beschrieben worden.

Da aber auch andererseits bei einer Polyneuritis die Ueberanstrengung gewisser Muskeln auf die Lokalisation bestimmend wirke, und in dem heutigen Fall ein disponierendes Moment in der vorausgegangenen Gravidität erblickt werden

könne, so dürfe die Möglichkeit einer Polyneuritis in Hinblick auf ihre prognostisch weit günstigere Bedeutung jedenfalls nicht ausser Acht gelassen werden.

Dr. Schönfeldt bemerkt zu der von Dr. Voss betonten Seltenheit der Lähmungen bei Sportsleuten, dass die Autoren gerade auf die isolierte Ueberanstrengung eines Muskels Gewicht legen. Der Athlet z. B. wechsele bei seinen Kraftleistungen fast in jedem Augenblick die in Aktion tretenden Muskeln, ähnlich sei es auch bei den anderen Sportzweigen. Dadurch werde die Kraftleistung zweckmässig verteilt.

Was die Möglichkeit einer Muskelzerreissung betrifft, so sei die wegen Fehlens jeglicher Schmerzen hier ganz ausgeschlossen.

Dr. L. Schönfeldt: Obgleich sich gegen die theoretischen Auseinandersetzungen Dr. Ed. Schwarz' nichts einwenden lasse, so müsse er dennoch bei seiner Auffassung verharren, denn 1) sei nach den Autoren eine einmalige Ueberanstrengung des Muskels, wie etwa bei Soldaten, Seilern, Streichern, etc. für dessen nachträgliche Lähmung schon allein verantwortlich zu machen, 2) fehlen im vorliegenden Falle alle Hinweise auf das Bestehen einer Polyneuritis. Eher wolle er eine traumatische Neuritis gelten lassen. Durch Anerkennung der Auffassung Dr. Schwarz' würde unsere ganze Vorstellung vom Wesen der Polyneuritis verschoben werden.

Dr. Voss bemerkt zu den vom Vortragenden angeführten Analogien, dass es sich beim Druck eines Tornisters doch um keine einmalige, sondern fortlaufende Schädigung handle, dass ferner bei Zerrung eines Armes doch eher die mechanische Verletzung eines Nerven mitgespielt haben könne.

Dr. L. Schönfeldt stützt sich auf die Literatur, die die Lähmung eines nur einmal überangestregten Muskels anerkenne.

Dr. Stender: Edinger hat Nervendegenerationen nach Ueberanstrengung experimentell bei Ratten nachgewiesen.

Andererseits könne das Puerperium, analog der Diphtherie, dem Typhus etc., Lähmungen erzeugen.

Es wäre wohl denkbar, dass im Schönfeldt'schen Falle beide Momente zusammengewirkt hätten.

2. Dr. O. Brehm (als Gast) hält seinen angekündigten Vortrag: «Ueber Darmverschluss durch Processus vermiformis und Meckelsches Divertikel».

Vortragender stellt 2 Fälle von Darmocclusion vor, von denen die eine durch ein entzündetes Divertik. Meckelii, die andere durch die entzündete Appendix hervorgerufen war. Das Interessante ist in beiden Fällen die Kombination von akuten Entzündungsvorgängen mit dem mechanischen Darmverschluss, wodurch überaus komplizierte Krankheitsbilder resultieren.

(Der Vortrag ist in der St. Petersburg. med. Wochenschr. 1904, № 24 abgedruckt).

Dr. Mey fragt Vortragenden bezüglich der Differentialdiagnose zwischen Invagination und Occlusion durch Meckelsches Divertikel. Ob blutig-schleimige Stühle bei allen Formen der Invagination fehlen können? Früher galt dieses Symptom als diagnostisch sehr wichtig.

Dr. Brehm: Blutige Durchfälle können bei allen Formen der Invagination vermisst werden, sie kämen andererseits wieder beim Divertikel gelegentlich vor.

Die Diagnose werde nach dem fühlbaren Tumor gestellt. Für diese wichtig sei auch das seltene Vorkommen eines Divertikels.

d. Z. Sekretär: S. Kröger jun.

## Sitzung am 7. April 1904.

1. Dr. M. Eliasberg hält seinen angekündigten Vortrag «Ueber familiäre amaurotische Idiotie».

Mit dem Namen «familiäre amaurotische Idiotie», benannte Prof. Sachs, Prosektor an der New-Yorker Poliklinik, eine ganz bestimmte Krankheitsform. «Mit diesem Namen» sagt Sachs, «habe ich (1896) eine Krankheitsform bezeichnet, die mir schon seit den letzten 10 Jahren ihren Hauptzügen nach bekannt ist. Die charakteristischen Veränderungen im Augenhintergrund sind von verschiedenen Ophthalmologen beschrieben worden, doch ist das Krankheitsbild von den Neurologen und Pädiatern, nam. auf dem europäischen Continent, wenig beachtet worden». (Deutsche mediz. Wochenschr. 1898, p. 33).

Im Jahre 1881 machte W a r e n T a y (Transactions of the ophth. Soc. of the United Kingdom Vol. I) auf einen seltenen Augenbefund aufmerksam, den er bei einem 12 mon. Kinde konstatierte. Es handelte sich «um symmetrische Veränderungen in der Gegend der Macula lutea —, das Kind konnte den Kopf kaum aufrecht halten und die Glieder nur wenig bewegen. Die geistige Entwicklung war ungenügend. Bei der 1. Untersuchung schienen die Papillen vollkommen gesund zu sein, aber in der Gegend der Macula lutea war ein deutlicher, etwas diffuser, weisser Fleck, mehr oder weniger kreisrund, in dessen Centrum ein bräunlich-roter Punkt zu sehen war, der stark von dem weissen Felde abstach. T a y glaubte, dass es sich um eine kongenitale Veränderung handle. Bei einer 2. Untersuchung 5 Monate später bemerkte er, dass die Papillen atrophisch geworden, aber die Veränderungen in der Macula dieselben waren. 3 Jahre später berichtete T a y (l. c. Vol. IV. 1884) dass in derselben Familie 3 ähnliche Fälle vorgekommen und dass in allen der ophthalmoskopische Befund und die sonstigen Erscheinungen ganz dieselben gewesen sind. Ferner, dass alle drei Kinder vor Beendigung des 2. Lebensjahres der Krankheit erlegen seien». S a c h s : Deutsche med. Wochenschr. 1898, pg. 22.

Nach einer Analyse von 10 Fällen entwirft S a c h s das Krankheitsbild, welches er «ein ungemein deutliches» nennt (l. c. pg. 33). «Bei der Geburt und in den ersten Wochen des Lebens erscheinen die Kinder vollständig normal. Nach Verlauf von 2 bis 4, sogar von 8 Monaten bemerken die Eltern, dass die Kinder teilnamlos sind, dass sie sich wenig um ihre Umgebung kümmern, dass die Augen hin- und hergerollt werden, dass sie sich weder aufsetzen, noch den Kopf gerade halten können, und dass spontan wenig Bewegungen ausgeführt werden. Die Beeinträchtigung des Gesichtssinnes wird oft erst nach Monaten von den Eltern vermutet und bei der ärztlichen Untersuchung lässt sich dann der auffallende und charakteristische Augenbefund konstatieren. Die Schwäche der Extremitäten nimmt allmählich zu und so kommt es dann zu dem Bilde einer mehr oder weniger kompletten Diplegie. Diese ist oft spastischer Art, kann aber auch, wie ich besonders betonen will, schlaffer Natur sein, wie in meinem 1. Falle. Vor Ende des ersten Lebensjahres oder nur

wenig später werden die Kinder total blind, die vollkommene Idiotie ist deutlich ausgeprägt; es entwickelt sich allmählich ein Zustand von Marasmus, dem die Kinder vor Beendigung des 2. Lebensjahres unterliegen. Nur ein einziges Kind, das an dieser Affektion unzweifelhaft erkrankt war, ist länger am Leben geblieben und hat bis jetzt das 6. Jahr erreicht (l. c. pg. 34).

Ob dieser letzte Fall nicht einen Uebergang zu dem Fall Hirschberg (Centrbl. f. prakt. Augenheilk. Januar 1904) darstellt?

Es wird dann genauer die Arbeit von Mohr: «Die Sachs'sche familiäre amaurotische Idiotie» (Arch. f. Augenheilk. Bd. 41, 1900, pg. 285—310) referiert. Der Mohrsche Fall ist, wenn man nur diejenigen in Betracht zieht, welche von den Autoren selbst beobachtet worden sind, der 36. Von anatomisch-histologisch Untersuchten ist er der 7.; und der 4. ist er endlich, wo die Augen mikroskopisch untersucht worden sind (l. c. pg. 297). Nach dem Jahr 1900 sind publiziert worden:

A. Schapring (cit. nach Centrbl. f. prakt. Augenheilk. 1902, pg. 177).

Prof. K. Schaffer. (Wien. klin. Rundschau 1902, Nr. 16; cit. nach Centrbl. f. prakt. Augenheilk. 1902).

Falkenheim: 4 Fälle; giebt die Zahl der von Aerzten gesehenen Fälle auf 47 an (refer. in der Zeitschr. f. Augenheilk. Bd. 8. 1902, pg. 351). Jahrbuch für Kinderheilk. 1901. N. F. LIV. Heft 2., ausführliche Literaturangaben enthaltend.

Wachenheim. (Newyorker med. Monatsschr. 1902, pg. 162).

Prof. B. Sachs: «ein weiterer Beitrag zur familiären amaurotischen Idiotie, einer Erkrankung hauptsächlich der grauen Substanz des Centralnervensystems». (Deutsch. med. Wochenschrift 1903, Nr. 28, pg. 494—497).

