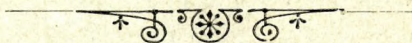


Protokolle
der
Gesellschaft
praktischer Ärzte zu Riga.

Vom Jahre 1912 — 1913.



St. PETERSBURG.
Typo-Lithographie A. E. Wienecke, Katharinenhofer Prosp. № 15.
1914.

Protokolle

der

Gesellschaft

praktischer Ärzte zu Riga.

Vom Jahre 1912 — 1913.



St. PETERSBURG.

Typo-Lithographie A. E. Wienecke, Katharinenhofer Prosp. № 15.

1914.

Inhaltsverzeichnis.

Sitzung.

Dr. Poorten. 1) Demonstration eines Ovarialtumors. 2) Erkrankungen der Harnorgane und Frauenkrankheiten, ihre Beziehungen zu einander	1544
Dr. Bertels. Demonstration pathologischer Präparate	1545
Dr. Praetorius. Metastatischer Abszess durch Influenzabazillen	1545
Dr. Bornhaupt. Demonstration. Förstersche Operation	1545
Dr. Bornhaupt. Demonstr. Operation eines Brückenwinkeltumors	1545
Dr. Hirschberg. Dermatologenkongress in Rom	1546
Dr. v. Bergmann. Gonokokkenperitonitis. Demonstr.	1546
Dr. v. Bergmann. Ulcus pepticum. Demonstr.	1546
Dr. v. Krüden er. Schädigung der Augen bei der Sonnenfinsternis	1547
Dr. v. Krüden er. Eisenverletzungen des Auges	1547
Dr. Klemm. Gefäßchirurgie. Demonstr.	1548
Dr. Fowelin. Schuss- und Herzchirurgie	1548
Dr. Weidenbaum. Ovarialtumor. Demonstr.	1549
Dr. Werner. 178 Pleuraempyeme im Kindesalter	1549
Dr. Werner. Demonstr. Blasensteine, Noma	1550
Dr. Bornhaupt. Demonstr. Förstersche Operation	1550
Dr. Michelsson. Spätfolgen der Brucheinklemmung	1550
Dr. Bernholz. Demonstr. Myxoedem	1552
Dr. Sarfels. Demonstr. Sehnentransplantation bei spast. Hohlfluss	1552
Dr. Weidenbaum. Gonorrhoe prophylaxe am Neugeborenen	1552
Dr. Girgensohn. Dünndarmp perforation	1553
Dr. Fleisch. Demonstr. Stenose des conus arteriosus ventriculi dextri	1553
Dr. Schabert. Aneurysma Aortae abdominalis	1553
Dr. Schabert. Röntgenuntersuchung des Herzens	1553
Dr. Mey. Klinisches und Anatomisches aus der Scharlachpathologie	1554
Dr. Blumenbach. Ueber Trinkfontänen	1555
Dr. Hampeln. Ueber Fehldiagnosen	1555
Dr. Bornhaupt. Demonstr. Gehirnabszess	1556

Dr. Bornhaupt. Demonstr. Tuberkulose des Peritoneums	1556
Dr. Werner. Demonstr. Appendizitis	1556
Dr. Poorten. Demonstr. Korpus- und Flexurkarzinom	1556
Dr. v. Knorre. Demonstr. Portiokarzinom, Myom, Fibrom	1556
Dr. Sarfels. Demonstr. Fractura humeri	1557
Dr. E. Schwarz. Xanthochromie des Liq. cerebrospinalis	1557
Dr. Bertels. Demonstr. Hirnsyphilis	1557
Dr. Schabert. Ueber die gebrauchsfertigen Tuberkulinlösungen	1557
Dr. Weidenbaum. Ueber Geburtsleitung	1558
Dr. Wolferz. Fremdkörper in den Bronchien	1558
Dr. Bornhaupt. Zur Chirurgie der Gallenblase	1559
Dr. v. Bergmann. Zur Chirurgie der Gallenblase	1560
Dr. Michelsson. Schussverletzung der Milz und Colon transversum	1560
Dr. K. Bornhaupt. Einklemmung der Appendices epiploicae	1560
Dr. Praetorius. Demonstration bakteriologischer Präparate	1561
Dr. Klemm. Plastische Operationen am Schädel. Demonstration	1561
Dr. v. Knorre. Demonstr. tuberkulöser Tuben	1561
Dr. E. Schwarz. Demonstr. Lues spinalis	1561
Dr. Idelsohn. Ueber die leichten Depressionszustände	1561
Dr. Bergengrün. Zur Tuberkulintherapie	1561
Dr. Voss. Demonstr. Sinus und Jugularisthrombose	1562
Dr. Eliasberg. Kasuistisches zur Syphilis und ihrer Therapie	1562
Dr. v. z. Mühlen. Demonstr. stereoskopischer Röntgenbilder	1562
Dr. Eliasberg. Demonstr. Lues	1563
Dr. Fowelin. Demonstr. Gefäßnaht	1563
Dr. Poorten. Demonstr. Pyosalpinx. Myom. Ureterenstein	1563
Dr. Mende. Zum künstlichen Pneumothorax	1563
Dr. Bosse. Das Reizleitungssystem im Herzen	1563
Dr. E. Kroeger. Demonstr. Prostatahypertrophie	1564
Dr. Sarfels. Demonstr. Coxitis tuberculosa	1564
Dr. Schabert. Dermoid des Mediastinum	1564

Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

1544. Sitzung am 4. April 1912.

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

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

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

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

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

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

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

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

(Autoreferat).

Diskussion:

Dr. Weidenbaum: Die an Blasen- tuberkulose leidenden wenden sich erst sehr spät an den Arzt, meist erst dann, wenn schon Ulzera bestehen und sich grosse Beschwerden einstellen. Als Fremdkörper hat Redner einmal Oxyuren bei einer Frau mit Harnbeschwerden gefunden. Die Oxyuren wanderten immer wieder in ungeheuren Mengen in die Blase. Erst als es gelang die Oxyuren zu beseitigen, schwand die Zystitis.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(Offizielles Protokoll).

1545. Sitzung am 18. April 1912.

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

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

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

I. Dr. Bertels demonstriert:

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

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

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

d) Ein Präparat einer typischen syphilitischen Aortitis mit diffuser Erweiterung der gesamten Aorta thoracica; beim Uebergang in die aorta abdominalis hören die syphilitischen Wandveränderungen und die Erweiterung mit ziemlich scharfer Grenze auf. Von der aorta ascendens aus hat sich nach hinten hin ein apfelgrosses Aneurysma entwickelt, welches durch eine runde, scharfrandige Oeffnung von 2¹/₂ cm. Durchmesser mit der Aorta komuniziert. Das Aneurysma komprimiert die vena cava superior und verdrängt sie nach rechts. Es ist zu einer Perforation in die vena cava gekommen, die Perforationsöffnung ist unregelmässig gesetzt, hat einen Durchmesser von 7—8 mm. Es hatten sich die typischen Folgeerscheinungen des in die vena cava perforierten Aortenaneurysmas (Oedem der oberen Körperhälfte) eingestellt. Während des Lebens war Wassermann im Blut ++++ gewesen.

Ein atheromatöses Geschwür in der aorta, 2¹/₂ zm. oberhalb der Klappen, welches zu einer tödlichen Perforation in den Herzbeutel geführt hatte; im Herzbeutel fanden sich 600 zm. zum Teil flüssigen, zum grösseren Teil geronnenen Blutes; das pericardium viscerale und parietale waren von einer dünnen Schicht Fibrin überzogen. Es hatte also anscheinend, schon bevor es zur tödlichen Blutung gekommen war, ein langsames Durchsickern von Blut in den Herzbeutel stattgefunden und der Reiz des erossenen Blutes zu einer fibrinösen Perikarditis geführt. Eine primäre Perikarditis mit Durchbruch in die Aorta anzunehmen, liegt kein Grund vor, da sich bei Gram-Fuchsinfärbung im perikardialen Exsudat keine Mikroorganismen nachweisen liessen und da sich bei der Sektion nirgends Ver-

änderungen fanden, welche den Ausgangspunkt für eine Perikarditis hätten abgeben können. In der Aorta fanden sich sonst nur geringfügige atheromatöse Veränderungen. Es handelt sich um einen Mann von 59 Jahren ohne Anzeichen von Syphilis.

f) Präparate von Aktinomykose der Lunge und Pleura.

g) Einem kleinapfelgrossen Leberehinkokkus.

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

i) Ein Zungenbein mit langen cornua minima (Persistenz eines Kiemenbogens) bei einem 64 Jahre alten Mann. Ob das gesamte Ligamentum stylohyoideum knöchern resp. knorpelig war, liess sich nicht feststellen, da die Anomalie erst nach Herausnahme der Halsorgane auffiel.

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

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

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

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

Diskussion:

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

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

Dr. v. Krüden er hat Influenzabazillen in Reinkultur in

Tränensäcken gefunden, dabei bestand nur eine leichte Konjunktivitis.

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

Dr. Praetorius macht darauf aufmerksam, dass es viele influenzaähnliche Erkrankungen und Bazillen gebe, diese sollten nach Jacksch „Pseudoinfluenzabazillen“ genannt werden.

III. Dr. Bornhaupt: Demonstration.

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

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

Diskussion:

Nach Dr. Th. Schwartz' Meinung ist der vorgestellte Fall eine zerebrale Kinderlähmung, deren Einsetzen in die früheste Kindheit gefallen. Die Lähmungserscheinungen sind zum grössten Teil zurückgegangen, es persistiert aber ein halbseitiger spastischer Zustand, welcher besonders den Arm ergriffen hat. Der Arm befindet sich beständig in spastischer Kontrakturstellung, jede Bewegung, auch der rechten Hand, verstärkt die Spasmen, wobei Mitbewegungen und atetotische Bewegungen im kranken Arm auftreten. Im Bein sind die Erscheinungen viel geringer und hindern die Patientin nur unbedeutend beim

Gehen, spastische Erscheinungen, Babinsky etc. finden sich jedoch auch hier. Die Intelligenz ist fast intakt; in den letzten 2 Jahren sind 2 mal in der Woche epileptische Krämpfe eingetreten. Da die Epilepsie sich bis jetzt nur wenig bemerkbar gemacht hat, sieht Schw. keinen Grund zu einer eventuellen Trepanation, sondern hat die Patientin dem Kollegen Bornhaupt zugeführt mit dem Ersuchen, an ihr die Förstersche Operation machen zu wollen, um die Spasmen des Armes zu beseitigen; ein Eingriff an den sensiblen Wurzeln des Beines ist wegen der geringen Beschwerden unnütz. (Autoreferat).

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

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

b) Dr. **Bornhaupt: Demonstration.**

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

Die Pat. ist seit 1½ Jahren krank, und zwar hat die Erkrankung mit einem Geräusch im rechten Ohr und Vertaubung begonnen. Seit 2–3 Monaten hört die Patientin mit dem rechten Ohr nichts. Die Patientin ist eine Stieftochter eines Arztes und ist von vielen Spezialisten untersucht worden. Von einem Ohrenspezialisten ist eine Labyrinthkrankung diagnostiziert worden, von einigen Neurologen ist sie auf Gehirnsklerose und auch schliesslich auf Hysterie behandelt worden. Zum Schluss strandete sie in Riga in der Anstalt von Dr. Sokolowsky, wo von Dr. W i c h e r t, Stender und Idelsohn zuerst die Diagnose Brückenwinkeltumor gestellt worden ist. Sie ist mir zur Operation überwiesen worden und wies ein typisches klinisches Bild für Brückenwinkeltumor auf.