C. Gessner: (Münchener med. Wochenschr. 1903, Nr. 7, pg. 295).

Lange: Demonstration eines Kindes mit fam. amaurot. Idiotie in der mediz. Gesellsch. zu Leipzig (21. Juli 1903). (cit. nach der Münchener med. Wochenschr. 1903, pg. 1657, Nr. 38.)

Dr. A. Mülberger's Fälle (Münchener med. Woch. 1903, pg. 1968, Nr. 45) sind nicht einwandfrei.

Mein Fall: 1. Untersuchung am 15./28. Januar 1904.

Die Kranke Chana Lifschitz, Jüdin, 7 Mon. a., gebürtig aus Polotzk, Gouv. Witebsk, ist mir behufs genauerer Augenuntersuchung vom Kollegen Schönfeldt zugeschickt worden; ich verdanke ihm auch die Notizen über den allgemeinen, wie geistigen Zustand der kleinen Patientin. Die Diagnose ist in diesem Falle, wie in den meisten früheren, erst vom Ophthalmologen gestellt worden. Die Mutter 32 a. n., der Vater 35 a. n., die Ehe besteht seit 11—12 Jahren. Keine Blutsverwandschaft. Die Mutter behauptet immer gesund gewesen zu sein. Ihr Mann soll auch keine besonderen Krankheiten durchgemacht haben. Von 7 Kindern sind 4 gestorben. Die Geburten, die zur richtigen Zeit kamen, verliefen normal.

Das erste Kind, ein Mädchen ( $1\frac{3}{4}$  Jahr nach der Hochzeit), starb an Krämpfen in einem Tage, 7 Monate alt.

Das 2., ein Junge, lebt bis jetzt, ist 8 Jahre a. Ich hatte Gelegenheit denselben zu untersuchen, da ihn die Mutter mitgenommen hatte: Salman Lifschitz hat volle Sehschärfe auf beiden Augen; der Augenhintergrund, auch die Gegend der Macula lutea beiderseits vollkommen normal. Pupillen normal. Er leidet seit der Geburt an Ohrenfluss. Zeitweilig soll er psychisch nicht ganz normal sein; er tobt dann ohne seine Umgebung zu beachten; hierauf beruhigt er sich wieder.

Das 3., ein Junge, starb  $2\frac{1}{2}$  J. a. Er litt nach Aussage der Mutter an derselben Krankheit, wie die vorgestellte Chane L. und hatte oft. Krämpfe. Das 4. starb 7 Mon. a.

Das 5., ein Knabe, ist jetzt 3 J. a., leidet seit der Geburt an den «Lungen»; im vorigen Jahre wurde ihm in Polotzk eine Rippe reseziert; es kam viel Eiter heraus; jetzt soll ihm die andere Seite schmerzen. Die Augen sollen gesund sein, der geistige Zustand normal.

Das 6. ist im Alter von 9 Wochen an «Husten» gestorben.

Das 7. ist die vorgestellte Chana Lifschitz, 7 Monate alt, sie hält sich steif; die unteren Extremitäten in Extension; die Arme werden weniger bewegt. Glänzende Gegenstände werden mit den Augen verfolgt, doch nicht bis zur Endstellung derselben. Akustische Reize, — wie eine in der Nähe des

Ohres zum Klingen gebrachte Tischglocke — rufen keine Reaktion hervor. Nadelstiche werden garnicht oder sehr wenig percipiert; der Gesichtsausdruck ist stumpf. Die Mutter scheint sie nicht zu erkennen, da sie von einem fremden Manne dauernd getragen wird, ohne die dabeistehende Mutter zu berücksichtigen; hierbei ist zu bemerken, dass sie von der Mutter gestillt wird. Das 7 monatige Kind ist nicht im Stande zu sitzen, hält den Kopf nach vorn geneigt. Keine Atrophien am Körper. Sehnenreflexe infolge der steifen Haltung der Extremitäten nicht auszulösen; Hautreflexe vorhanden, nicht gesteigert; kein Fussklonus, kein Babinski. Der Henneberg'sche Reflex des hinteren Gaumens ist stets leicht auszulösen: beim Bestreichen des hinteren Gaumens von hinten nach vorn entsteht eine deutliche Contraction des Orbicularis oris mit nachfolgenden Saugbewegungen der Lippen (Hypothese: rudimentärer Saugreflex infolge Ausschaltung der cortico-nucleären Bahnen Oppenheim-Henneberg).

Die Augen erscheinen äusserlich normal, die Augenbewegung und die Stellung der Lider sind normal; die Pupillen gleich weit, von norm. Grösse, reagieren auf Lichteinfall, die brechenden Medien klar. Beim Ophthalmoskopieren stellt die Patientin immer die Macula lutea ein, auch wenn längere Zeit (z. B. beim Aufzeichnen) untersucht wird. Die Macula lutea beider Augen zeigt die gleichen Veränderungen; sie sind weiss gefärbt und nur deren Mitte ist in der Grösse einer nicht erweiterten quer-ovalen Pupille — etwa kirschrot. Wir haben also einen querovalen hellroten Fleck (an der Stelle der Fovea centralis), welcher von einer ebenfalls querovalen hellweissen (vielleicht mit einem Stich ins Bläuliche) Zone umgeben ist. Die hellweisse Zone ist ca.  $1\frac{1}{2}$  mal so breit, wie die Papille. Die Entfernung des nasalen Randes der weissen Zone vom temporalen Rande der Papille ist ca.  $1\frac{1}{2}$  P. D. Zur weissen Zone ziehen von oben und unten Blutgefässe von scheinbar normaler Füllung und Beschaffenheit, welche sich in der Peripherie der weissen Zone verlieren. Die Papille des Sehnerven erscheint auf beiden Augen weisslich. Die Blutgefässe normal und nicht geschlängelt.

Wir haben also vor uns einen typischen Fall von am. fam. Idiotie. Die Aetiologie ist ganz dunkel; weder Syphilis, noch

Blutsverwandtschaft und hereditäre Momente sollen eine wesentliche Rolle spielen. Die Rasse scheint insofern einen wichtigen, pathologischen Faktor zu repräsentieren, als die sämtlichen bis jetzt publizierten Fälle bei Juden vorgekommen sein sollen. (Higier: Zur Klinik der familiären Optikusaffektionen, deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 1897; vol. X, pg. 503). Carter (Arch. of Ophth. and Otology 1894, pg. 126) war nach Sachs (l. c. pg. 35) der 1., der den Umstand betonte, dass diese Erkrankung bes. bei Kindern jüdischer Familien vorkomme. Sachs sagt ferner: «aus den oben angeführten Fällen waren alle Kinder solcher Abstammung. Wenn es sich hier um eine reine Rasseaffektion handelt, so ist es doch sehr auffallend, dass andere familiäre Erkrankungen, die der hier beschriebenen nicht fernstehen, unter allen Rassen und Nationen beschrieben worden sind».

Was die anatomischen Veränderungen betrifft, so fasst dieselben Mohr (l. c. pg. 310) folgendermassen zusammen: «grosser Faserausfall im Gehirn in der Oblongata und im Rückenmarke, bes. in den Pyramidenbahnen. Gänzlichliches Fehlen oder rudimentäres Vorhandensein der Pyramidenzellen; an einzelnen Stellen fettige Degeneration, Gliahypertrophie. Im Auge: Oedema maculae luteae, Zunahme der Ganglienzellenschicht, Sehnervenschwund».

Holden (cit. nach Falkenheim l. c. pg. 146) fand jedoch kein Oedem der Retina, die optici waren einfach degeneriert. Die Erkrankung der Ganglienzellen in der Macula ist vielleicht derjenigen der Ganglienzellen der Grosshirnrinde koordiniert. Sachs dachte anfangs an eine Agenesis corticalis, ist aber jetzt der Ansicht, dass es sich hier um eine Affektion hauptsächlich der centralen grauen Substanz im Gehirn sowie im Rückenmarke handelt und, dass die Entartung der weissen Fasern in den vorderen und Seitensträngen höchstwahrscheinlich eine sekundäre ist. Auch Falkenheim (l. c. 144) ist der Ansicht, dass es sich um einen jeglichen entzündeten Charakters baren, schwer degenerativen Prozess handelt, der post partum das ausgebildete Centralnervensystem befällt».

Therapia nulla, eine Prophylaxe dieser Krankheit kennen wir nicht.

(Autoreferat).

Dr. M. Schönfeldt: Die Bezeichnung «Idiotie» für dieses zunächst noch ganz rätselhafte, aber ungemein scharf gekennzeichnete Krankheitsbild ist nicht glücklich gewählt. Wir verstehen doch unter «Idiotie» einen mehr stabilen Zustand, während es sich hier um einen — und zwar nahezu foudroyant — fortschreitenden, in fast allen Fällen zum Tode führenden (nicht entzündlichen!) Degenerations-Prozess des CN-Systems handelt. — Dieser Symptomenkomplex beruht auf einer Entwicklungshemmung, einer fehlerhaften Anlage des N-Systems, gehört zu den sog. «endogenen» Prozessen (im Sinne Strümpell's) und zeigt sehr intime Verwandtschaft mit anderen familiären Erkrankungen (infantile Cerebrallähmung, spastische Diplegie etc.), denn es sind nicht nur Uebergangsformen der einzelnen Typen beschrieben, sondern auch das Vorkommen all' dieser verschiedenen Formen in derselben Familie.

In Bezug auf die auffallende Praevalenz des jüdischen Volksstammes in der Statistik muss natürlich an erster Stelle an die ausserordentliche, heredit. — neuropath. Disposition der Juden überhaupt gedacht werden; dann aber muss auch berücksichtigt werden, dass das jüdische Krankenmaterial in der ärztlichen Statistik der Stammesgenossen auch sonst überall praevaliert. Trotz alledem bleibt ein derartig elektives Verhalten speziell dieser Krankheit zunächst noch aetiologisch rätselhaft.

(Autoreferat).

Dr. Mandelstamm I wendet sich gleichfalls gegen die Auffassung dieser Krankheit als sui generis, und somit auch gegen die Terminologie. Ihm würde es richtiger erscheinen, wenn man für derartige Fälle die Bezeichnung: «Sehstörungen bei Idioten» brauchte.

Dr. Tiling macht auf die Aehnlichkeit des Krankheitsbildes mit der progressiven Paralyse aufmerksam. Die Literatur biete sichere Anhaltspunkte für das Vorkommen der letzteren auch im zartesten Kindesalter. Leider fehle bei allen diesen Mitteilungen der Augenbefund.

2. Dr. Keilmann demonstriert vor der Tagesordnung:

a) Ein 3—4-wöchiges Ei, das nach einer langen Eisenbahnfahrt (Baku—Riga) spontan ausgestossen wurde. Das Ei ist rings mit Zotten bedeckt.

\* b) Eine Decidua vera mit intakter, das junge, 8–10-tägige, Ei beherbergender Reflexkapsel.

c) Zwei vollkommen ausgestossene Deciduen, die von Frauen mit Tubargravidität stammen.

d) Eine gravide Tube mit Rupturstelle, in welcher Placentarzotten und die Extremitäten des 3-monatlichen Fötus sichtbar sind. Das Präparat ist durch Operation bei vitaler Indikation gewonnen. Pat. ist geheilt. Ein Jahr nach der Operation entwickelte sich eine Gravidität in der anderen Tube. Im Glauben, uterigravid geworden zu sein, hat Pat., so kann man vermuten, einen Abtreibungsversuch an sich vornehmen lassen und ist dabei infiziert worden. Die vereiterte Haematocoele war durch die Bauchdecken in der alten Laparotomienarbe durchgebrochen. Nach breiter Eröffnung wurde ein missgestalteter Fötus von ca. 2 Monaten extrahiert. Der Fötus und die wiederhergestellte Frau werden demonstriert.

(Autoreferat).

3) Dr. Keilmann hält den angekündigten Vortrag: «Ueber Symphyseotomie». (Der Vortrag ist in Nr. 13, 1905 der St. Petersburg. Med. Wochenschrift abgedruckt.)

Dr. Voss ergänzt die Mitteilungen des Vortragenden über die von Dr. Treymann seiner Zeit ausgeführten, und im Verein berichteten Symphyseotomien durch ein Excerpt aus den Sitzungsprotokollen vom 17. November 1893, vom 18. Mai 1894, und vom 4. Oktober 1895 wie folgt:

Sitzung vom 17. November 1893:

Dr. Treymann referiert über eine Symphyseotomie, die er am 16. November 1893 gemacht. (Assistenten: Mühlen und Klemm).

Blutung aus den Schwellkörpern, steht auf Tamponade. Zange. Symphyse klafft auf  $16\frac{1}{2}$  Cm. Conjugata vera von 8 Cm.

Sitzung vom 14. Mai 1894:

Dr. Treymann vertritt die Ansicht, dass heutzutage, wo die Symphyseotomie wieder in Aufnahme gekommen, die Perforation des lebenden Kindes nur in den seltensten Fällen indiziert sein dürfte. Er stellt sich auf den Standpunkt der Italiener, nach denen der Symphyseotomie der Vorzug vor der Sectio Caesarea gegeben werden müsse — natürlich nur

innerhalb der für eine Symphyseotomie geeigneten Beckenverhältnisse.

Die Deutschen Schulze und Leopold verhielten sich ungerechtfertigt ablehnend gegenüber dieser Operation.

Sitzung vom 4. Oktober 1895.

Kasuistisches Referat Dr. Treymann's. Conjugata vera 8 Cm. Symphyseotomie. Mutter und Kind gesund.

Dr. Busch richtet an Vortragenden die Frage, warum er nicht nach der Giglischen Methode operiert habe? Der Schnitt durch den Knochen müsste bessere Heilresultate ergeben, als der durch ein Gelenk. Auch spräche die bei der Symphyseotomie schwierigere Durchführbarkeit der Immobilisierung wie auch der Asepsis mehr zugunsten der anderen Methode.

Dr. Keilmann erkennt die Berechtigung der Pelvitomie nach Gigli völlig an. Er habe sie in seinem Falle vermieden, da sie ihm nicht so geläufig war, wie die Symphyseotomie, und er auch keine Säge zur Verfügung hatte.

Was die Verwachsung der durch die Operation gesetzten Durchtrennungen betrifft, so sei sie meist überhaupt keine knöcherne, sondern eine bindegewebige. Redner hält die angebliche Verknöcherung, wie sie bei bereits einmal Symphyseotomierten während der zweiten Operation konstatiert worden, für einen Beobachtungsfehler. Selbst bei einer erstmaligen Symphyseotomie habe man zuweilen den Eindruck einer knöchernen Verwachsung der Symphysenenden. Dies beruhe auf einer ungleichmässigen Beinhaltung der zu Operierenden, und werde durch eine Aberration des Messers von der Medianlinie vorgetäuscht.

Dr. Brutzer: Wäre es nicht möglich eventuelle Funktionsstörungen noch nachträglich durch Silbernähte zu korrigieren?

Dr. Keilmann: Die von Dürsen empfohlene sofortige Vernähung mit Silberdraht habe nur für kurze Zeit Nachahmer gefunden. Die Furcht, die benachbarten Organe, (wie Blase etc.) zu verletzen, habe wieder davon zurückgebracht. Bei richtiger Drainage träten funktionelle Störungen meist nicht ein. Redner hat keinen Fall beobachtet.

Zweifel sah einmal schon nach 17 Tagen Heilung.

Bedner hat nach dem Vorgange Küstner's allerdings starke Seidennähte zur Verwendung gebracht.

Für gewöhnlich schliesse sich der Symphysenspalt schon gleich nach der Geburt vollkommen. Die durch die Rückenlage allein schon meist komplette Annäherung der Symphyseenden könne nur durch seitliche Stützen vermittelt werden, die nach Art der Seitenwände eines Sarges gestellt würden, begünstigt werden.

d. z. Sekretär: S. Kröger jun.

### Sitzung am 21. April 1904.

1. Dr. Theodor Schwartz stellt a) einen Patienten mit *Hemiatrophia linguae* vor (Fall I). Der 15-jährige Pat. ist im Aug. 1903 erkrankt, hat starke Kopfschmerzen und zuweilen Erbrechen gehabt, nach einigen Wochen sind die Krankheitserscheinungen geschwunden und hat Pat. sich wohl gefühlt. Ende November wieder starke Kopfschmerzen, Doppelsehen, starker Schwindel, einige Mal auch Erbrechen cerebralen Charakters. In früheren Jahren soll Pat. gesund gewesen sein; eine Anamnese in Betreff der Eltern nicht erhältlich.

Pat. sieht wohlgenährt aus, seinem Alter entsprechend entwickelt, äussere Zeichen hereditärer Lues fehlen. Vortragender bemerkt, dass Pat. eben eine Schmierkur durchgemacht, ausserdem mehrere Wochen K. J. getrunken hat. Der Kopfschmerz hat danach ganz aufgehört, der Schwindel ist geringer geworden; der stark cerebellar-ataktische Gang hat sich bedeutend gebessert.

St. praes.: deutliche Hemiatrophie der linken Seite der Zunge, fibrilläre Zuckungen derselben; faradische und galv. Reaktion der atrophischen Seite möglich, doch deutlich herabgesetzt gegenüber der rechten Seite. Die Zungenspitze weicht nach links ab. Gaumensegel beiderseits normal, bei der Intonation der Stimmbänder kreuzt sich der rechte Aryknorpel über den linken. Stimmbänder beiderseits gut beweglich; leichte Hypaesthesia der linken Pharynxseite, die übrigen Gehirnnerven, mit Ausnahme der die Augenmuskeln versorgenden, alle normal. Nach der Untersuchung Dr. Zwingmann's liegt im wesentlichen vor: 1) Ein Nystagmus oscil-

latorius. 2) Pupillen — weit, reaz. gut. 3) Hypermetropia manifesta. 6,0 D jederseits. 4) Akkomodationsparese ocul. dextr. 5) Das binokulare Sehen ist durch eine eigenartige Diplopie gestört; in 4 m. Abstand gleichnamige Doppelbilder, welche bei Annäherung auf 20" verschmelzen, und bis 8" verschmolzen bleiben; bei noch näherem Herankommen treten gekreuzt Doppelbilder auf (wegen der Konvergenzparese); leichte Seitwärtsbewegungen eines schwankenden Lichtes in diesen Entfernungen vom Auge bis zu ca. 20° temporal jederseits von der Mittellinie ändern nichts an diesem Zustande. Dagegen verschmelzen bei grösserem Abstände (ca. 2 m.) die Doppelbilder nun oben rechts im Blickfelde, daher die geneigte und leicht nach links gedrehte Kopfhaltung des Pat. In dem rechten kleinen Teile des Blickfeldes stehen die Doppelbilder meist senkrecht und in geringem Höhenabstände von einander, das rechte höher, als das linke. Ein Seitenabstand fehlt meist, zur Mittellinie hin und nach links wächst die Seitendistanz, nach unten auch die Höhendistanz, und zwar steht nun das rechte Bild niedriger als das linke, immer ungekreuzt, und ganz links unten neigt sich plötzlich das rechte Bild dem linken zu, während es sonst immer ihm parallel steht». Nach Herrn Dr. Zwingmann sind diese Doppelbilder am ehesten durch eine linkseitige Abduzensparese und eine rechtseitige Trochlearisparese zu erklären und durch die Akkomodationsparese rechts ohne Sphinkterparese. Ophthalmoskopisch findet sich eine starke Radiärstreifung der Gefässe im Gebiet ihrer ersten Ausbreitungen oben und unten von der Papilla optica, und die Radiärstreifen verdecken zum Teil feinere Arterien. Dieser Befund ist durch markhaltige Nervenfasern nach Dr. Zwingmann zu erklären.