Es bestand Areflexia corneae rechts, Nystagmus beim Blick nach links stärker als nach rechts. Ophthalmoskopisch liess sich eine Stauungspapille nachweisen. Pupillenreaktion war prompt. Fazialisparese der beiden unteren Aeste rechts. Hypaesthesia im Bereich des rechten Trigeminus. Zuckungen im rechten Fazialisgebiet. Rechtsseitige Hemiataxie. Bauchdeckenreflex fehlte. Patellarreflexe beiderseits lebhaft. Fussklonus links angedeutet. Der von Dr. Voss erhobene genaue Ohren-

befund lautete: „das linke Trommelfell spiegelnd hellgrau, nicht eingezogen — vollkommen normal; das rechte Trommelfell spiegelnd im unteren Teil grau, zeigt von oben her eine keilförmige Injektion, wie bei Prozessen, die mit Hirnhyperämie einhergehen. Gehör — links Taschenuhr zehn Fuss, rechts überhaupt nichts. Die Stümmgabeln werden auf dem rechten Ohr per Luftleitung überhaupt nicht gehört, vom Scheitel aus (Weber) nach links projiziert. (Die A-Gabel, die am stärksten schwingt, auch schwach nach rechts, aber ausdrücklich betont, viel schwächer als links). Beim Spülen des rechten Ohres mit kaltem Wasser tritt kein Schwindel und keine Beeinflussung des Nystagmus auf, während letzterer beim Spülen des linken Ohres deutlich gesteigert wird, allerdings auch ohne Schwindel.

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

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

Dr. Theodor Schwartz hat die Patientin untersucht und hat bei ihr folgenden Befund festgestellt: typische zerebellare Ataxie, starkes Schwanken des Körpers bald nach rechts, bald nach links. Nystagmus bei seitlichen Bewegungen der Augen, besonders Nystagmus nach rechts, beim Blick nach links viel weniger. Pupillen normal, reagieren gut. Ophthalmoskopisch deutliche neuritis optica, zuweilen Hyporeflexie der rechten Kornea, jedoch nicht immer, manchmal auch Areflexie. Trigeminus beiderseits normal. Keine Fazialisparese, nur beim Augenschluss beider Augenlider bemerkt man eine kleine Differenz in der Kraft zu Ungunsten der rechten Seite. Patellarreflexe normal, kein Babinsky, Bauchreflexe beiderseits normal. Bei der Lumbalpunktion werden 5 kzm. klarer Flüssigkeit entleert. Druck 160 mm. Wasser; Nonne schwach positiv, keine Vermehrung von Leukozyten. Visus links $\frac{7}{15}$, rechts $\frac{5}{10}$.

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

Die Meningitis serosa oder die Arachnitis adhaesiva circumscripta, wie sie Krause nennt, kann bekanntlich Erscheinungen hervorrufen, die das Krankheitsbild eines Hirntumors vortäuschen. Man muss lernen diese Krankheitsbilder zu unterscheiden, so gross auch die Schwierigkeiten oft sein können die sich der richtigen Diagnose entgegenstellen. Wichtig ist

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

Diskussion:

Dr. Ed. Schwarz findet bei diesem Falle die Hyporeflexie der cornea bemerkenswert. Diese wäre vielleicht bei der Differentialdiagnose zwischen Tumor und Meningitis cystica zu berücksichtigen.

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

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

Dr. Stender betont die Wichtigkeit der Differentialdiagnose der Arachnitis cystica gegenüber dem Tumor des Kleinbrückenwinkels. Dass die Meningitis serosa den nämlichen Symptomenkomplex hervorrufen könne, wie die Gehirntumoren, sei eine Tatsache, mit der man rechnen müsse, und die in alle Lehrbücher der Neurologie übergegangen sei. Und doch sei es gerade von grösster praktischer Wichtigkeit die klinische Trennung der beiden Krankheitsbilder zu ermöglichen. Die Lumbalpunktion z. B. könne im Falle einer Meningitis einen

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

Dr. Voss: Autoreferat nicht eingelaufen.

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

Dr. Ed. Schwarz: Ausschlaggebend für Tumor im Gegensatz zur mening. cystica ist immer, dass der Symptomenkomplex langsam progredient ist, daher sollte die Reihenfolge der Symptome stets schriftlich fixiert werden.

Dr. Rasevsky fand ausser einer Stauungspapille auch ein Oedem der Retina. Augenblicklich sind alle Erscheinungen stark zurückgegangen.

Dr. Bornhaupt: (Schlusswort).

Gerne will ich zugeben, dass auch die vorsichtigsten Manipulationen am Gehirn bei der Exstirpation eines Tumors roh und gewaltsam erscheinen, und dass daher jegliche Verbesserung der augenblicklichen Technik auf das lebhafteste zu begrüssen ist, aber dennoch kann ich Dr. Voss nicht beistimmen, wenn er die Gehirnquetschung und Erweichung allein für den letalen Ausgang verantwortlich macht. Die plötzlichen Todes-

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

1546. Sitzung am 2. Mai 1912.

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

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

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

II. a) Dr. **v. Bergmann** demonstriert eine 16 Jahr alte Zigeunerin, die von ihm wegen gonorrhöischer Peritonitis operiert worden war. Patientin war 2 Jahre verheiratet, hatte keinen Ausfluss und war plötzlich erkrankt. Abdomen bretthart gespannt. Fieber. Da keine Anamnese vorlag und der Befund von Seiten der Genitalorgane negativ war, konnte eine Perforation der Appendix oder eines Ulkus angenommen werden. Bei der Operation fanden sich 1½ Liter freier, blutig-eitriger Flüssigkeit, die bei der Untersuchung (Dr. Praetorius) massenhafte Gonokokken enthielt. Die Tuben erwiesen sich weich und grazil, äusserlich gerötet, ebenso die Appendix, die entfernt wurde und normal war. Das Exsudat wurde ausgewaschen und ein Drain eingeführt. Der weitere Verlauf war normal. Jetzt ist von Dr. Keilmann eine Verdickung der linken Tube nachgewiesen worden.

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

Dr. **L. Bornhaupt** will eine Gonokokkenperitonitis im allgemeinen nicht operieren. Trotz der stürmischsten Erscheinungen bleibt die Gesichtsfarbe der Patientin eine gute und die Peritonitis geht zurück. Die Diagnose ist allerdings sehr

schwierig, da Mischinfektionen vorkommen, welche operiert werden müssen.

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

Dr. Bergmann: Ein so grosses Exsudat kann nicht bei exspektativer Behandlung schwinden. Die Patientin sah verfallen aus, wie bei der Perforationsperitonitis, und wäre ohne Operation sicher zu Grunde gegangen.

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

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

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

Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

1547. Sitzung am 16. Mai 1912.

(Offizielles Protokoll).

Anwesend: 60 Mitglieder und als Gäste die Herren DDr. Lockenberg, Schwarz, v. Mende (Mitau) und Recke (Königsberg).

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

P. I. Dr. von Kruedener:

a) Schädigung der Augen bei der Sonnenfinsternis.

Zur Zeit der Sonnenfinsternis ist eine Reihe von schweren Schädigungen der Augen vorgekommen. Ich schätze die Zahl der in Riga beobachteten Fälle auf mehrere hundert. Der schwerste Fall, den ich beobachtete, war eine junge Bauerfrau aus Lennwarden, deren ganzer Augenhintergrund mit Blutungen bedeckt war, charakteristisch war die kreisrunde Form, welche sich weit über die Makula hin ausdehnte. Im Laufe von 3 Wochen resorbierte sich das Blut im linken Auge, das rechte ist noch nahezu blind. Patientin war sonst vollständig gesund und machte körperlich einen durchaus widerstandsfähigen Eindruck. Den zweitschwersten Fall meiner Beobachtung erlaube ich mir Ihnen hier vorzustellen. Die 21 jährige Lehrerin stand vor einem Diplomexamen und ist wohl jetzt auf längere Zeit hinaus als arbeitsunfähig zu betrachten. Auf dem rechten Auge sieht man noch eben die Reste einer blutigen Ausschwätzung in der Makula.

Das linke Auge ist so weit genesen, dass nahezu volle Sehschärfe besteht. Bei den Fällen, die ich einige Stunden nach der Schädigung durch das Blicken in die Sonnenscheibe beobachtete, stellte ich eine leichte Netzhauttrübung fest. In diesen Fällen schwand die Sehstörung mehrfach im Laufe von 5—6 Tagen. In den schwereren Fällen war neben der Trübung eine zartrosa Marmorierung der Makula wahrzunehmen. Hier konnte das relative Skotom von vornherein festgestellt werden. An den beifolgenden Gesichtsfeldern sehen Sie das Skotom rechts fast immer grösser wie links, nicht immer sitzt es ganz zentral, bisweilen etwas oberhalb des Fixierpunktes. Nach Angabe der betreffenden wurde etwa $\frac{1}{2}$ Stunde lang in die Sonne geblickt, bisweilen erhielt sich die Angabe, dass mit einem Binokel beobachtet wurde. In Riga hatten wir ja an dem Tage wolkenlosen Himmel. Das Auge repräsentiert ein optisches System von hoher Brechkraft, etwa 40 Dioptrien. Die Netzhaut hat also ständig eine recht starke Widerstandskraft zu zeigen, wenn sie

die auf ihr projizierten Bilder verarbeitet. Es liegt daher nahe zu fragen, welche Strahlen des Spektrums das Auge am leichtesten zu schädigen vermögen. Nach den Untersuchungen von Widmark, Schanz und Stockhausen, Birch-Hirschfeld und anderen scheint es fest zu stehen, dass die kurzwelligen, chemischen Strahlen die Erscheinungen der Schneeblindheit hervorrufen an der die Touristen in den Alpen und die Nordpolfahrer gelegentlich schwer zu leiden haben. Schwerere Form von Schneeblindheit habe ich im Februar und März bei Runoern gesehen, welche sich längere Zeit auf der Seehundsjagd aufgehalten hatten und dem grellen reflektierten Lichte der Schnee- und Eisfelder ausgesetzt waren. Dunkle Gläser, Euphos, Hallauer, Euxanthos und Schwerflintglas in ihren verschiedenen Nuancen absorbieren die chemischen Strahlen. Auch die menschliche Linse absorbiert ultraviolettes Licht (Hess) und schon darum ist es nicht anzunehmen, dass dieses allein beim Blick in die Sonne die in Rede stehenden Veränderungen hervorruft. Diese sind vielmehr zu suchen in einer einfachen Verbrennung der Netzhaut wie Sie schon von Czerny experimentell an Fröschen hervorgerufen wurde. Sonst gibt es ja eine ganze Reihe von Schädigungen, welche speziell durch elektrische Ströme und Luftwirkungen entstehen. Ich erinnere bloß an den Blitzstaar, den ich hier einige Mal beobachtet habe in einem Fall an einen Kollegen, den ich später operierte, der bei einem Gewitter am Telephon verunglückte. Sollte in künftiger Zeit eine Sonnenfinsternis bevorstehen, so wird es Sache der Aerzte sein mehr als dieses bisher geschehen vorzubeugen durch Publikation über die Schwere der möglichen Schädigungen. Das einzige Mittel zur Verhütung ist die stark berusste Glasplatte.

Diskussion:

Dr. v. Hedenstroem hat Gelegenheit gehabt 29 Fälle von Augenschädigungen durch die Sonnenfinsternis zu beobachten. Ein sichelförmiges Skotom hat er nicht nachweisen können. Bei einem 8 jährigen Knaben hat er eine Katarakte konstatiert. Es bestand ein Skotom oberhalb der makula und eine Trübung der Kapsel. Der Zustand ist im Laufe eines Monats unverändert geblieben.

Dr. Johansson berichtet über einen Fall von deutlicher zentraler Sehstörung nach der Sonnenfinsternis. Es war ein Skotom nachweisbar und in der Makulagegend keine deutlichen Veränderungen.

Dr. v. Sengbusch legt es den Augenärzten nahe vor Sonnenfinsternissen offizielle Warnungen an das Publikum zu richten.

Dr. Voss: Es scheint, dass die Ursachen der Schneeblindheit und der Schädigungen durch direktes Sonnenlicht verschiedene sind. Als Ursachen der Schneeblindheit werden die ultravioletten Strahlen beschuldigt. Verschiedene Augen scheinen gegen das Schneelicht eine verschiedene Empfindlichkeit zu besitzen.