Das Romberg'sche Symptom ist bei dem Pat. sehr stark ausgeprägt, der Gang noch deutlich cerebellar-ataktisch. Ataxie oder Intentionstremor der oberen Extremit. fehlt. Die Sprache ist normal; Patellarreflexe gesteigert; kein Fussklonus; Sensibilität überall normal (ausser der linken Pharynxseite), nirgends Paresen der Extremitäten. Intelligenz gut. Da die Schmierkur mit J. K. eine so weitgehende Besserung erzielt hat, so nimmt Vortragender einen hereditärluetischen Prozess, hauptsächlich in der hinteren Schädelgrube und der

mittleren an. Am meisten wahrscheinlich scheint ihm ein basalmeningitischer Prozess, wenn er auch ein Ergriffensein des Bulbus nicht ausschliessen kann. Die ausgebildeten Krankheitsbilder eines bulbären Prozesses und eines basalen gleichen sich oft frappant, und nur wenn man den Beginn des Leidens verfolgen kann, ist eine sichere Unterscheidung möglich.

In der Münchener med. Woche, Nr. 18, 1903, in dem Artikel über «Migraine ophthalmoplegique», führt Schindler das Vorkommen markhaltiger Nervenfasern in der Retina als Zeichen für eine angeborene Entwicklungsschwäche des Nervensystems an. Vortragender erwähnt dies nur, ohne Schlüsse in dem vorliegenden Fall ziehen zu wollen.

b) Vortragender demonstriert eine Sammlung von Mikrophotographien, welche er mit dem Apparat der Firma Leitz-Wetzlar hergestellt hat.

Die Mikrophotographien stellen erstens Bazillenpräparate in starker Vergrösserung dar, und zweitens Rückenmarksquerschnitte (normale und pathologische) in schwacher Vergrösserung.

(Autoreferat.)

2. Dr. Voss ist in der Lage einen ähnlichen Fall (II) vorzustellen.

Vortragender demonstriert eine Patientin, bei welcher das Zusammentreffen einer interkraniellen Erkrankung mit einer Ohrenerkrankung zu einer Fehldiagnose geführt hat. Die ca. 58 Jahre alte Tin Wask erscheint in der Ambulanz des Krankenhauses mit linkseitiger Facialisparalyse, Zungenatrophie derselben Seite und ebensolcher Stimmbandlähmung. Gleichzeitig besteht seit Jahren eine Eiterung aus dem linken Ohr und Blutungen aus demselben. Das Ohr ist vollkommen ausgefüllt von einem Polypen, der spontan und bei Berührung heftigst blutet. Dicke Kompressionsverbände wurden rasch durchblutet. Das Alter der Patientin mit diesem letzteren Faktum zusammen verleiteten zur Annahme eines Karzinoms der Schädelbasis. Eine Operation wurde abgelehnt. Ein Jahr darauf erschien Patientin wieder, genau in demselben Zustande, ohne in der Zwischenzeit kachektischer geworden zu sein, liess sich jetzt die Ohrgeschwulst unter kolossaler 3 Tage dauernder Blutung abtragen. Die mikroskopische Untersu-

chung erwies nur Bindegewebe — das gewöhnliche Bild eines Ohrpolypen. Da bestand also kein Zusammenhang zwischen der Facialislähmung, sowie der Ohreiterung einerseits und der Zungenatrophie und der Stimmbandlähmung andererseits. Einen zweiten ähnlichen Fall kann V. leider nicht vorstellen, weil die Patientin nicht erschienen war. Ob er dies Krankheitsbild für eine Bulbärparalyse zu halten berechtigt ist, das zu entscheiden, muss er den Nervenärzten überlassen.

(Autoreferat).

Dr. M a n d e l s t a m m I. meint, die von Dr. S c h w a r t z angeführten Flecken in der Umgebung des Sehnerven seien wohl nichts anderes, als Plaques von markhaltigen Nervenfasern, wie sie als Geburtsanomalie gar nicht selten vorkämen, ohne zu diagnostischen Schlüssen zu berechtigen.

Dr. Z w i n g m a n n: Im besagten Falle handelte es sich nicht um jene von Dr. M a n d e l s t a m m gemeinten Plaques, sondern um ein streifiges Aussehen im Gebiete der ersten Ausbreitung der Retinalgefäße. — Dieses Phänomen, gleichfalls bedingt durch spärliche, aus der Fötalperiode persistierte, markhaltige Nervenfasern in der Nähe der Papilla optica, kämen oft bei Hyperopie vor, hätten aber mit Neuritis opt. nichts zu tun.

In vorliegendem Falle sei die Beteiligung des N. trochlearis zweifelhaft, die Abduzenslähmung allerdings sicher vorhanden.

Für die Beteiligung auch anderer Augenmuskeln würde die Tatsache sprechen, dass hier die Doppelbilder nicht parallel zu einander stehen, sondern sich das eine Bild tiefer als das andere befindet.

Pat. habe sich scheinbar gebessert, denn sein Blick sei freier geworden. Die Doppelbilder waren auf 20' gleichnamig, zwischen 20' und 8' fand eine Vereinigung derselben statt; von 8' wurden sie divergent.

Was die Lokalisation betrifft, so müsse der Sitz — da es sich offenbar um Kernlähmung handele — in die Schicht unter den Vierhügeln und dem Aquaeductus Sylvii verlegt werden.

Dr. E d. S c h w a r z betont die grosse diagnostische Schwierigkeit für den Fall II. Einerseits sei das Vorhandensein eines Tumors im linken Ohr, der von dort bis zur Schädelbasis durchgewachsen, als Erklärung für das ganze Sympto-

menbild ausreichend, andererseits spräche der Stillstand des Prozesses gegen eine solche Annahme. Wechselnde Augenmuskellähmungen zugleich mit Hemiatrophie der Zunge kämen gelegentlich auf neuritischer Grundlage vor. Redner hat einen solchen Fall, der unter Salicylsäure und Galvanisation zurückging, selbst beobachtet.

Was den Fall I betrifft, so sei die Vermutung einer hereditären Lues sehr verlockend, andererseits sehe der Knabe sogar nicht darnach aus, so dass ein Tumor vielleicht doch wahrscheinlicher erscheinen dürfte. In einer der letzten Nummern der Schmidt'schen Jahrbücher finde sich eine gute Abhandlung über heredit. Lues, die Redner empfehlen zu müssen glaubt.

Dr. v. zur Mühlen fragt Dr. Voss, ob in seinem Falle neben der Stimmbandlähmung auch eine Beteiligung der Mm. trapezius und sterno-cleido-mastoideus vorliege? Es wäre dies interessant in Rücksicht auf die moderne Auffassung, nach der bei der Innervation des Kehlkopfes nur der Vagus, nicht aber der Accessorius in Frage käme.

Die Frage wird verneint.

Dr. Th. Schwartz spricht sich nochmals für die in seinem Falle wahrscheinliche Diagnose-Lues aus, die bereits ex juvantibus eine wichtige Stütze erfahren habe. Das Vorkommen von Hemiatrophie der Zunge auf neuritischer Basis, wie sie z. B. auch von Remak bei Bleilähmung beschrieben worden, bestreite er keineswegs.

Dr. Ed. Schwarz bemerkt zu den Auslassungen Dr. v. Mühlen's, dass in 3 von Gowers beschriebenen Fällen von Basistumoren Lähmung des Gaumens und Stimmbandes auf derselben Seite bestand. Dies spräche zu Gunsten der Innervation der Kehlkopfmuskeln durch den Accessorius.

Dr. L. Schönfeldt hat bei der kurzen Besichtigung des Falles I Nystagmus, Intentionzittern und gesteigerte Patellarreflexe gefunden und fragt Vortragenden, ob die multiple Sklerose differential-diagnostisch auszuschliessen sei?

Dr. Th. Schwartz: Die Steigerung der Reflexe sei unbedeutend, das Intentionzittern nicht mit Sicherheit nachzuweisen: er glaube daher multiple Sklerose ausschliessen zu müssen.

Dr. Zwingmann: Der vorhandene Nystagmus sei diagnostisch nicht verwertbar, da er hier vermutlich angeboren sei.

Dies sei bei Hyperopie, an der Pat. leidet, nichts Auffallendes.

3. Dr. M. Hirschberg demonstriert einige von ihm angefertigte Moulagen, d. s. farbige plastische Darstellungen von Krankheitsbildern:

1) Zuerst eine stark verdickte Balkenblase mit einem beetartig polypösen Tumor um den Blasenhal und die beiden dazu gehörigen Nieren. Diese zeigen Hydronephrose in cystisch entarteten Alterschrumpfnieren.

2) Wird ein typischer Kopf einer mit Lepra tubero-ulcerosa Behafteten demonstriert mit ulcerierter Nasenspitze und Ulcerationen an der Lippenschleimhaut.