Dr. v. Hedenström. Die ultravioletten Strahlen werden in der Atmosphäre und in der Linse unschädlich gemacht. Als Ursache der Schneeblindheit glaubt er die lange Belichtungsdauer beschuldigen zu können.

Dr. v. Krüdenner: Schneeblindheit und Sonnenschäden haben nichts gemein. Die Sonne setzt direkte Verbrennungen, während die Schneeblindheit von den ultravioletten Strahlen herrührt. Kräftige Personen können viel Licht vertragen, während anämische Personen schon bei kurzer Belichtung leiden. Zum Schutz dienen einfache dunkelgraue Gläser. Die Hallauer Gläser gelten für die Besten, doch sind sie zu teuer.

b) Dr. v. Krüdener.

Eisenverletzungen: Die systematische Entfernung von Eisen aus dem menschlichen Auge ist über 20 Jahre alt, und gross ist die Zahl der Fälle, welche solchermassen behandelt wurden; aber es gibt noch eine Anzahl von Fragen bei dieser Operationsart, welche noch nicht als vollkommen gelöst zu betrachten sind. An der Ausarbeitung der Methoden erwarben sich ein besonderes Verdienst Hirschberg und Haab. Die Namen dieser beiden Autoren werden eng verbunden bleiben mit der Geschichte der Magnetextraktion. Ersterer bevorzugte im Anfange den kleinen Handmagneten; Bei diesem Verfahren wurde der Fremdkörper aus dem Augennere durch einen Meridionalschnitt in der Sklera des Bulbus entfernt. Das System des Riesenmagneten ausgearbeitet zu haben ist ein Verdienst, das Haab zukommt, aber auch Hirschberg erweiterte hierin seine Lehre und konstruierte gleichfalls Magneten von grosser Tragkraft. Haab hält alles Lokalisieren eines Augensplitters, der ins Auge gedrungen ist, für unnütz und entfernt ihn sofort durch Ansetzen des Riesenmagneten, indem er das Eisen unter möglichster Schonung der Linse in die vordere Augenkammer zieht. Ich bin nach Ausführung von etwa 130 Magnet-Extraktionen in Riga zu folgendem Resultat gelangt: Jeder Eisensplitter, welcher sofort nach der Verletzung in die Behandlung des Arztes kommt, soll sofort mit dem Riesenmagneten extrahiert werden. Ausnahmen bilden nur folgende Verhältnisse, welche für den kleinen Magneten übrigbleiben:

1. ganz kleine Eisenpartikel, welche in der vorderen Kammer liegen, diese werden mit dem feinen Ansatz eines Handmagneten kunstgerechter entfernt.

2. Splitter, welche sich schon längere Zeit im Bulbus-Innern befinden, besonders im klaren, gesunden Auge, mittels des Augenspiegels oder des Sideroskopes lokalisiert werden, gelingt es weit schonender durch eine kleine Skleralöffnung zu extrahieren.

3. Verletzen grosse, lange Splitter, welche aus dem Bulbus-Innern in die vordere Kammer gezogen werden, die vorderen Bulbusabschnitte erheblich, besonders wenn sie spitz eindringen, ihre Rasanz stark war, und der Wundkanal hierdurch sehr geringe Dimensionen aufweist. Es sind dies aber sehr seltene Fälle, und die souveräne Methode wird immer die Haabsche bleiben. Ich erlaube mir noch, ein einschlägiges Beispiel hier anzuführen, wie ich es selbst erlebt: Ein ganz glatter, scharf geränderter, quadratförmiger Splitter dringt durch Hornhaut, Iris und Linse und bleibt an der hinteren Linsenkapsel haften. Patient kommt erst spät in spezialistische Behandlung, und einige Monate später ist die Linsenwunde vollkommen geheilt und die Linse absolut klar. Nur der Fremdkörper liegt mit seiner Fläche dem beobachtenden Auge deutlich sichtbar in der hinteren Linsenkapsel, vielleicht sogar hinter ihr. Das andere Auge ist früher schon durch eine Verletzung zugrunde gegangen. In solch einem Falle erscheint es mir richtiger, den Fremdkörper nicht in die Vorderkammer zu ziehen und hierdurch die klare Linse einer Verletzung auszusetzen, sondern durch eine Skleralwunde mittels des starken Handmagneten und einem ganz feinen Ansatz die Operation auszuführen. Ich stelle hier eine Serie von Eisensplittern vor, auch ein Röntgenbild, das von Herrn Dr. von Sengbusch hergestellt wurde und ein Eisenfragment mitten im Bulbus darstellt. Die Form und Grösse der verschiedenen konstruierten Riesenmagneten, von denen ich einige Abbildungen hier herumreiche, zeigt wie energisch und zielbewusst auf diesem Gebiete, besonders in Deutschland, gearbeitet

wird; ich nenne bloss den Haabschen, den Volkmannschen und den neukonstruierten Innenpolmagneten.

Diskussion.

Dr. Johansson weist darauf hin, dass die Angaben der Patienten nicht zu beachten sind. Sie geben oft an, das Stück sei herausgefallen, während das Sideroskop das Vorhandensein eines Eisenstückes anzeigt. Ob der Riesen- oder der kleine Magnet benutzt werden soll, müsse je nach dem Fall entschieden werden. Bei grossen Fremdkörpern, ist es ratsam, den Skleralschnitt zu machen und den Handmagneten zur Entfernung zu benutzen.

1548. Sitzung den 5. September 1912.

Anwesend 48 Mitglieder und als Gäste die Herren DDr. Fowelin, Kapeller, Schneider, Michelsohn, W. Stieda, Arbusow, Maikapar, Gussew und Weber.

Vorsitzender: Dr. Baron v. Krüdener. Schriftführer: Dr. H. v. Hedenström.

1. Das Protokoll der vorigen Sitzung wird verlesen und genehmigt.

2. Dr. Baron Krüdener erwähnt des Verlustes, den die Gesellschaft durch das Hinscheiden ihrer Mitglieder: Dr. B. Weinberg und Dr. M. Schönfeldt und des korrespondierenden Mitgliedes W. Kiseritzky-Dondangen erlitten habe. Dem Ableben des in erschütternder und tragischer Weise dahingegangenen Dr. Schönfeldt widmet der Vorsitzende ganz besonders warme und ehrende Worte. — Die Versammlung ehrt das Andenken der Verstorbenen durch Erheben von den Sitzen.

3. Herr Dr. Klemm demonstriert einen Fall von Gefässchirurgie.

Diskussion: Herr Dr. v. Hampeln hat die Literatur über derartige Fälle genau verfolgt. Er kann im Gegensatz zum Vortragenden keinen Widerspruch zwischen der anatomischen, durch Experimente belegten Theorie und der klinischen Erfahrung finden. Beim Herzen handelt es sich nur um einen grossen Venenstamm, bei der Extremität kommen aber zwei grosse Venenbahnen in Betracht; durch Annahme von Bildung von Kollateralbahnen würden sich daher die klinischen Erfolge auch theoretisch begründen lassen. Was ferner die Ueberwindung der Venenklappen anlange, so liesse sich dieses durch Insuffizienz derselben gut erklären.

Herr Dr. Idelson hat einen ähnlichen Fall gesehen, bei dem es aber nicht gelang, eine Zirkulation herzustellen.

Herr Dr. Voss weist darauf hin, dass Dr. Hesse-Petersburg auf dem baltischen Aertzetage in Reval über diese Frage gesprochen habe. Hesse ist zu recht trüben Ergebnissen gekommen — nur ein erfolgreicher Fall. Nach Hesse sind die auf die Operation gesetzten anfänglichen Hoffnungen stark zusammengeschrumpft.

Herr Dr. Klemm glaubt auch nur an einen verschwindend geringen Prozentsatz von günstigen Erfolgen, die Kasuistik gebe zur Zeit bei ca. 40 Fällen nur zwei günstige an. Trotzdem müsse aber in analogen Fällen stets der Versuch gemacht werden, da dabei nichts riskiert würde, im Falle des Gelingens aber die Resultate

überraschend günstige wären. Zu bedenken ist schliesslich auch, dass die arteriosklerotischen Veränderungen sich nicht auf die eine Extremität beschränkten, sondern auch die anderen betrafen.

Dr. Baron Krüdener weist auf analoge, auch von ihm beobachtete Fälle beim Auge hin, wo es öfters vorkomme, dass ein Ast der Arteria centralis retinae mit einem Ast der Vene kommuniziere, in der Vene flutet dann arterielles Blut, natürlich involviere das aber stets eine schwere Schädigung der Netzhaut.

4. Herr **Dr. Fowelin** als Gast demonstriert zwei Fälle aus dem Gebiete der Schuss- und Herzchirurgie (Vortrag erscheint im Druck).

Diskussion: Herr Dr. Klemm weist darauf hin, dass es bei Schussverletzungen von grösster Wichtigkeit ist, möglichst schnelle Hilfe zu bringen, da sonst infolge von Hämatombildung und Kompression der Kollateralen bald Gangrän auftrete. Um aber rasch zu helfen, ist es erforderlich, möglichst bald die Diagnose zu stellen, und da habe Professor Wahl ganz besonders darauf hingewiesen, sofort und stets zu auskultieren, auch bei den angeblich minimalen Schussverletzungen, da die beiden anderen sogenannten klassischen Symptome, Blutung und Aufhören des Pulses unterhalb der Verletzung, häufig im Stich lassen, sie können fehlen und trotzdem könne Gefässverletzung vorliegen.

1549. Sitzung den 19. September 1912.

Anwesend 55 Mitglieder und als Gäste die Herren DDR. Michelsohn, Weber, Schönberg, Stieda.

Vorsitzender: Dr. v. Krüdener. Schriftführer: Dr. E. Kroeger.

Dr. **G. Weidenbaum** demonstriert einen mit Hilfe des Pfannstielischen Schnittes exstirpierten Ovarialtumor. Es war zur Torsion des Stieles gekommen, wobei der Uterus selbst mitgedreht war. Das korpus uteri erscheint blutig imbibierte, was auf beginnende Nekrose hindeutet. Der Stiel war ganz kurz und sass dicht unter dem korpus uteri; offenbar war der Tumor intraligamentär entwickelt. Viele Darmadhäsionen und die flächenhaft adhaerente Blase erschweren die Exstirpation.

Dr. Voss fragt, ob die Stieltorsion diagnostizierbar sei.

Dr. Weidenbaum: Die Diagnose ist nur bei sehr genauer Anamnese möglich oder aber wenn die Torsion unter den Augen des Arztes zustande kommt. Hier handelte es sich um eine 31-jährige Virgo mit einem dem 3. Schwangerschaftsmonat entsprechenden uterus, die unter sehr starken Schmerzen erkrankte. Blutungen hatten gefehlt, was gegen das Bestehen eines Myoms sprach.

P. 1. **Dr. Werner**: 178 Pleuraempyeme im Kindesalter. (Der Vortrag erscheint im Druck.).

Diskussion.

Dr. Schabert hebt eine praktisch wichtige Gruppe von Empyemen hervor. Es sind die Fälle, die trotz der Operation ad exitum kommen. Bei diesen ist das Empyem nur eine lokale Aeusserung einer allgemeinen Sepsis. Das Exsudat kann nur gering und leicht getrübt sein, während das Blut mit Bakterien überfüllt ist,

Die hin und wieder durch Expektoration vorkommenden Spontanheilungen sind nicht berücksichtigt worden.

Dr. Klemm: Es wäre interessant, wenn noch eine Tabelle mit den Blutbefunden nach Art der Infektion und Ausgang hätte zusammengestellt werden können. Positiver Kokkenbefund im Blut bedingt nicht einen ungünstigen Ausgang. Er hat sich stets mit Resektion einer Rippe begnügt und ein Drainrohr benutzt.

Dr. Poorten erwidert Dr. Schabert, dass eine allgemeine Sepsis mit Lokalisation in einer Pleura nicht verständlich sei. Die Fälle von allgemeiner Sepsis mit Exsudat in beiden Pleuren gehören nicht hierher.

Dr. Buchholz berichtet über einen Fall von Empyem nach Pneumonie bei einem 3jährigen Kinde. Es trat nach einer Besserung am 6. Tage ein Empyem auf, das, da der Zustand eine Resektion nicht mehr erlaubte, schnell zum Tode führte. Die Zeichen zum Diagnostizieren eines Empyems im Kindesalter sind so unsicher, dass es sich empfiehlt, möglichst früh die Probepunktion vorzunehmen.

Dr. Bornhaupt hält Fälle mit allgemeiner Sepsis nicht für durchaus hoffnungslos. Bei alten Fällen genügt Drainage nicht, da Sekretverhaltung eintreten kann, da muss breiter Abfluss geschaffen und tamponiert werden. Im Kindesalter ist die Lungenausdehnung auffallend gross, daher genügt die Drainage.

Dr. Werner: Die Exspektoration des Empyems kommt bei Kindern auch vor, doch entstehen immer wieder Rezidive, wenn die Kommunikation mit dem Bronchus verklebt. Die Behandlung mit abgeleiteter Heber-Drainage in ein Standgefäss scheint die Krankheitsdauer abzukürzen.

Dr. Berkholz erklärt die häufigen Todesfälle im 2. Lebensjahre durch die chronisch alimentären Störungen der Flaschenkinder, deren Widerstandsfähigkeit geringer ist. Die Auskultation bei Kindern kann irre führen, findet man aber bei der Perkussion eine stärkere Dämpfung, so ist der Verdacht auf Empyem berechtigt.

Dr. Sarfels: Heberdrainage ist nicht der richtige Ausdruck für die abgeleitete Drainage, da der Schlauch nie ganz mit Flüssigkeit gefüllt ist. Die Behandlung ist aber sauberer und scheint in der Tat die Krankheitsdauer abzukürzen. Die hohe Mortalität der Scharlachempyeme ist durch die primäre Bösartigkeit der Streptokokkenerkrankung zu erklären.

Dr. Schabert glaubt, dass bei dem einen Teil der septischen Empyeme der Prozess im Blut bereits abgeklungen ist. An diese Empyeme könne sich wieder eine sekundäre metastatische Sepsis anschliessen. Eine dritte Gruppe ist die maskierte, aber als Empyem auftretende allgemeine Sepsis. Diese scheint klinisch nicht selten zu sein und sollte nicht operiert werden.

Dr. Berkholz: An Scharlach erkrankt bekanntlich nur ein Teil der Menschheit. Meist nur übermästete und mit Eiweiss überernährte Kinder. Diese erkranken auch an Sepsis. Die Konstitution spielt dabei die Hauptrolle.

Dr. v. Sengbusch: Die Rückgratverkrümmungen durch Empyeme sind später sehr schwer zu behandeln, deshalb sollten die Patienten nicht ohne Korsett entlassen werden.

Dr. Voss: Die beim Scharlach anfangs auftretenden Erkrankungen des Mittelohrs sind meist sehr schwer und gehen mit grossen Perforationen einher. Im späteren Verlauf des Scharlachs, in der 3. Woche, gibt es eine zweite Form der otitis media mit leichtem

Verlauf und guter Prognose. Eine genaue Beobachtung könnte vielleicht auch für das Empyem solch ein Analogon nachweisen.

Dr. Werner: Die Narkose hat allen operierten Kindern nichts geschadet. Zu empfehlen ist besonders der kurze Aetherrausch. Die Stichmethode ist einmal versucht worden, doch musste das Kind, das in 2 Monaten sechsmal punktiert worden war, doch noch operiert werden. Zur Vermeidung der sehr häufigen Skoliosen wären Korsetts sehr wünschenswert, doch können sie ihres hohen Preises wegen nicht immer verordnet werden.

1550. Sitzung am 3. Oktober 1912.

Anwesend: 78 Mitglieder, als Gäste die Herren DDr. Gussew, Sintenis, H. Bornhaupt, Matzkeit, Arbusow, Weber.

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

P. 1. Dr. Werner demonstriert: a) eine Sammlung von Steinen die Kindern aus der Blase und der Urethra entfernt worden sind; b) ein Kind mit Noma. Nach einer Krankheitsdauer von $\frac{1}{2}$ Jahr ist der Prozess als abgeheilt zu betrachten. Der grosse Wangendefekt ist aufgehoben und wird durch eine Plastik korrigiert werden; c) Röntgenbilder auf denen man die Durchwanderung einer Münze vom Oesophagus bis zum Rektum verfolgen kann.

Dr. v. Sengbusch hält es für eine Seltenheit, dass ein 2 Kop. Stück, das schon im Oesophagus stecken blieb überhaupt weitergegangen ist. Es sollte daher eine Operation nicht aufgeschoben werden.

Dr. Bornhaupt hatte bei der Oesophagoskopie dieses Kindes den Eindruck als sei die Münze dabei in den Magen geglitten, daher hatte er hier von einer sonst dringenden Operation abgesehen.

Dr. H. Schwartz: Wie lange es dauert bis ein Fremdkörper den Darmkanal passiert illustriert folgender Fall. Zwei Kinder bei denen gleichzeitig die Intubation vorgenommen wurde verschluckten die gleichgrossen Tuben. Bei dem einen hatte der Tubus schon nach 2 Tagen den Darm passiert, während beim zweiten 10 Tage dazu nötig waren.

P. 2. Dr. L. Bornhaupt demonstriert die von ihm am 2. V. a. c. schon vorgestellte und am 19. V. nach Förster operierte Patientin. Sie litt an einer spastischen Parese des linken Armes. Es wurde die 4. 5. 7. 8 Zervikalwurzel und die 1. Dorsalwurzel reseziert. Die athetotischen Bewegungen schwanden gleich. Der rechte Arm kann vollständig frei bewegt werden. Die orthopädische Behandlung wird fortgesetzt.

Dr. Theod. Schwartz hält es für ein bedeutungsvolles Resultat der Operation in diesem Fall, den er selbst dem Kollegen Bornhaupt zur Operation überwies, dass die Athetose-Bewegungen ausgeschaltet sind; es ist dies Faktum interessant für die Aetiologie der Athetose; sie wird eben nicht nur durch bestimmte, reizend wirkende Thalamusherde erzeugt, dann hätte die Operation ja auch nichts in dieser Beziehung nützen können, sondern das Sistieren der athetotischen Bewegungen in diesem Fall scheint die Ansicht Boucheffors und Oppenheims zu bestätigen, dass auch reflektorische Erregungen bestimmter Thalamusbezirke, welche auf dem Wege der zerebello-thalamischen Bahn dem Thalamus zuströmen, die Athetose

in solchen Fällen von zerebraler Kinderlähmung hervorrufen können, welche Erregungen aber durch die Durchtrennung so vieler sensibler Wurzeln herabgesetzt sind. (Autoreferat).

Dr. v. Sengbusch gibt zu, dass die orthopädische Behandlung auf die Funktion des linken Armes gut eingewirkt hat. Früher unmögliche aktive Bewegungen sind jetzt möglich.

Dr. Sarfels. Der Erfolg der Operation ist zweifellos, nur hat Förster jetzt die Athetose als Kontraindikation für die Operation aufgestellt, da sich bei ihm häufige Rezidive gezeigt haben. Er fordert daher eine ausgiebigere Resektion der Wurzeln und eine lange Nachbehandlung.

Dr. Michelsson: nach einfacher Durchtrennung der Wurzeln sind Rezidive häufig gewesen. Die Resektion eines Stückes verhindert aber sicher eine Wiedervereinigung.

Dr. Bornhaupt. Auf die Frage ob das Resultat nicht nur auf die lange orthopädische Behandlung zurückzuführen sei entgegnet Förster, dass das Wesentliche doch die Durchschneidung der sensiblen Wurzeln sei. Die Prognose hängt von den Fällen ab, die zur Operation kommen, wobei am günstigsten die Fälle von Kinderlähmung und Littlescher Krankheit ausgehen, während die Fälle von fortschreitenden Erkrankungen wie multipl. Sklerose eine schlechtere Prognose haben.

P. 3. Dr. Michelsson. Spätfolgen der Bruch Einklemmung. Die Gefahren der forcierten Reposition sind bekannt, doch auch die oft sehr spät nach einer vorsichtigen Reposition auftretenden Erscheinungen sind gefährlich. Einem Pat. wurde Ende Juni eine inkarzerierte Hernie reponiert. Die später bleibenden Schmerzen wurden mit einem Bruchbande und anderen Mitteln erfolglos behandelt. Als er ins Krankenhaus kam bot er die Erscheinungen einer Darmokklusion. Weder hohe Eingiessungen noch Skopolamin ergaben Stuhl. Bei der Operation fanden sich im Ileum 2 narbige zirkuläre Stenosen die kaum durchgängig waren. Es wurde eine Enteroanastomose ausgeführt. Das Vorkommen solcher Narbenstenosen ist in 19 Fällen beschrieben worden. 12 davon sind nach blutiger Reposition des Darmes entstanden. Bei der Einklemmung wird der arterielle Zufluss wenig alteriert, der venöse Abfluss aber erschwert und es kommt zur haemorrhagischen Infarzierung, dann zur Nekrose und schliesslich zur Perforation an der Kuppe des Darmes. Durch den direkten Druck des Schnürringes leidet auch zuerst die Mukosa und die Submukosa, so dass die Narben immer nach geschwürigem Zerfall dieser Schichteninnere Narben sind. Mit der Reposition sollte man äusserst vorsichtig sein und lieber jedem Bruchkranken zur Operation raten, die jetzt leicht auch ohne Narkose möglich ist.

Dr. Bertels: Abgesehen von den Geschwüren in denjenigen Darmteilen, welche unter der Einwirkung des sauren Magensaftes stehen, also im Duodenum und, nach Gastro-entero-anastomosen, in den direkt unterhalb der Anastomose befindlichen Darmpartien, kommen im übrigen Darmgeschwüre vor, ohne bekannte Aetiologie, von denen man angenommen hat, dass sie durch die verdauende Wirkung des Darmsaftes zu Stande kommen und die man deshalb ebenfalls als peptische bezeichnet hat. Redner hat selbst wiederholt Gelegenheit gehabt, derartige Geschwüre zu sehen, teils auf dem Sektionstisch, teils an Präparaten, welche ihm von Chirurgen zur Untersuchung zugeschiedt worden waren. Die Auffassung der Geschwüre als peptische ist aber wenig befriedigend, man nimmt diese

Aetiologie nur an, weil man keine andere Ursache anzugeben weiss; es ist aber ganz ausgeschlossen, dass durch die Einwirkung des Darmsaftes auf die gesunde Darmschleimhaut zirkumskripte Geschwüre entstehen könnten; wenn die verdauende Kraft des Darmsaftes wirklich ein Mal so stark sein sollte, um eine solche Wirkung auszuüben, so müsste ein Untergang der Darmschleimhaut überall dort, wo der Darmsaft hingelangt, die Folge sein. Unerlässliche Vorbedingung für die Entstehung umschriebener Geschwüre sei eine umschriebene Veränderung der Darmschleimhaut. Dass eine solche in der von Dr. M. angegebenen Weise durch vorübergehende Inkarzeration zu Stande kommen könne, sei sehr einleuchtend. In anderen Fällen könnte es sich um embolische Prozesse oder um zufällige Schleimhautbeschädigungen handeln. (Autoreferat).

Dr. Klemm: Nach der Operation eingeklemmter Brüche kommt es doch noch leicht an solchen Stellen zur Nekrose die makroskopisch kaum eine Veränderung aufwies. Daher stand die Dorpater Schule so, dass zuerst die Einklemmung gehoben und die Bruchpforte offen gelassen werden muss. Auch Schwenninger hat darauf hingewiesen, dass die Kuppe der inkarzerierten Schlinge der am ehesten zur Perforation neigende Teil ist

Dr. Bornhaupt. Die Perforationen nach Darmeinklemmung treten nicht nur an der Kuppe der Schlinge ein. Der zuführende weiter gelegene Teil des Darmes weist schon oft dunkle durch die Serosa durchscheinende Stellen auf. Diese geben eine schlechte Prognose und sollten, wenn sie nicht schnell verschwinden mit reseziert werden.