3) Endlich wird an der Hand eines Phantoms der Kniehaut über der Kniescheibe das Xanthoma generalisatum tuberosum et planum besprochen. Das Xanthom hat seinen Namen — xanthos heisst gelb — von der verschieden nuancierten gelben Farbe der kleinen flachen in oder über der Haut gelegenen kleinen und grösseren Tumoren — Xanthoma planum oder tuberosum. Die fleckigen Xanthome kommen als vereinzelt am inneren Augenwinkel häufiger vor. Das generalisierte Xanthom verteilt sich so, dass an den Streckseiten die Knötchen sitzen und an den Beugeseiten — der vola manus und planta pedis — die diffusen fleckigen Infiltrate. Das generalisierte Xanthom vergesellschaftet sich häufig mit Ikterus, einer eigenartigen Cirrhose der Leber, oder der Bauchspeicheldrüse (Diabetes), doch sind davon die Pseudoxanthome (Darrier) bei Diabetes histologisch zu trennen. Bei der histologischen Behandlung dieser Tumoren mit Osmiumsäure findet man eine dichte geschwulstige Infiltration mit eigenartig metamorphosierten Fettzellen, den sogenannten Xanthomzellen: Maulbeerartige Zellen mit einem oder mehreren Kernen und schwarzen auf Fett zu beziehenden Schollen. Alkoholbehandlung ist hierbei ungeeignet, weil Alk. das Fett extrahiert. Die Moulage und das Photogramm sind von einem 18-jährigen Jungen gewonnen, dessen Habitus zwerghaft und unentwickelt war. Seine Haut ikterisch, an den Ellenbogen und Knien (Streckseite) Knötchen, an den volae manus und plantae

pedum diffuse Xanthomatose. Die Leber überragt um zwei Finger den Rippenbogen, ihre Oberfläche erbsig durchzufüllen. Gallenfarbstoffe im Harn; Pat. ging ein unter Erscheinungen eines Ascites. Xanthome hatten sich in einem Jahre, Ikterus in einem  $\frac{1}{2}$  Jahr entwickelt.

Bezüglich der Aetiologie giebt es eine Menge von Theorien:

1) Das Blut Xanthelasmatischer enthalte Fett und Cholestearin, das sich ablagere (Quinquand).

2) Ikterus ist nicht Ursache, sondern Coeffect durch gleichzeitige Xanthome in den Gallenwegen — aus unbekanntem Ursachen entstehe die Xanthomatose (Kaposi, Hallopeau), vielleicht durch ein reizendes Prinzip in den Gewebsflüssigkeiten. (Chambarard).

3) Erbllichkeit (Köbner) und Congenität, Xanthoma juvenile, — (Fox, Lehzen) gleichzeitiges Vorhandensein anderer kongenitaler Fehler — Zwergwuchs, infantiler Habitus (cf. den mitgetheilten Fall).

4) Tonton: Eine Geschwulst im Sinne der Cohnheim'schen Theorie aus embryonalen Keimen. Aehnlich Waldeyer's Meinung: aus persist. embryonalen Bindegewebszellen.

5) Told-Flemming: Aus nicht bekannten Ursachen kann jede Zelle in Fett oder Xanthomfettzellen übergehen.

6) Nach Unna endlich (nicht allgemein acceptiert) sind die Xanthome Stauungsgeschwülste ohne Zellenbildung in präformierten Lymphspalten der Haut.

(Autoreferat.)

d. Z. Sekretär: S. Kröger juu.

---

## Sitzung am 5. Mai 1904.

1. Dr. J. Eliasberg demonstriert vor der Tagesordnung einen Fall von Lichen ruber planus.

Es handelte sich um Heilung nach der von Holländer angegebenen Methode, bestehend in äusserlichen Jodpinselungen und innerlichem Chiningebrauch.

Ein vom Vortragenden zugesagtes Autoreferat konnte trotz vielfacher Mahnungen nicht erlangt werden.

Dr. Hampeln hat auf dem Kongress zu Wiesbaden der Mitteilung Holländers selbst beigewohnt und ihr ein grosses Interesse entgegengebracht. Die Wirksamkeit des Chinins bei Hautaffektionen, ohne dass es sich um eine spezifische Wirkung, wie etwa bei Malaria, handelte, sei auch sehr auffallend, besonders aber die notwendige Kombination mit äusserlichem Jodgebrauch, welche wieder allein keinerlei erhebliche Wirkungen entfalte. Holländer empfahl es bei Lupus erythematodes. Redner hatte hierselbst auf einer früheren Sitzung Gelegenheit gehabt diese Frage zu berühren — es war in Anlass eines Vortrages über Röntgentherapie bei Hautkrankheiten — und nahm damals irrtümlicher Weise den Lupus vulgaris als Indikation für besagte Behandlungsmethode an. Was letztere beide Krankheiten betrifft, so meint Redner eine Verwandtschaft zwischen beiden annehmen zu müssen, da er dem Lupus erythematodes gleichfalls häufig bei Tuberkulösen begegnet sei. Dasselbe dürfte vom Erythema nodosum gelten.

Dr. Engelmann bemerkt hierzu, dass der Lupus erythematod., obgleich bei Tuberkulose oft vorkommend, nach dem heutigen Stande der Wissenschaft dennoch nicht zu den tuberkulösen Affektionen gezählt werde.

Dr. J. Eliasberg. Einige Hautkrankheiten, wie gerade Lupus erythematodes, Erythema nodosum, Lichen scrophulosorum, die bei Tuberkulose häufig vorkämen, würden zu den sog. Tuberkuliden gezählt. Darunter verstehe man Hautaffektionen, die nicht auf bazillärer Grundlage, sondern durch dem tuberkulösen Virus entstammende Toxine hervorgerufen würden.

2. Dr. v. Bergmann demonstriert einen Fall von Gastroenteroanastomose wegen Pylorusstenose, in dem die Operation günstig die Blutung beeinflusst hat. 36-jähriger Mann, bei dem seit ca. 10 Jahren Schmerzen im Oberbauch nach dem Essen auftraten. Diese sind in letzter Zeit sehr heftig geworden; Aufstossen, galliges Erbrechen sind hinzugetreten. Pat. ist äusserst abgemagert, hat beständigen Singultus, Druckempfindlichkeit des Epigastriums.

In der inneren Abteilung wird durch die Almansche Probe Blut im Stuhl nachgewiesen. Magensaft: Ges. acid. 74; fr. Salzsäure 55, keine Milchsäure. Spektroskop. wird im

Magensaft Blutfarbstoff nachgewiesen. Pat. kann sich zur Operation nicht entschliessen, verlässt am 6. März die Abteilung, ist jedoch am 12. März wieder da; er ist während dieser Zeit kolossal elend und schwach geworden und bezieht das auf die mehrfachen teerartigen Stühle, die er gehabt. In der Abteilung bekommt er profuses Erbrechen, wobei ca. 2 Liter bräunlicher Massen entleert werden. 13. März Operat. in Chloroformnarkose. Der Magen ist dilatiert, der Pylorus und seine Umgebung durch starke Schwarten und Adhäsionen verbacken und in einen Tumor verwandelt, in dem ein Lumen des Pylorus nicht mehr nachweisbar ist, auch die Gallenblase ist mit heranbezogen.

Gastroenteroanastomosis retrocolica posterior nach H a c k e r, guter Verlauf. 21. März Entfernung der Nähte. Pat. hat 1,6 Kilo zugenommen.

25. März Nach einer Debauche im Essen tritt Magendrücken auf — es werden 3 Liter Mageninhalt ausgespült; ca. 14 Tage hindurch quält Pat. sich nun mit Retention von Mageninhalt, kommt dabei sehr herunter. Vom 1. April tritt die Wendung zum Besseren ein. Pat. isst jetzt allmählig wieder alles — jedoch mit etwas Vorsicht und nimmt seither allwöchentlich ca. 2 Kilo an Gewicht zu.

(Autoreferat).

Dr. H a m p e l n macht darauf aufmerksam, wie wichtig es sei, bei der Indikationsstellung einer Operation die Ursache der Magenblutungen genau zu berücksichtigen. Dabei müssten 3 Arten von Blutungen in Betracht gezogen und von einander unterschieden werden: a) akute, profuse Blutungen bei jugendlichen Individuen. Diese sollten von der Operation ausgeschlossen bleiben, da sich einerseits dies Ulcus durch eine grosse Heilungstendenz auszeichne, andererseits in Anbetracht der erheblichen Blutungen die Operation selbst mit grösseren Gefahren verknüpft sei.

b) habituelle Blutungen bei älteren Leuten, hervorgerufen durch Ulcus oder Carcinom. Hier böten besonders die gleichzeitigen wichtigen Nebenerscheinungen, wie Hyperacidität, Stenose etc. eine genügende Indikation für ein operatives Vorgehen.

c) arteriosklerotische Ulcera, deren Zugehörigkeit zum Ulcus rotundum noch strittig ist, mit geringer Heilungstendenz, wür-

den sich gleichfalls für die Operation eignen, der unter anderem die Aufgabe zufiele, die im Centrum der kleinen schwieligen Ulcera blossliegenden, arrödierten Arterien zu unterbinden.

Ausgeschlossen von einem operat. Eingriffe wären schliesslich noch jene profusen Blutungen bei jugendlichen Individuen ohne irgendwelche nachweisbare anatom. Veränderungen.

Redner selbst hat 2 derartige Fälle mit Obduktionsbefund veröffentlicht.

Dr. v. Engelhardt schliesst sich den Ausführungen Dr. Hampelns an. Zur Frage der Gastroenteroanastomose giebt Redner der Befürchtung Ausdruck, dass durch die Operation selbst gelegentlich Situationen geschaffen werden könnten, durch die längst aufgehörte Blutungen wieder exacerbieren. Redner hat einen Fall erlebt, wo es nach der Operation zu profusen Blutungen kam, die schon seit 2 Jahren sistiert waren.

Was die von Dr. Hampeln angeführten Blutungen mit negat. Sektionsbefund betrifft, so finde sich in solchen Fällen doch häufig eine übermässige Verdickung des Pylorus. Dies spräche dann für das frühere Bestehen kleiner Erosionen welche einerseits als chron. Reiz die Veränderungen am Pfortner, andererseits die Blutungen verursacht hätten.

Dr. Schabert schliesst sich gleichfalls Dr. Hampeln an. Nur möchte er den Unterschied zwischen den arteriosk. Geschwüren und dem Ulcus rotundum weniger betont wissen.