Dr. Michéllson hat es gesehen, dass trotz scheinbarer Erholung des Darmes bei der Reposition 4 Finger breit über der Einklemmung eine Perforation auftrat.

1552. Sitzung den 31. Oktober 1912.

(Offizielles Protokoll).

Anwesend 60 Mitglieder und als Gäste die Herren Dr. Girgensohn, Mende, Paterson, Waeber, Gussew und Sintenis.

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

P. 1. Dr. Berkholz demonstriert ein 10 Monate altes Kind mit Myxoedem. Es ist das dritte Kind gesunder Eltern. Die beiden ersten Kinder starben einige Monate alt. Dieses fing nach 1 Monat an sich schlecht an der Mutterbrust zu entwickeln und hatte mit 4 Monaten ein Gewicht von 3300 gr. Hals und Füße waren dick geschwollen, ebenso die Zunge wodurch Schreien und Saugen unmöglich gemacht waren. Unter Thyreojodinbehandlung und weiterer Brustnahrung nahmen bald alle Symptome ab und in 6 Monaten hat das Kind 6000 gr. zugenommen. Die damals struppigen, rötlichen Haare sind geschwunden und von der damals deutlichen Idiotie ist jetzt nichts zu merken. Eben ist das Fettpolster noch deutlich myxoedematös, doch hat sich auch dieses in den letzten Wochen unter verdoppelten Thyreojodingaben zurückgebildet. Zuerst hat das Kind täglich 0,1 Thyreojodin jetzt 0,2 erhalten.

Diskussion.

Dr. Buchholz: Die auffallend schnelle Wiederherstellung der Intelligenz im Gegensatz zu allen anderen derartigen Fällen wo nach Thyreoidin die körperlichen Schäden schneller, die geistigen aber nur

langsam und unvollkommen sich bessern, die nur mässig vergrösserte Zunge im Beginn, das Fehlen des grossen Bauches und der Nabelhernie durch die Muskelschwäche, lassen auf eine nur leichte Erkrankung schliessen. Den Umstand, dass die Myxidiotie nicht immer gleich nach der Geburt deutlich erscheint, führt Kocher darauf zurück, dass der Säugling bei der Geburt aus dem mütterlichen Blut Schilddrüsenensaft mitbekommt und diesen bei der Milchnahrung nur langsam verbraucht, ebenso wie nach totaler Schilddrüsenexstirpation die Kachexie bei Ernährung mit Milch sich nur sehr allmählich einstellt. Dieses wäre bei der Ernährung auch zu berücksichtigen. Bei zu schnellem und starken Längenwachstum hat man gelegentlich Verbiegungen der Unterschenkelknochen beobachtet, worauf bei starker Steigerung der Thyreojodindosis zu achten wäre. — (Autoreferat).

Dr. Werner fragt ob es sich hier um eine Erkrankung der Schilddrüse oder um einen Mangel derselben gehandelt hat.

Dr. Berkholz: Hier lag sicher ein Mangel der Drüse von Geburt an vor, denn sonst hätten die Erscheinungen nicht so früh auftreten können.

Dr. Stender: Leider führt die Thyreojodinbehandlung in vielen Fällen nicht zum Ziel, denn mit Aussetzen des Mittels, treten die Erscheinungen wieder auf. Daher ist es nach dem Vorschlage Payr's versucht worden gesunde Schilddrüse ins Knochenmark oder in die Milz zu implantieren. Leider ist die Beschaffung gesunder Schilddrüsenlappen sehr schwer.

Dr. Berkholz: Die Operation gilt als ultimum refugium, wenn die Thyreojodintabletten ihre Wirkung versagen. Auch Fütterung mit reiner Hammeldrüse erzielt gute Wirkung.

P. 2. Dr. Sarfels: Demonstration. Sehnen transplantation bei spastischem Hohlfluss. Der Hohlfluss entsteht gewöhnlich bei schlaffer Lähmung durch Schwäche des trizeps surae, wobei der Kalkaneus nach unten sinkt und der Vorderfuss durch die langen Zehenbeuger, die jetzt allein Plantarflexoren sind, an den Boden herangezogen wird. Beim spastischen Spitzfuss besteht ohnehin gleichzeitig ein Hohlfluss; nach Achillotomie wird dieser gesteigert weil im ersten Fall eine Schwächung des Trizeps surae gegenüber den Zehenbeugern zu Stande kommt, ja es kann der Spitzfuss allein durch Tätigkeit der Zehenflexoren, bei gesenkter Ferse, wieder entstehen, wie im vorliegenden Fall. Das Leiden des jetzt 17-jährigen Pat. wurde vor 7 Jahren bemerkt, ist aber augenscheinlich angeboren; auch Hinweise auf Heredität sind vorhanden. Im Vordergrund steht die Spitzstellung der Füße, die durch starke Kontraktur der Zehenbeuger herbeigeführt ist. Die Hände sind unbeholfen, sollen sich aber im Gegensatz zu den Füßen im Laufe der Jahre gebessert haben ebenso wie die noch jetzt deutliche Sprachstörung. Am 16. Juli 1912 wurde der rechte Fuss, welcher der schlimmere war, nach präparatorischer Gipsbehandlung in der Weise operiert, das beide langen Zehenflexoren durch das lig. interossum schräg-abwärts nach vorn durchgezogen und an die Zehenstrecker angenäht wurden. Jetzt ist dieser Fuss der bessere geworden; der Hohlfluss ist fast beseitigt, der Fuss tritt gut mit voller Sohle auf und wird beim Gehen leicht abgewickelt, während der linke (nicht operierte) noch spitz steht und äusserst unbeholfen ist. Die Tenotomie der Achillessehne stiftet bei der üblichen Indikationsstellung oft mehr Schaden als Nutzen. Namentlich bei einseitigem Spitzfuss ist zu bedenken, dass ein sicherer Zehengang besser ist als ein unsicherer Sohlengang. Oft ist die Achillotomie ein Eingriff an falscher Stelle, wenn nämlich der Spitzfuss vorwiegend durch

Kontraktur der Zehenbeuger bedingt ist. Aber auch in anderen Fällen sollte man im Auge behalten, dass die Tenotomie immer eine Schwächung des betr. Muskel verursacht und darum, wenn möglich, durch ein Verfahren ersetzt werden soll, das die Summe der vorhandenen aktiven Kräfte nicht herabsetzt, z. B. die Sehnenüberpflanzung. Ähnliches gilt vom angeborenen Klumpfuß, bei welchem gleichfalls die Tenotomie zu viel angewandt wird. Ich komme bei kleinen Kindern immer ohne sie aus, ja ich kann ohne Tenotomie leichter und vollkommener redressieren. Bei grösseren Kindern und Erwachsenen ist sie leider oft nicht zu umgehen. (Autoreferat).

D i s k u s s i o n

Dr. Thilo ist nach langjährigen Erfahrungen zu der Ueberzeugung gekommen, dass die Tenotomien viel zu selten gemacht werden. Die Achillessehne mit der gleichzeitig auch der Flexor hallucis longus durchschnitten werden muss heilt schnell zusammen und die auf der äusseren oder inneren Kante stehenden Füsse können leicht gerade gerichtet werden. Der sehr starke Muskel wird wenig geschwächt und der Eingriff ist ein kleiner, während die Sehnentransplantation ein grosser Eingriff ist. Beide Operationen verlangen eine sachgemässe lange Nachbehandlung. Die schlechten Resultate nach Tenotomien sind oft dadurch zu erklären, dass in grossen Krankenhäusern das übergrosse Material nicht in der Behandlung der Aerzte bleibt, sondern bald in die Hände der Schuster gelangt und dort durch schlechte Stiefel die Erfolge der Operation eingebüsst werden.

Dr. Idelson ist nach neurologischer Prüfung des eben vorgestellten Patienten zur Ansicht gelangt, dass es sich hier um einen seltenen Fall von Friedreichscher Tabes handelt. Der zerebral ataktische Gang, das schon äusserlich sichtbar stark entwickelte Kleinhirn und das Fehlen der Patellarreflexe stützten die Diagnose.

Sarfels will die Tenotomie nicht ganz verwerfen, sondern nur seltener anwenden. Die bei Kindern noch nicht so ausgesprochenen sekundären Erscheinungen ermöglichen auch ohne Tenotomie eine Korrektur. Beim Erwachsenen liegen die Verhältnisse anders.

Dr. Thilo hat seine Erfahrungen auch hauptsächlich an Kindern gemacht.

P. 3. Dr. G. Weidenbaum: Zur Gonorrhoe-prophylaxe am Neugeborenen (Der Vortrag erscheint in der P. M. Z.).

Dr. Becker hat gefunden, dass selbst 1% Lapislösung stark reizen könne daher braucht er nur die 20% Protargollösung die sich lange hält und garnicht reizt. Die Tabletten sind bequem, doch könne selbst das Salpeter mit Lapis zusammen vielleicht reizen.

Dr. Hach hat mit den von Dr. Hellendahl angegeben in Ampullen zu beziehenden Lösungen von Argent. acet. gute Resultate ohne Reizungen gehabt. Es lässt sich nicht stärker als 1% herstellen, wird also beim Verdunsten des Wassers nicht stärker.

Dr. M. Eliasberg: Es gibt zwei Formen eitriger Katarthe bei Neugeborenen, die beide ohne eine Schädigung der Hornhaut verlaufen. Eine bei älteren Kindern einsetzende Blenorrhoe ist meist viel bösartiger.

Dr. Voss hat oft durch Anwendung der Arg. nitr. Lösungen auch in seiner Praxis Reizungen erlebt. Er glaubt, dass diese durch Zersetzung der Lösung zu erklären seien und dass durch die Einführung der Tabletten, die jederzeit eine frische Lösung herzustellen gestatten, solche Nebenwirkungen aufhören werden.

Dr. Weidenbaum: Dr. Hellendahl hat Arg. nitr. Lösungen in Ampullen herstellen lassen, doch zeretzen sich diese auch im luftleeren dunklen Raume. Es kam hier nur darauf an den Hebammen ein sicheres, billiges und handliches Mittel in die Hand zu geben. Hier in Riga lässt sich der Lapis auch klar mit Leitungswasser herstellen. In Kliniken können natürlich auch Protargol und Arg. Acet.-Lösungen richtig hergestellt werden.

1553. Sitzung den 7. November 1912.

Anwesend 72 Mitglieder und als Gäste die Dr. Dr. Hellmann, Bornhaupt, Waeber, Girgensohn, Gussew, Fleisch, Paterson.