Redner macht auf die im Frühstadium der Lebercirrhose bereits vorkommenden Varices im Oesophagus, die nicht selten der Ausgangspunkt erheblicher Blutungen werden können, aufmerksam. In einschlägigen Fällen müsste daher auch an diesen Zusammenhang gedacht werden.

Dr. v. Engelhardt: Die vom Vortragenden mitgeteilte Ansammlung von 3 Litern Mageninhalt sei wahrscheinlich die Folge der Abknickung des Darmes gewesen. Es empfehle sich daher am besten völlige Ausschaltung des Magens, und Ernährung per Rectum.

Dr. O. Brehm: Das sei auch in diesem Falle geschehen.

Dr. v. Bergmann: Solche Abknickungen des Darmes zu vermeiden, sei die chirurg. Technik seit langem bemüht. Bei der alten Wölflerschen Methode der Gastroenteroanastomosis kämen solche am häufigsten vor. Etwas günstiger sei

die Kochersche anterior inferior, noch mehr die Bra-  
mansche retrocolica anterior, bei der die Darmschlinge hin-  
ter das Colon transversum zu liegen kommt, um vom Füllungs-  
zustande des Magens weniger beeinflusst zu werden. Die gün-  
stigsten Verhältnisse böte die Hackersche retrocolica  
poster. die auch im heute vorgestellten Falle zur Anwen-  
dung kam.

3. Dr. O. Brehm (als Gast) demonstriert einen operativ  
geheilten Fall von acuter Leberverletzung.

Der Pat. A. K., 24 a. n., kam in die Abteilung 5 Stunden,  
nachdem ihm ein Balken auf die rechte Seite des Thorax resp.  
Bauches gefallen war. Es waren sofort in die rechte Schulter  
ausstrahlende Schmerzen aufgetreten, Harnverhaltung und  
Erbrechen. Flatus waren abgegangen. Der Allgemeinzustand  
war alteriert, aber Pat. sah nicht verfallen aus; der Puls ver-  
langsamt, weich. Das Abdomen eingezogen, in toto gespannt,  
das rechte Hypochondrium bretthart gespannt; drückt man  
darauf, so hat Pat. heftige Schmerzen unter der Scapula. Druck  
hinten neben dem XI. Wirbel rechts sehr schmerzhaft. Däm-  
pfung in den Flanken und suprasymphysär. Diagnose: Rup-  
tura hepatis. Laparotomie. Einschnitt nach Kehr. Die  
Bauchhöhle vollgeblutet, auch die subphrenischen Räume und  
das kleine Becken. Auf der Konvexität der Leber eine 15 cm.  
lange tiefe, sehr stark blutende Risswunde mit lacerierten Rän-  
dern. Auswaschen der Bauchhöhle mit Kochsalzlösung, Tam-  
ponade der Leberwunde. Zweietagige Naht der Bauchdecken.  
In den folgenden Tagen sehr profuser Gallenfluss durch die  
Tampons, sonst glatter Verlauf. Die Leberwunde wäre beque-  
mer zugänglich gewesen durch transpleurale Laparotomie,  
allein die immerhin nicht gleichgültige Eröffnung der Pleura-  
höhle und die Schwierigkeit der Spülung durch die Diaphragma-  
wunde hielten davon ab. Diagnostisch sind die Fälle nicht  
immer so klar. Hier fanden sich alle Symptome der kompli-  
zierten Bauchkontusion: Heftiger Schmerz, galliges Erbrechen,  
Harnverhaltung, Bauchdeckenspannung, starker Druckschmerz  
und Dämpfungen. Auf Leberruptur wiesen der Skapular-  
schmerz und der Boassche Druckpunkt hin. Bei expectat. Be-  
handlung wäre dieser Fall bald an innerer Blutung zu Grunde  
gegangen, doch, gesetzt den Fall, er hätte die Blutung über-  
standen, so drohte ihm noch die Peritonitis, denn nach Kö-

nig ist das Leberblut nicht aseptisch; der starke Gallenfluss beweist, dass grössere Gallengänge zerrissen waren. Obwohl nun die normale Galle aseptisch ist, so ruft sie doch in der Bauchhöhle eine schwere adhäsive Peritonitis hervor. Diese Gefahren und Schädigungen rechtfertigen und indizieren den sofortigen Eingriff. Die Blutstillung wurde durch Tamponade aufs beste besorgt, die Naht hätte in dem morschen, contundierten Gewebe nicht gehalten.

(Autoreferat).

Dr. v. Bergmann: So günstig im allgemeinen die nicht operierten Nierenverletzungen verliefen, so ungünstig sei die Prognose bei expectativem Verhalten gegenüber Verletzungen der Leber. Redner hat einen solchen Fall erlebt, bei dem die Operation verweigert worden war. Hier kam es wiederholt bei geringen körperlichen Anstrengungen, wie Aufsitzen im Bett, zu grösseren durch die Perkussion nachweisbaren Nachblutungen.

Obgleich nach langem Krankenlager eine Heilung schliesslich eintrat, so empfiehlt Redner doch unter allen Umständen die Operation.

4. Dr. v. Bergmann demonstriert a) einen Fall von operativ geheilter Perityphlitis, b) einen chron. tuberculösen Wurmfortsatz.

a) Fall von Appendicitis unter dem Bilde einer Darmocclusion. Vom 18. Nov. 1903 — 3. Mai 1904 — 166 Tage in Behandlung.

Krisch Petrowitsch, 27 a. n. Keinerlei vorhergehende Erkrankung, keine Obstipation. Am 10. Nov. 1903 plötzlich sehr starke Schmerzen im Abdomen, zugleich trat Husten auf, den Pat. früher nicht gekannt hatte. Stuhl und Winde gingen täglich ab. Der Husten verstärkte jedesmal die Schmerzen im Leibe.

Seit gestern besteht Stuhlverhaltung. Winde gehen jedoch noch ab.

Die Schmerzen haben seit der Erkrankung nicht zugenommen, wohl aber hat sich der Kräftezustand stetig verschlimmert.

Status: Das Aussehen und der Kräftezustand des Pat. sind schlecht, der P. fadenförmig, kaum fühlbar. T. 37,9.

Uebelkeit oder Erbrechen bestehen nicht, die Zunge ist, wenn auch belegt, doch feucht, kein Foetor ex ore.

Die Respiration war oberflächlich, etwas beschleunigt, R.H. bestanden Ronchi; L.H. Rasseln, beim Anschlagen und Erschüttern des Thorax hört man entferntes Plätschern, es besteht Zwerchfellhochstand zugleich in den seitlichen unteren Thoraxpartien. Dämpfung. Das Abdomen ist aufgetrieben, sehr stark gespannt, die regio epigastrica tonnenartig vorgewölbt, fällt zum Nabel hin steil ab, sie ist nicht druckempfindlich. Die Druckempfindlichkeit besteht oberhalb der Symphyse in der regio hypogastrica — hier palpiert man eine tumorartig sich abhebende Resistenz.

Eine geblähte, sich steilende Darmschlinge ist nicht sichtbar, per rectum lässt sich kein abnormer Befund erheben, die Rectalschleimhaut unverändert. Ein Einlauf von 600—700 Cctm. fliesst glatt ein, fördert jedoch keinen Kot zu Tage.

Die Ausheberung des Magens ergiebt reichliche Mengen eines gallig gefärbten Inhalts.

Der Urin enthält etwas Albumin.

Operationsschnitt in der Linea alba vom proc. xiphoid. bis zur Symphyse. Das Peritoneum parietale sowie viscerales spiegeln, die vorliegenden Darmschlingen sind mässig gebläht, der Dickdarm collabiert; nachdem die freien Darmschlingen eventriert worden, liegt ein etwa melonen-grosser Tumor von scheinbar fester Consistenz vor, dessen Wände aus fest. verbackenen Dünndarmschlingen + Coecum bestehen, und durch das fest angelötete Netz verstärkt werden. Bei den Manipulationen an diesem Tumor bricht plötzlich dicht am Coecum eine dünnflüssige, gelbgrüne, tinkende Eitermenge — ca.  $\frac{1}{2}$  Liter — durch, und überschwemmt das Peritoneum. Der Eiter wird aufgetupft und die Bauchhöhle ausgiebig mit physiol. Kochsalzlösung gewaschen.

Nach vorsichtiger weiterer Trennung der Adhäsionen wird eine grosse Eiterhöhle freigelegt, die zwischen Coecum, den Dünndarmschlingen und der Radix mesenterica sich befindet; in dieser liegt der Wurmfortsatz, der nahe seiner Kuppe eine grosse Perforation zeigt, in der ein bohnergrosser Kotstein steckt, dessen Kern ein Holzsplitter bildet.

Es wird nun die Abszesshöhle tamponiert, die verlöteten Darmschlingen durch Tampons abgestopft und nun der übrige

Darm reponiert, und die Bauchhöhle soweit zulässig durch die Naht geschlossen.

Eine gleich nach der Operation vorgenommene Leukocytenzählung ergab 244,20 Leukocyten. Der Verlauf nach der Operation war ein schwerer, es galt gegen das Erbrechen (bedingt durch Rückstauung von Darminhalt), gegen die Herzschwäche einzuschreiten. Von diesem Tage an schwanden die bedrohlichen Erscheinungen, nachdem der erste Stuhl erfolgt war.

Am 27. Nov. war es klar, dass Pat. nicht ohne Complicationen davon kommen werde — es konnte eine Dünndarmfistel konstatiert werden.

An eine Operation derselben konnte vor der Hand nicht gedacht werden, da die umgebende Granulationsfläche, die aus der breiten Tamponade der Bauchwunde resultierte, noch zu gross war, und die Adhäsionen der Darmschlingen untereinander noch zu massig und breit waren.

Vom 20. Januar bis zum 5. Februar macht Pat. noch eine hämorrhagische Nephritis durch, deren Aetiologie unklar geblieben ist. Das einzige Antiseptikum, das in Anwendung gebracht worden war — war Aiol. Dann musste noch das Ekzem in der Umgebung der inzwischen eher grösser als kleiner gewordenen Fistel in Angriff genommen werden, endlich wurde am 27. Februar die Resektion der Dünndarmschlinge vorgenommen, welche die Fistel trug. Der Bauchschnitt war schräg durch das Epi- u. Mesogastrium geführt worden, um möglichst weit von der alten Narbe und dem Sitz des Ekzems zu sein, und möglichst ausserhalb der gemutmassten Darmadhäsionen zu bleiben. Die Länge der reseziierten Darmpartie betrug 7 Ctm. Cirkuläre Darmnaht. Wiederum folgte ein schweres Krankenlager, das noch durch einen Unglücksfall am 1. März kompliziert wurde. Es traten plötzlich heftige Schmerzen auf, und stellte es sich heraus, dass Pat. durch heftiges Würgen die alte Narbe zersprengt hatte und Dünndarm vorgetreten war; die Därme wurden, nachdem sie abgespült, reponiert und durch einen Tampon zurückgehalten; vom 4. März begann die Convalescenz stetig fortzuschreiten und augenblicklich sehen sie den Mann nach einem Krankenlager von 166 Tagen frisch

und wohl vor sich, allerdings mit mehreren breiten Narben der Bauchwand.

b) Vortr. demonstriert das Präparat einer Coecum- und Dünndarm-Tuberkulose, welches am heutigen Tage gewonnen worden, also noch unverändert durch Conservierungsflüssigkeiten ist.

Pat. hatte eine sich über 7 Jahr hinziehende Appendizitis-anamnese: Attaquen, Schmerzen, keine oder nur geringe Temperatursteigerung. Klinisch machte die Form der zu palpierenden Resistenz die Diagnose Appendizitis unwahrscheinlich und liess auf Tbk. schliessen. Interessant an dem Präparat ist der Wurmfortsatz, welcher in seinem proximalen Drittel ein tuberkulöses Ulcus offenbar älteren Datums zeigt, während die distalen  $\frac{2}{3}$  Schwellung und Oedem der Schleimhaut und eine massenhafte Aussaat miliärer Tuberkelknötchen zeigen.

(Autoreferat).

5. Dr. O. Brehm demonstriert einen Fall von operativ geheilter Cholecystitis.

Der Fall ist eine jauchige Cholecystitis, infolge von Lithiasis.

L. D., 60 a. n., wurde in die gynäkolog. Station aufgenommen.

Seit 2 Tagen starke Schmerzen im rechten Unterbauch. beständige Uebelkeit, Erbrechen. Leidet schon seit langer Zeit an Leibschmerzen; Ikterus nie gewesen; sonst nichts zu ernären. Dr. Keilmann schliesst ein gynäkolog. Leiden mit Sicherheit aus, und Pat. wurde in die chirurgische Station verlegt. Pat. sieht schwer leidend aus. Puls leidlicher Qualität, 110, Temp. 38,5. Kein Ikterus. Abdomen mässig aufgetrieben, symmetrisch, überall Tympanie, nur die rechte Flanke gedämpft. Leberdämpfung normal. Die ganze rechte Bauchseite gespannt, sehr druckempfindlich, namentlich die Ileocoecalgegend. Palpation wegen der Spannung und des Fettreichtums der Bauchdecken, resultatlos. Es handelte sich mithin entweder um eine Erkrankung der Gallenblase oder des Wurmfortsatzes. Die Anamnese bot keine Anhaltspunkte, und wenn man bedenkt, wie genähert bei einer solchen alten zusammengesunkenen Frau Rippenbogen und Darmbeinkamm sind, wie oft sich Eiterungen vom Wurmfortsatz zur Leber hinziehen, während wiederum bei Perforation der Gallenblase

sich der Inhalt in die Ileocökalgegend senkt, so werden einem die differentialdiagnostischen Schwierigkeiten klar. Der Ikterus ist zieml. belanglos, denn bei einer Cholecystitis, wo der Abfluss der Galle nicht behindert ist, fehlt der Ikterus, andererseits giebt es Fälle von recidivierender Appendicitis, die einen akuten Choledochusverschluss vortäuschen können, mit exquisitem Ikterus. Das Zuverlässigste bleibt die Palpation, d. h. wo sie möglich ist. Im vorliegenden Falle wurde die Diagnose auf einen akuten Appendizitanfall gestellt und sofort operiert. In der Narkose änderte sich das palpatorische Bild vollkommen; man fühlte deutlich einen grossen kugelförmigen Tumor unter dem Rippenbogen rechts, in der Cökalgegend war nichts zu palpieren. Die Diagnose wurde daher korrigiert und Cholecystitis angenommen. Querschnitt. In der Bauchhöhle reichlich seröses Exsudat. Darm gebläht und leicht injiziert, sehr starke Adhäsionsbildung. Appendix normal. Gallenblase fast kindskopfgross, dunkel blaurot, prall gefüllt, in der Wand einzelne Nekrosen, keine Perforation. Exstirpation des ganzen Sackes. Ductus cysticus und Art. cystica ligiert. Tamponade des Gallenblasenbettes. Naht in 2 Etagen. Der Verlauf war glatt, in den ersten Tagen leichter Ikterus. Die Wand der Gallenblase war stark verdickt, die Mucosa zum grossen Teil incrustiert, nekrotisch. Inhalt: stinkende Jauche, zahlreiche kleine weiche Steine. Ductus cysticus obliteriert.

Der Fall beweist den ausserordentlichen Wert der Palpation in tiefer Narkose bei Abdominalerkrankungen. Es handelt sich in diesen Fällen nicht nur um das wissenschaftliche Interesse, eine richtige Diagnose zu stellen, sondern die Diagnose hat hier eine entscheidende Stimme bei der Indikationsstellung. Hätte es sich hier um Appendicitis gehandelt, so wäre die Notwendigkeit des Eingriffes diskutabel, zwingend wäre die Indikation nicht gewesen; so wie der Fall aber tatsächlich lag, bestand strikte Indikation zum Eingriff. Jeden Augenblick konnte die Perforation der prallen Blase erfolgen und sich die Jauche in den Bauch ergiessen, peritoneale Reizung bestand ja schon. Wie soll man sich in solch dubiösen Fällen verhalten? Die Untersuchung in Narkose ist ein hervorragendes Hilfsmittel und wird von den Chirurgen im Gegensatz zu den Gynäkologen vielleicht zu wenig in Anwen-

dung gebracht: doch abgesehen davon, dass man in solchen akuten Abdominalfällen namentlich bei älteren Leuten mit Recht eine Narkose fürchtet, lässt auch diese Methode so und so oft im Stich. Wir untersuchen diese Fälle eigentlich nur dann in Narkose, wenn die Indikation gestellt ist und die Operation gleich angeschlossen wird. In der akuten Abdominalchirurgie ist das Warten und Beobachten zwecks präziser Diagnosenstellung allzuoft nur ein Warten auf kritische Symptome und Erscheinungen, die ja wohl den Fall klären; mit unserer Hilfe kommen wir dann aber meist zu spät.

(Autoreferat).

Dr. Hampeln: In differentialdiagnostisch schwierigen Fällen bewähre sich häufig der Nachweis eines, für Cholecystitis sprechenden Druckpunktes R. U. neben der Wirbelsäule. Dieses Hilfsmittel werde von vielen Autoren empfohlen und sei auch vom Redner einige Male bestätigt worden.

Dr. Schabert bezweifelt die diagnostische Bedeutung des besagten Schmerzpunktes, der bei Neurosen ohne jegliche Beziehungen zu Organerkrankungen vorkäme. Viel wichtiger erscheine dagegen der klassische Schmerz, der in die rechte Seite des Thorax und zwischen die Schulterblätter ausstrahle. Ferner bewähre sich als diagnostisches Hilfsmittel folgendes Verfahren: Man übe einen starken Stoss gegen das linke Hypochondr.; bei Cholelithiasis werde der Schmerz nach Rechts projiziert, bei der Nephrolithiasis, die sich retroperitoneal abspiele, finde dies nicht statt.

Dr. v. Engelhardt meint, dass eine Projektion des Schmerzes nach rechts bei Cholelithiasis nur stattfinden könne, wenn der Druck nicht auf die Weichteile, sondern auf den Rippenbogen der linken Seite erfolge.

Diagnostisch wichtig erscheine Redner eine von ihm selbst erfundene Methode, die, wie er später erfuhr, auch in der Bergmannschen Klinik in Berlin geübt wurde. Das sei die Palpation der Lebergegend von R.-H. her, wobei Pat. auf einem niedrigen Sessel sitzt. Diese Methode böte zugleich den Vorteil, dass hier der Druck auf die oft sehr empfindliche Aorta und ihre Zweige vermieden werde.

Dr. Schabert stellt die Einwände des Vorredners dahin zurecht, dass er nicht einen Druck, sondern einen kurzen, kräftigen Stoss gemeint habe, derselbe brauche sich nur auf

die Weichteile zu beschränken, und sei auch nur als Zeichen für eine interabdominale Erkrankung, im Gegensatz zu einer retroperitonealen aufzufassen.

Dr. Hampeln glaubt die von Dr. v. Engelhardt angeführte Untersuchungsmethode auch von Kehr empfohlen gelesen zu haben, dabei sei, ausser der Palpation von R.-H. her, auch ein Gegendruck von L. V. als zweckmässig angegeben gewesen.

d. Z. Sekretär: S. Kröger jun.

### Sitzung am 19. Mai 1904.

Dr. Kröger II hält seinen angekündigten Vortrag «über einen geheilten Fall von schwerer Anämie». (Ist in der heutigen Nummer veröffentlicht.)