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

P. I. Dr. Girgensohn. Dünndarmperforation, Demonstration.

M. H. In Anschluss an den von Dr. Michelson demonstrierten Fall von Dünndarmperforation nach Hernien-inkarzeration, möchte ich Ihnen über einen Fall von Dünndarmperforation referieren, der wohl zu den grössten Seltenheiten gehört. Nämlich einen Fall von Spontanperforation des Dünndarmes. Pat. Peter Ohsoling 29 Jahre alter Fischer wird am 1. November 1911 ins Diakonissenhaus zu Riga eingeliefert. Er gibt an, am 30. Okt. abends plötzlich mit sehr heftigen Bauchschmerzen und Erbrechen erkrankt zu sein. Der Status ergibt sehr beschleunigten Puls. Livide Verfärbung der Haut und der sichtbaren Schleimhäute. Abdomen gleichmässig aufgetrieben, sehr druckempfindlich. Da die Angehörigen des Pat. sehr zur Operation drängen, wird der an und für sich desolaten Fall operiert. Operation unter Aethernarkose. Schnitt vom proz. Xiphoid. bis zur Symphyse. Das ganze Abdomen ist mit gelblichem Eiter angefüllt. Das Peritoneum ist durchweg mit fibrinösen Belägen versehen. Nach längerem Suchen findet man im kleinen Becken eine perforierte Dünndarmschlinge. Es befindet sich in der Dünndarmwand ein kleines von der Schleimhaut ausgehendes ulkus. Dicht neben demselben befindet sich auf der Schleimhaut noch ein kleines nicht perforiertes ulkus. Sonst keine ulzera im Dünndarm nachweisbar. Pat. ist 10 Minuten nach der Operation gestorben. Die patholog. Anatom. Untersuchung ergab kleinzellige Infiltration in der Umgebung der ulzera. Die bakteriolog. Untersuchung des Eiters ergab die verschiedensten Mikroorganismen besonders Bakt. coli. Es sind in der Literatur genügend Fälle von Dünndarmperforation bekannt. Die Aethiologie dieser Fälle ist abgesehen von den Fällen, die durch Trauma entstehen, entweder auf Typhus, auf Inkarzeration, oder darauf zurückzuführen, dass aus irgend einem Grunde eine Gastro-entero mit Braunscher Anastomose angelegt werden musste. Ein Fall von Dünndarmperforation der mit Ausschluss dieser Ursachen entstanden ist, ist mir nicht bekannt. Für den Dickdarm sind diesem analoge Fälle in recht grosser Zahl beschrieben worden. Quenn und Daval haben 27 solcher Fälle gesammelt und beschrieben, ferner ist einer von Gobiet in der Wiener kl. Wochenschr. 1910 S. 1316 beschrieben worden und einer von Zickler. Beiträge z. kl. Chirurg 1910. Diese Ulzera, die mit dem Namen Ulkus simplex des Dickdarmes bezeichnet werden, sind dem Ulkus in meinem Falle scheinbar analog. Sie erinnern an das Ulkus rotundum des Magens, haben trichterförmige Gestalt und können von verschiedener Grösse sein. Sie verlaufen häufig bis zur Perfo-

ration ganz symptomlos. Die Aethiologie dieser Fälle scheint wohl ganz unklar zu sein. Es ist aber kasuistisch wohl von Interesse, zu wissen, dass eben solche Ulzera doch auch im Dünndarm auftreten können, also nicht an gewisse Eigentümlichkeiten der Dickdarmwand oder der Beschaffenheit der Fäzes im Dickdarm gebunden sind.

(Autoreferat).

Diskussion.

Dr. Schabert: Ulzera des Dünndarmes sind sehr selten. Er hat im Jahre 1892 bei einer Sektion einen solchen Fall gesehen. Es fand sich bei einem 23 Jahre alten Menschen ein schrotkorngrosses solitäres Ulkus etwa auf der Hälfte des Jejunum. Mikroskopisch fanden sich nur geringe Entzündungserscheinungen aber keine äthiologische Aufklärung.

Dr. Bornhaupt fragt, ob nicht bei Sektionen dazwischen ebensolche Ulzera wie im Magen und Duodenum auch im Dünndarm gefunden werden.

Dr. Schabert hat nur den einen erwähnten Fall als zufälligen Nebenfund gesehen, sonst ist ihm nie ein derartiges Ulkus begegnet.

P. II. Dr. Fleisch: Demonstration des Herzens von einem Falle mit angeborener Stenose des Conus arteriosus ventriculi dextri.

Nach einigen kurzen Bemerkungen über die Häufigkeit, Aethiologie und Lebensdauer ähnlicher angeborener Herzfehler wurde über einen eigenen Fall berichtet, der in der inneren Abteilung des I. Rigaschen Krankenhauses eine kurze Zeit beobachtet und als solcher durch die Sektion sichergestellt werden konnte. Es handelte sich um einen 22-jährigen Lehrer, der schon als Kind öfters seine Mutter über sein Herzleiden erzählen hörte. Im 14. Lebensjahre fühlte er zum ersten Male mit der aufgelegten Hand ein Schwirren vorne auf der Brust. Bis vor 5 Jahren nie Atemnot, Herzklopfen oder Oedeme. P. ist jetzt seit 4 Monaten bettlägerig wegen einer fieberhaften Erkrankung, während dieser Zeit vorübergehende Schwellung der Beine. Der Pat. der mit den Erscheinungen immer zunehmender Herzschwäche ins Krankenhaus aufgenommen wurde, bot keine Zeichen schwerer Herzdekompensation, wie man es bei Klappenfehlern in extremis zu sehen pflegt; nur ganz geringes Knöchel- und Fussoedeme; keine auffallende Zyanose, nur leichte livide Verfärbung der Lippen; mässige Dyspnoe. Nebenbei bemerkt waren auch keine Trommelschlegelfinger an ihm zu beobachten. Der Herzbefund war folgender: Sichtbare Pulsation in 2. I. Interkostalräume. Dasselbst fühlbares systolisches Schwirren. Kein Herzstoss, nur eine diffuse Herzschrütterung fühlbar. Der grosse Herzdurchmesser etwa 16 cm, eine mässige Verbreiterung der Herzdämpfung nach rechts und links. Am Steralrande des 2. I. Interkostalraumes ein lautes, scharfes systolisches Geräusch, was auch über allen Ostien aber bedeutend schwächer zu hören war; über den Karotiden war das Geräusch nicht zu hören. An der Spitze zwei sehr leise Töne; der II. Pulmontalton war nicht hörbar. Herztätigkeit regelmässig. Die übrigen Organe und speziell die Lungen boten nichts Bemerkenswertes. Es bestand eine leichte Nephritis. Pat. starb ungefähr zwei Tage nach seiner Aufnahme. Nur sub finem Vitae stellte sich stärkere Zyanose ein. Die Sektion hat folgendes geboten: Die Lungen haben keine Zeichen von frischer oder ausgeheilter Tuberkulose gezeigt; es bestand eine mässig ausgesprochene Stauungsleber sonst war an den inneren Organen nichts Bemerkenswertes. Der Klappenapparat des ganzen Herzens vollständig intakt; auch die Pulmonalklappen weder verwachsen noch verkürzt. Das ostium pulmonale

enger als normal. Arteria pulmonalis zart. Keine auffallende Dilatation der Ventrikel auch nicht des rechten. Die Wand des rechten Ventrikels stark hypertrophisch: bedeutend dicker als die des linken. Der Konus der Arteria pulmonalis an seinem Uebergange in den rechten Ventrikel zu einem schmalen, länglich ovalen Spalt verengt, der kaum für den kleinen Finger durchgängig war; kein Septumdefekt, kein offenes Foramen ovale. Unterhalb der Pulmonalklappen der Muskelwand des rechten Ventrikels aufsitzend befanden sich verruköse Auflagerungen, die eigentlich den Tod des Pat., der an der 4 Monate lang dauernden Endokarditis verrukosa gestorben ist, erklärten. (Autoreferat).

P. III. Dr. Schabert: a) Ein Fall von Aneurysma Aortae abdominalis. Die Seltenheit dieser Fälle, (auf 6000 Sektionen 1 Fall) die Spärlichkeit der Publikationen (13 Fälle bis zum Jahre 1902 in der deutschen Literatur, Philipp Diss.) und die Schwierigkeit der Diagnose rechtfertigen noch immer den einzelnen kasuistischen Beitrag. Ein Mann von 64 Jahren, der 8 — 10 Tage ununterbrochen Schmerzen im Hypogastrium verspürt hat, die ins Epigastrium und in den Rücken ausstrahlen, bricht auf der Strasse, überwältigt von Schmerz, zusammen und wird in desolatem Zustande von der Polizei ins Krankenhaus eingeliefert. Ausser Schmerzen besteht starker Brechreiz und heftige Verstopfung, die seit Tagen, trotz starker Abführmittel, nicht gewichen sein soll. Patient ist sehr blass und gibt an seit mehreren Jahren blutende Hämorrhoiden zu haben. — Das normal geformte Abdomen zeigt im Epigastrium eine lebhaft springende Aorta und in Nabelhöhe eine sehr deutliche, umfängliche, quergestellte, sehr durchempfindliche Resistenz, die sich deutlich nach oben in die Aorta fortsetzt. Es besteht kein Zweifel, dass die Resistenz eine dilatierte, aneurysmatische Bauchaorta ist, nur die Annahme der Perforation lässt sich mit Bestimmtheit nicht beweisen, denn das wichtigste Zeichen der inneren Blutung, die Anämie konnte hier auch durch die seit Jahren bestehenden hämorrhoidalen Blutungen erklärt werden. — Eine Blutuntersuchung ergab, 3 mal kontrolliert, über 5 Millionen roter Blutkörperchen, 9000 weisse, aber nur 35% Hämoglobin. Der eigentümliche Blutbefund, resp. die Blässe, konnte daher nicht durch eine akute Anämie durch Ruptur des Aneurysmas, noch durch eine chronische Anämie durch Blutung der Hämorrhoiden erklärt werden, sondern wies auf eine toxische Noxe hin, die wesentlich Hämoglobin zerstörend sein musste. In diesem Sinn musste in erster Linie an ein okkultes Magenkarzinom gedacht werden. Patient lebte noch drei Tage im Krankenhause unter beständigen, lebhaften Schmerzen im Abdomen und starb unter Zeichen von Herzschwäche. Die Organe des Thorax hatten keine abweichenden Befunde ergeben, der Blutdruck war erhöht, im Harn Albuminspuren, nach einem Probefrühstück war Gesamtazidität = 5, Salzsäure = 0, Milchsäure = 0, Stuhl erst in der Agonie zu erhalten, gelb von breiiger Konsistenz. Kein Erbrechen. Die Differenzialdiagnose hatte zu erwägen: ein rupturiertes Aneurysma der Aorta und ein okkultes Magenkarzinom oder ein perforiertes Magenkarzinom mit aneurysmatischer Aorta. Selbstverständlich konnte auch beides der Fall sein. Die Sektion ergab ein Aneurysma der Aorta abdominalis, das zwischen der Arteria renalis und ihrer Teilung seinen Sitz hatte, spindelförmig war und nach vorne zu in das retroperitoneale Zellgewebe durchgebrochen war. Die Wand des Aneurysmas entssprach einem schweren, arteriosklerotischen Prozess. Ausserdem fand sich ein ziemlich umfängliches, weiches Karzinom an der grossen Kurvatur. In der Bauchhöhle 1000 kzm. blutig gefärbter Flüssigkeit (nicht reines Blut) mit

Blutgerinseln. Allgemeine Arteriosklerose, das Herz hypertropisch, linker Ventrikel 2.0, rechter 77 (Jctus, klinisch im 5. I. C. R. intramammilär).

Dr. Schabert b) Die Röntgenuntersuchung des Herzens.

Einleitend hebt der Vortragende hervor, dass die Perkussion als grenzbestimmende Methode des Herzens nicht die genügende klinische Sicherheit biete, die für alle Fälle ausreichend sei. Als Konkurrenzmethode der Perkussion, inkl. der Schwellenwert — Perkussion sei die röntgenologische Herzgrenzenbestimmung, die Methode der Wahl und daher der Zukunft, zu der die prakt. Aerzte Stellung zu nehmen haben. Zunächst komme es darauf an, die Methode für die Praxis leicht zugänglich zu machen. Die Photographie sei immerhin ein umständliches Verfahren, während die Durchleuchtung schnell durchzuführen sei, ein genügend zuverlässiges Resultat ergebe und oft die Photographie an Sicherheit der Grenzbestimmung übertreffe, was erfreulicher Weise auch von röntgenologischer Seite zugegeben werde, so von Albert Schönberg und Holzknicht, der die Durchleuchtung als die „ergiebigere“ von beiden Methoden bezeichnet. Darauf demonstriert der Vortragende eine ganze Reihe von Diapositiven. Was die Technik anbelangt, so hat Vortragender sich bei der Durchleuchtung von folgenden Ueberlegungen leiten lassen. Zunächst sei es wichtig, die neben der Vergrößerung sich geltend machende Verzerrung der Herzsilhouette bei der Zentralprojektion möglichst auszuschalten. Das sei bei einer geometrisch ganz unregelmässigen Fläche, wie die Herzform sie im Schatten zeige nur in einem Durchmesser möglich und zwar wird man hier den transversalen Durchmesser wählen, als den eigentlichen Masstab der wahren Herzgrösse. Die Verzerrung werde aufgehoben indem man die Antikathode genau auf die Mitte des transversalen Herzdurchmessers einstelle, also da das Herz mehr nach links liege, links von der Wirbelsäule. Die Kontrolle der richtigen Einstellung werde durch eine entsprechende Blende gemacht. Durchschnittlich durch eine 5 cm. Blende. Will man zweitens die Vergrößerung korrigieren, dann ist eine ortodiagraphisch wirkende Ventrikelblende von durchschnittlich 1 cm. Breite zu wählen, in deren Leuchfläche rechter und linker Herzrand eingestellt werden. Bei der Durchführung dieser Technik hat sich ihm das Beclere Stativ besser bewährt als der Seyffertsche Stuhl, da ersteres viel leichter die Bewegung der Röhre gestatte. Der Vortragende paust mit Oelfarben direkt auf das Bleiglas des Leuchtschirmes und nimmt von den Oelfarbenpunkten dann einen Abklatsch indem ein Papierbogen draufgelegt und angedrückt wird. Die Oelfarbe hat Bundstiften gegenüber den Vorzug, dass sie auf dem Leuchtschirm sehr intensiven Schatten gibt. — Der direkte Einfluss der röntgenologischen Herzuntersuchung auf Diagnose und Prognose macht sich nach den Erfahrungen des Vortragenden an über 500 Durchleuchtungen in folgenden Fällen bemerkbar: 1) Die konstitutionelle Herzschwäche wird repräsentiert durch das Tropfenherz, dessen Verhältnis zum Diaphragma besonders bemerkenswert ist. 2) Das Herz des Emphysematikers obgl. anatomisch vergrössert, zeigt eine ähnliche Tropfenform, die nur durch eine Drehung erklärt werden kann. Bei ihm sieht man daher auch häufig das Pulsieren des rechten oberen Bogens. 3) In Fällen von Hypertension findet man neben normalen Herzen, sehr häufig eine erweiterte Aorta. 4) Bei den anginösen Beschwerden Jugendlicher, findet sich häufig eine Erweiterung der Aorta, die in jedem Falle Luesverdächtig ist. 5) Umgekehrt zeigen alte Menschen häufig eine stark erweiterte Aorta von überraschenden

Dimensionen, ohne je Beschwerden gehabt zu haben. 6) Das wahre Aneurysma der Aorta zeichnet sich durch Scharfrandigkeit aus, weil es nur wenig pulsiert; im Gegensatz zur Dilatatio Aortae diffusa, die nicht scharfrandig ist. 7) Die Mitralfehler haben häufig, nicht immer, eine charakteristische Form. Die von Grödel angegebene Form (Kugelherz) von Mitralinsuffizienz hat der Vortragende nur selten gesehen. Die meisten Mitralfehler, sowohl Stenose wie Insuffizienz, so wie Kombination beider zeigen ein Herz, dessen Charakter durch Vergrößerung des zweiten linken Bogens gegeben ist. Die Prognose der Mitralfehler hat sich sehr zu richten nach der Vergrößerung des Herzens, deren exakte Feststellung daher von allergrösstem Wert ist. 8) Die Diagnose der Aortenfehler erfährt eine wesentliche Förderung durch das Röntgenverfahren; die beiden Typen der Aortafehler sind leicht zu unterscheiden. Das rheumatische vitium mit der schlanken und das luetische vitium mit der erweiterten Aorta. Die Abhängigkeit der Prognose von der Grösse des Herzens gilt auch hier. 9) Bei Herzmuskelinsuffizienz zeigt sich eine Verbreiterung nach beiden Seiten ohne besondere Entwicklung irgend eines Bogens. 10) Die Vergrößerung des Herzens nach tachykardischen Anfällen ist minimal. 11) Das Herz der Nephritiker hat sehr verschiedene Grösse. Starke Wölbung des linken dritten Bogens deuten auf Hypertrophie hin, Vergrößerung auf Dilatationen. In einigen Fällen von fraglichem Amyloid war die genaue Kenntniss der Herzgrösse von grossem diagnostischem Wert. 12) Das Herz bei perniziöser Anämie schwankt von normaler Grösse bis zur exzessiven Dilatation. Die Herzgrösse beeinflusst die Prognose. 13) Schliesslich wird man immer wieder bei der Durchleuchtung des Herzens, auch wenn gar keine Zeichen einer Herzerkrankung vorliegen, Entdeckungen machen oder Irrtümer ausschliessen, die wir nur allein dem Röntgenbild verdanken. (Autorefferat).

Die Diskussion wird auf die nächste Sitzung verschoben.

1554 Sitzung 21. November 1912.

Anwesend 65 Mitglieder und als Gäste die Dr. Dr. Mende, Seldow, Erasmus, Mazkeit, Fleisch und Wagner (Talsen).

Vorsitzender Dr. O. Stender.

Schriftführer Dr. Kröger.

P. I. Diskussion zum Vortrage Dr. Schabert: Die Röntgenuntersuchung des Herzens mit Demonstrationen.

a) Dr. Hampeln will aus dem reichen von Sch. besprochenen Thema nur 4 ihm besonders interessierende Punkte herausgreifen.

1) Die Mitralforn des linken Schattenrandes. Sie sei röntgenologisch natürlich von Interesse, klinisch-diagnostisch aber belanglos, da die Diagnose eines Mitralfehlers, insbesondere einer Mitrilstenose durch die gewöhnlichen klin. Untersuchungsmethoden völlig gesichert sei. Die röntgenol. Mitralforn schein ihm dazu nicht von absolut pathognostischer Bedeutung zu sein, d. h. sie könne vorhanden sein, ohne dass ein Mitralfehler, vorliegt und fehlen, obschon ein Mitralfehler, besonders die reine Stenose, vorliegt. Auf Fälle leichterer Art, habe er, H., besonders hingewiesen. In dem Wesen der reinen Stenose liege es, dass sie eventuell überhaupt kein Zirkulationshindernis bilden könnte. Alsdann würde auch das Röntgenbild völlig normal sein können, wie anscheinend in seinem veröffentlichten Fall.

Und zwar beobachtet man das nicht blos im Frühstadium eines Mitralfehlers sondern auch in mutmässig älteren Fällen.

2) In Bezug auf die von Schabert bei Personen mit hohem Blutdruck (mit Hinweis auf meine Arbeit) Röntg. oft konstatierte Aortendilatation, die Schabert als Hauptbedingung des erhöhten Druckes im Gegensatz zu H. hinstellt, ist zu bemerken, dass dieser von Sch. angenommene Zusammenhang sehr unwahrscheinlich sei. Eine Aortendilatation bewirke wohl, wie jedes zirkulatorische Hindernis rückwärts, zentralwärts Stauung, Blutdrucksteigerung und Herzhypertrophie aber nicht vorwärts peripherwärts. In diesem Fall sei die geforderte Blutdrucksteigerung eine zentrale, ventriculäre. Der zentral erhöhte Blutdruck würde aber in der Aorta verbraucht und könne an der Peripherie nicht mehr vorliegen. Da muss es andere Gründe geben, das sind die peripheren, erfahrungsgemäss am häufigsten bei Niereninduration auftretenden Hindernisse. In den Schabertschen Fällen handelt es sich darum entweder um ein Nebeneinander von hohem Blutdruck und Aortendilatation, oder, falls ein Kausalzusammenhang zwischen beiden besteht: die Aortendilatation ist Folge der andersbedingten Blutdruckerhöhung, aber unmöglich ihre Ursache.

3) Die Bestimmung der unteren Grenze hält H. für wünschenswert und möglich und zwar gerade auf perkutorischem Wege. Hier sei die Perkussion, die brauchbare Resultate gerade an dieser Stelle gibt, dem R.-Verfahren überlegen.

4) und endlich erscheint H. in jedem Fall auch die Bestimmung der Höhenlage des unteren Herzrandes und der Herzspitze und des Diaphragmas unerlässlich. Die könne aber exakt nur bestimmt werden, wenn man sich, wie er bewiesen zu haben glaubt, der Rippenwinkelspitze oder der durch sie gezogenen Horizontalen als Richtpunktes oder Richtlinie bedient, aber nicht des dazu ganz unbrauchbaren Rippenstandes.. (Autoreferat)

b) Dr. von Sengbusch: M. H. Ich will nicht über den wissenschaftlichen resp. diagnostischen Teil des Vortrages von Dr. Sch. sprechen, derselbe hat viel Interessantes gebracht und wieder bestätigt, das die klinischen Untersuchungsmethoden an der Untersuchung mit Röntgenstrahlen eine sehr gute Kontrolle und Unterstützung gefunden haben. Auf einen Punkt möchte ich dabei nur hinweisen, wo eine Fehlerquelle in einigen Fällen liegen kann. Dr. Schabert sprach von oft gefundener Vergrösserung des Aortenschattens bei dicken Frauen, es kommt da sehr leicht zu Verzeichnungen des Schattenbildes, da der Leuchtschirm resp. die Platte der Brustwand wegen des dicken Bauches und der vorstehenden Mammæ nicht exakt angelegt werden kann. Ich möchte aber in der Hauptsache einige Worte über die uns gezeigten Röntgenbilder sagen, bei der Projektion machten sie gegenüber den sich scharf und klar abhebenden Herzsilhouetten auf jeden Kenner entschieden einen unvorteilhaften Eindruck, d. h. sie erschienen als recht mangelhafte Aufnahmen — nun meine H. einige Platten sind auch entschieden wenig Wert gewesen, nicht eine jede Aufnahme, namentlich im Krankenhause, gelingt gut und bei der Menge der Aufnahmen begnüge ich mich im Krankenkautsbetriebe schon aus ökonomischen Gründen oft mit weniger guten Aufnahmen, andererseits sind Pat. darunter, die schwer krank, namentlich kurzatmig sind, wo man auch zufrieden ist mit einer weniger gut gelungenen Platte — aber es hängt doch sehr viel von der Uebertragung der Originalplatte auf das Diapositiv ab und da muss ich sagen, dass die Verkleinerung fast aller Platten technisch nicht als gelungen zu bezeichnen ist. Das Herstellen von