Dr. Hampeln: Sicher handelte es sich in vorliegendem Falle um eine Anämia gravis. Erfreulich sei daher der günstige Verlauf. Doch erscheine ihm die Bedeutung der hier angewandten therapeut. Massnahmen hypothetisch. Die Diagnose der essentiellen Anämien sei immer eine Exclusions-Diagnose. Auch die Blutuntersuchung sei nicht ausschlaggebend, da bei allen Formen der Anämie gleiche Blutbefunde vorkommen könnten.

Im vorliegenden Falle seien nun unter den Ursachen einer sekundären Anämie allerdings Organerkrankungen, sowie Helminthiasis ausgeschlossen worden, nicht aber die Möglichkeit einer inneren Blutung.

War der Stuhl auf Blut untersucht worden?

Dr. Kröger: Die Untersuchung des Stuhles hatte weder makroskopisch noch mikroskopisch die Anwesenheit von Blutbestandteilen ergeben.

Dr. Hampeln: Diese Untersuchung genügt nicht, um Blutungen in den Intestinaltraktus auszuschliessen. Höslin hat nachgewiesen, dass Blutungen bis zu 500 ccm. in den Darm erfolgen können, ohne weder makroskopisch noch mikroskopisch nachweisbar zu sein. Allein zuverlässig sei die Werber'sche Guajakprobe, die selbst die geringsten Blut

beimengungen im Stuhle anzeige. Diese Probe sei leider hier unterblieben.

Solche durch Blutungen bewirkte Anämien gaben unter Umständen sehr günstige Resultate. So mag sich auch hier eventuell die Wasserbehandlung bewährt haben. Redner habe einen Fall mit Darreichung von Karlsbader Wasser günstig beeinflusst. Was die Temperatursteigerungen betrifft, so können die bei allen Anämien, selbst der durch Helminthen bedingten vorkommen. Schliesslich könnte es sich in diesem Falle sogar noch um eine nebenbei bestehende, leichte Form von Tuberkulose gehandelt haben, die dann das Fieber erklären würde.

Dr. Kröger bedauert durch die Unterlassung der Guajakprobe die Annahme Dr. Hampelns: dass es sich wahrscheinlich um intestinale Blutungen gehandelt habe, nicht widerlegen zu können.

Doch gegen eine solche, wie überhaupt gegen eine sekundäre Anämie schiene ihm vom Hause aus das ganze klinische Bild, besonders das hohe, continuirliche Fieber, der Milztumor, sowie auch die Ergebnisse der Blutuntersuchung zu sprechen. In Anbetracht des ganz hoffnungslos erscheinenden Allgemeinzustandes der Pat. hätte eine Untersuchung nach der Richtung in seinen Augen den Wert der klinischen Vollständigkeit beanspruchen können. Diese weise unter dem Eindrucke der scheinbaren Unvermeidlichkeit eines baldigen ungünstigen Ausganges auch in mancher anderen Hinsicht Lücken auf. So seien auch andere diagnostische wichtige Untersuchungen wie: die Zählung der Blutkörperchen und die Ophthalmoskopie, anfänglich unterblieben.

Dr. Hampeln: Die Untersuchung des Blutes, wie des Augenhintergrundes seien diagnostisch weniger wichtig, als die des Stuhles, und hätten sogar ganz fortfallen können. Unter den Formen der schweren Anämien mit relativ günstiger Prognose sei auch die enterogene perniciöse Anämie (Grawitz) ohne Blutungen zu nennen. Die Biermer'sche perniciöse Anämie sei eine äusserst seltene Krankheit. Redner hat während seiner Zeit als Ordinator am Krankenhause nur 2 oder 3 Fälle erlebt. Heutzutage werde die Diagnose unberechtigter Weise zu häufig gestellt. Interessant sei nach der Richtung eine Publikation aus Helsingfors, wo eine

überraschend grosse Menge von Fällen perniziöser Anämie sich später als durch Helminthiasis bedingt herausgestellt hatte.

Dr. Kröger: Eine präzise Diagnose sei in seinem Vortrage ausdrücklich vermieden. Gegenüber der von Dr. Hampeln vertretenen Annahme einer inneren Blutung weist Redner nochmals auf die in seinem Falle auffallend hohen Temperaturen und den durch viele Wochen hindurch palpablen Milztumor hin. Hierdurch erinnere der Fall an die Strümpell'sche Anämia splenica, ohne sich aber sonst klinisch mit ihr ganz zu decken. Zypkin veröffentlicht in der Berl. klin. Wochenschr. Nr. 42 — 1903 eine Arbeit, in der er das Vorkommen von Uebergangsformen: einerseits zwischen der Biermer'schen perniziösen und der Strümpell'schen Anaemia splenica, sowie andererseits zwischen dieser und Leukämie nachweist. Um eine Zwischenform zwischen Biermer'scher und Strümpell'scher Anämie mag es sich in diesem Falle gehandelt haben. Dass aber eine innere Blutung dieses Krankheitsbild hätte erzeugen können, dafür fehlen bisher alle sicheren Grundlagen. Was die Wertung der Blutuntersuchung betrifft, so werde derselben, besonders dem Nachweise von Megalocyten resp. Megaloblasten als gegen sekundäre Anämie sprechend, in der Literatur eine grosse Bedeutung beigemessen.

Andererseits sei Redner einem Hinweise auf die entschieden höchst wichtige Guajakprobe in der Literatur nirgend begegnet. Dies bedeute doch, dass die Autoren, ohne von letzterem diagnostischen Hilfsmittel Gebrauch gemacht zu haben, dennoch die verschiedenen Formen der schweren Anämie nur aus ihren objektiven sonstigen Erscheinungen heraus zu festen Krankheitsbildern haben formen und hinstellen können. Somit erscheine eine Differentialdiagnose auch ohne Hinzuziehung der Guajakprobe durchaus möglich.

Was die Beurteilung des therapeutischen Effektes bei vorliegendem Falle anbelangt, so dürfe man doch nicht vergessen, dass nach der gesamten grossen Anämieliteratur, die die Guajakprobe nicht berücksichtigt, und in der dann doch auch natürlich viele Fälle von latenten Blutungen mit unter die essentiellen Anämien registriert worden dennoch, also inklusive diese angeblich günstigen Fälle, Heilungen zu den grössten

Seltenheiten gehören. Daher dürfte in vorliegendem Falle, der das Bild schwerer essentieller Anämie bot, auch wenn es sich bei ihm um Blutungen gehandelt hätte, die eingeschlagene Therapie wohl eine Berücksichtigung finden, besonders da sie nach der Literatur in dieser Form bisher noch nie angewandt worden.

Dr. H a m p e l n: Wie unsicher der Blutbefund in diagnostischer Hinsicht sei, könne man gerade aus der Literatur ersehen, wo bei den verschiedensten Formen der Anämie ganz gleiche Blutbilder beschrieben seien. Nicht einmal die Megaloblasten seien charakteristisch, sonst wäre ja die Diagnose auch sehr einfach. Sie lasse sich aber nur per exclusionem stellen.

Dr. O. K l e m m: Gegen eine fortgesetzte Blutentziehung scheine ihm im heutigen Falle die geringe Zahl der Leukocyten im mikroskopischen Blutbilde zu sprechen. In solchen Fällen wäre gerade eine Hyperleukocytose als physiologische Reaktion zu erwarten. Bedner richtet an Dr. H a m p e l n die Frage, ob ihm darüber etwas bekannt sei, dass bei fortgesetzten Blutungen eine Vermehrung der Leukocyten dennoch ausbleiben könne?

Dr. H a m p e l n verneint die Frage.

Dr. O. K l e m m: Dann könne eine derartige Annahme hier mit Sicherheit ausgeschlossen werden.

Dr. v. K r ü d e n e r: Wäre es nicht denkbar, dass es sich in Anbetracht des Fiebers und des Milztumors um Malaria gehandelt haben könnte?

Dr. K r ö g e r: Dagegen spreche der ganze klinische Verlauf.

Dr. O. K l e m m: In dem Falle hätten auch Plasmodien im Blut nachgewiesen werden müssen, was hier nicht der Fall war.

Dr. S c h a b e r t: Es sei sehr interessant, dass Dr. H a m p e l n während seiner Krankenhauszeit so äusserst wenig perniciöse Anämien gesehen. Neuerdings kamen jährlich circa 4—5 Fälle mit der Diagnose «Anämia gravis» zur Obduktion. Der anatomische Befund sei dann auch in der Tat ein negativer, so dass diese Fälle zu den essentiellen Anämien zu gehören scheinen.

Redner ersucht Dr. H a m p e l n sich darüber zu äussern.

Dr. Hampeln: Auch zu seiner Zeit seien viele Fälle von schwerer Anämie ohne klinisch diagnostizierbare Organerkrankungen zur Sektion gekommen. Die Autopsie habe aber dann häufig die Ursachen derselben aufgedeckt, nämlich: Carcinome, veraltete Lues, Amyloid, Arteriosklerose, Aortenklappeninsuffizienz, Hämorrhoidalblutungen. Bei den Sektionen könne man oft nur durch die detaillierteste mikroskopische Untersuchung die Ursachen der Anämien aufdecken. Dazu gehöre auch die Schrumpfniere, die zuweilen weder klinisch, noch durch die makroskopische Autopsie der Nieren erkannt werden könne.

Redner verfügt in seiner Privatpraxis über einen Fall von scheinbar essentieller Anämie, bei dem das Ergebniss der anatom. Diagnose dadurch zweifelhaft blieb, dass sich ein Darmpolyp vorfand, aus dem Blutungen hätten stattfinden können.

Dr. Ed. Schwarz demonstriert einen Fall von «Myasthenia gravis pseudoparalytica» (erscheint im Druck).

Dr. Pilzer demonstriert ein anatom. Praeparat von «Darmverschluss durch Spulwürmer».

d. Z. Sekretär S. Kröger jun.