Diapositiven ist auch eine Kunst, die viel Uebung erfordert. Zur Demonstration ist es ja sehr schön, mehrere wie in diesem Falle bis 4 Originalplatten auf eine zu vereinigen, es kann aber nur unter sehr günstigen Bedingungen, die schwer zu erfüllen sind einermassen gut auskommen, es müssen erstens alle Platten gleich dicht sein, gleich gut durchgearbeitet, die gleichen Kontraste geben — solcher Platten gab es unter diesen leider nicht; man sah ferner eine starke Verschleierung aller Diapositive, das liegt daran, dass sie bei Tageslicht gegen das Fenster gearbeitet sind, das Licht, das neben den Originalplatten auf die Diapositivplatte trifft verschleiert natürlich das Bild — es muss auch bei dieser Art der Verkleinerung zur Verzeichnung der Originalplatten kommen, da der Mittelpunkt der Originalplatte nicht mit dem der Diapositivplatte zusammenfällt. Ein gutes Diapositiv kann nur entstehen bei Vermeidung dieser Fehler. Es muss verlangt werden: Exakte Zentraleinstellung und alleinige diffuse Beleuchtung der Originalplatte unter Ausschluss alles Nebenlichtes. — Was die Platte anbetrifft, auf der das Herz so gut wie nicht sichtbar ist, ist natürlich die Qualität der Röhre nicht richtig gewählt für eine Herzaufnahme, das Bild stammt aber auch garrnicht von einer Herzuntersuchung, wenn ich z. B. die Brustwirbel aufnehmen soll, muss ich eben eine Röhre nehmen, die mir den störenden Aorten- und Herzschaten möglichst weglichtet, im anderen Falle bei einer Herzaufnahme brauche ich wieder nicht die Details der Wirbel und Rippen. (Demonstration einer Platte.) Das ideale Verfahren für genaue Herzmessung bleibt m. A. nach die Fernaufnahme in $1\frac{1}{2}$ — 2 Met., die ich in meinem Privatkabinet auch in vielen Fällen anwende. Schwierigkeiten macht dieselbe, durchaus notwendig sind 2 untereinander eingearbeitete Personen — besonders Wahl der Röhre, Einstellen, Fixieren, Aufpassen auf Inspiration — Anhalten des Atmens und Exposition müssen genau kontrolliert und reguliert werden. Schlimm ist ferner, dass die Expositionszeit im Quadrat der Entfernung der Röhre von der Platte zunimmt, brauche ich bei $\frac{1}{2}$ Met. $1\frac{1}{2}$ Sek., so bei 1 Met. 3 Sek., bei 2 Met. aber 9 Sek. — Ein Durchleuchten bei dieser Entfernung und Aufzeichnen der Schattengrenzen geht nicht an, da das Auge nicht empfindlich genug, oder aber die Röhren zu lange in Funktion bleiben müssten, da sie maximal zu belasten ist. Ich zeige Ihnen einige Fernaufnahmen, bei denen es auf die Herzsilhouette, nicht aber Lungenzeichnung und Knochenstruktur ankommt. (Autoreferat)

c) Dr. Hirschberg: Dass bei Durchleuchtungen die Herzbögen besser als auf den Photographien zu sehen sind kann nur auf der Mangelhaftigkeit und geringer Intensität der früheren Apparate bei den Aufnahmen beruhen. Es muss also die Methode der Aufnahme noch weiter ausgearbeitet werden. Ein Bild in $\frac{1}{10}$ Sek. mit kleiner Blende und 2 Meter Distanz aufgenommen braucht keine Korrektur. Bei Aortenbildern und Verdacht auf Aneurysmen ist es vorteilhaft den Patienten mit dem Rücken an die Platte zu stellen. Wichtig zur Beurteilung der Differentialdiagnose sind auch Seitenaufnahmen in den schrägen Durchmessern. Mit Bleifarben die Punkte auf den Schirm zu markieren, habe ich zuerst vorgeschlagen.

d) Dr. Schabert (Schlusswort) Das Plattenverfahren ist gewiss exakter als die Durchleuchtung, doch auch nicht frei von subjektiver Auffassung. Wenn die Platten nicht sehr gut gelungen sind, so geben sie den Deutungen einen weiten Spielraum. Grödel zeichnet die Bögen übertrieben, um dem Beschauer sein Bild möglichst deutlich einzuprägen. In etwa 50% seiner Fälle hat Vortragender bei Hypertension eine erweiterte Aorta gefunden.

P. II. Dr. von Engelmann demonstriert die Prostata eines, an Myokarditis und Emphysem in der inneren Abteilung des Krankenhauses, verstorben, 72 jährigen Mannes, bei dem er za. 10 Monate vor seinem Tode die *Bottinische Operation* wegen hochgradiger Prostatahypertrophie mit kompletter Harnretention, ausgeführt hatte. Der Heilerfolg der Operation war ein vollkommener gewesen. Der Patient hat bis zu seinem Tode keinerlei Harnbeschwerden mehr gehabt. Die Harnentleerung war eine vollkommene und leichte, der Harn völlig klar. Der Exitus stand in keinem Zusammenhang mit der Prostatahypertrophie. Das Präparat bietet ein instruktives Bild der durch die *Bottinische Operation* bewirkten anatomischen Veränderungen an der Drüse. Man sieht, dass der Mittellappen durch den mittleren Schnitt vollständig gespalten ist und durch diesen, sowie die beiden seitlichen Schnitte sind tiefe, bis zum Kollikulum seminalis reichende, völlig glatt benarbte Furchen entstanden, die einen breiten Kanal geschaffen haben durch den die Behinderung des Urinabflusses völlig beseitigt worden war.

2) Demonstration der prostata eines an Uraemie verstorbenen und nicht operierten Prostatikers. Interessant ist das Präparat dadurch, dass der gestielte Mittellappen bei der Zystoskopie ein Konkrement vortäuschte und dass er sich bei der Sektion als tunneliert erwies. Der Stiel war von einem vollständig vernarbten Gang durchbohrt, durch den der Katheterismus offenbar sehr lange Zeit erfolgt war. Patient hat sich lange katheterisieren müssen. (Autoreferat)

Dr. E. Mey. Klinisches und Anatomisches aus der Scharlachpathologie.

Vortragender berichtet über den Verlauf eines Krankheitsfalles, den er an einem schweren Scharlachkranken beobachtet hat. Ein 19 jähriges, vorher vollkommen gesundes Mädchen bot bei seiner Aufnahme in das I Stadtkrankenhaus alle Zeichen einer septischen Erkrankung dar, die mit Scharlach aetiologisch in Verbindung gebracht werden musste. Am 15-ten Krankheitstage stellten sich plötzlich Paresen an beiden Unterextremitäten ein, Harnverhaltung, Meteorismus, Hochstand des Zwerchfells, beschleunigte Atmung. Gleichzeitig liess sich ein rechtseitiges Pleuraempyem (R. H. U) nachweisen. Es wurde eine akute infektiöse Myelitis angenommen oder aber eine akute spinale Meningitis, im Zusammenhang mit dem rechtsseitigen Pleuraempyem. Die Kniesehnen und Bauchdeckenreflexe waren nicht nachweisbar, dagegen aber eine auffallende Hyperaesthesia an den äusseren Hautdecken. Bei benommenem Sensorium, hohem Fieber fortbestehenden Paresen und Niedergang der Herzthätigkeit trat am 20. Krankheitstage der exitus ein.

Die Sektion deckte einen Befund auf, an dessen Möglichkeit überhaupt nicht gedacht worden war. In der Höhe des 9 und 10 Brustwirbels fand sich eine Eiterung im extraduralen Raum links, dabei keine Entzündungserscheinungen an der dura oder pia, der knöcherne Teil des Wirbelkanals erwies sich als vollkommen intakt. Da links hinter der Pleura ebenfalls eine kleine Eiterung gefunden wurde, so nahm man 2 Entstehungsursachen für die extradurale Eiterung an; entweder den Weg per contiguitatem oder aber jedes Eiterdepot hatte sich selbständig entwickelt im Sinne einer Metastase. Die mikroskopische Untersuchung des Rückenmarks hatte nur eine Kokkenansiedlung in einem kleinen Gefäss der weissen Substanz ergeben, keine Zeichen von Entzündungsherden oder Veränderungen in der Struktur des Parenchyms. Die Lähmungen mussten wohl durch Kompression erklärt werden. (Autoreferat)

Dis k u s s i o n :

1) Dr. Bertels: bezüglich des mit Kokken erfüllten Gefässes im Rückenmark ist auch er der Ansicht, dass es sich hier um einen Befund handelt, welcher keine Beziehung zu den während des Lebens beobachteten Lähmungserscheinungen besitzt. Man findet nicht selten bei der mikroskopischen Untersuchung von Organen, welche von an septischen Erkrankungen verstorbenen Personen stammen, derartige mit Kokken vollgepfropfte Kapillaren, ohne jegliche Reaktionserscheinungen in der Umgebung; es handelt sich hier offenbar darum, dass die bei den genannten Zuständen oft, wenn auch spärlich im Blute kreisenden Mikroorganismen in den ersten Stunden nach dem Tode, wo der Körper des Verstorbenen noch Bruttemperatur besitzt, zu ganzen Kolonien heranwachsen. Die während des Lebens beobachtete Lähmung möchte Redner nicht auf eine Toxinwirkung, sondern auf eine Kompression des Rückenmarks durch die extradurale Eiterung zurückgeführt wissen. Dass sich histologisch keine Veränderungen im betr. Teil des Rückenmarkes nachweisen liessen, mag darauf beruhen, dass sich in der kurzen Zeit der Kompression noch keine entwickeln konnten oder keine, die bei der allein ausgeführten Hämatoxylin-Eosin-Färbung sichtbar waren. (Autoreferat)

2) Dr. Stender weist gleichfalls auf die Möglichkeit hin, dass die Querschnittslähmungen durch Druck des Abszesses hervorgerufen sein können. Käme eine Druckwirkung nicht in Frage, so sei in zweiter Linie die Erkrankung des Rückenmarks selbst in Erwägung zu ziehen. Rein toxische Lähmungen seien mehr vorübergehender Natur. Die genaue mikroskopische Untersuchung des R. M. speziell der Ganglienzellen könne darüber Aufschluss geben, wie weit eine organische Erkrankung des R. M. in Frage käme. Abszesse des R. M. werden aus naheliegenden Gründen sehr selten diagnostiziert.

3) Dr. E. Schwarz weist auf das Verhalten des Liquors hin, der beim Meningismus unverändert, bei organischen Erkrankungen des Rückenmarks aber immer verändert sei und zwar wäre es hier durch eine Liquoruntersuchung wohl möglich gewesen Klärung zu bringen. In ähnlichen Fällen sieht man eine hochgradige Veränderung des Liquors, obgleich der Eiter extradural sitzt: der Liquor selbst ist makroskopisch klar gefunden worden, aber mikroskopisch zeigte er hochgradige Pleozytose bei geringer Phase I (Nonne). Bei Druck (Abszess) aber und Abschluss des Duralkanals nach oben sieht man hochgradige Phase I; auf diese Erscheinungen hin, wäre wohl auch hier eine genauere Diagnose möglich gewesen.

Dr. Mey (Schlusswort). Der Eiter war hier ganz locker eingebettet, so dass sich nicht entscheiden lässt ob der Druck allein für die Lähmung verantwortlich zu machen ist.

1555. Sitzung am 5. Dezember 1912.

Anwesend 69 Mitglieder und als Gäste die DDr. Gussew, Mende, Schwarz.

Vorsitzender Dr. O. Stender.

Schriftführer Dr. E. Kroeger.

P. I. Dr. Blumenbach: Über Trinkfontänen und ihre Bedeutung namentlich für Schulen.

Dr. B. betont die bisherige unhygienische Trinkweise in den Schulen, wo die Schüler nacheinander aus einem und demselben Trinkgefäß trinken müssen, und auch natürlich verschiedene Krankheiten übertragen werden können. Das System der Einzelbecher für jeden Schüler hatte sich nicht bewährt, das man einzuführen versuchte und so musste man die vom Italiener Orifice Jalort konstruierten Trinkspringbrunnen, bei dem der Trinkende direkt von einem springenden Wasserstrahl trinken kann, ohne Benutzung eines Trinkgefäßes, als einen grossen hygienischen Fortschritt bezeichnen. Vortragender weist darauf hin, dass sich diese Trinkspringbrunnen in Westeuropa namentlich in Schulen sehr bewährt hätten. Da aber den verschiedenen Konstruktionen von Trinkspringbrunnen noch gewisse hygienische Mängel anhafteten, hat Vortragender gemeinsam mit dem Ing. techn. N. Minuth in Riga eine Trinkfontäne konstruiert. Vortragender verlangt von einem gut konstruierten Trinkspringbrunnen, dass die Ausflussstelle der Trinkstrahlen, die sogenannten Düsen weder mit dem Munde, noch mit den Händen berührt werden dürfen, was bei den bisher bekannten Systemen nicht der Fall ist, bei den vom Vortragenden konstruierten aber erreicht ist. Vortragender spricht die Hoffnung aus, dass eine möglichst weite Verbreitung für diese neue Trinkart in Schulen, Fabriken, Kasernen, auf Bahnhöfen etc. gesichert werde und demonstriert zum Schluss seine Trinkfontäne, die tadellos funktioniert. (Autoreferat).

Diskussion:

Dr. Schabert hält das Zurückfallen der Tropfen auf die Düse nicht für gefährlich, da der starke Strahl doch alles fortswemmt. Es könnten mit Farbstoffen, die dem Wasser zugesetzt und gegen eine den Mund ersetzende Platte gespritzt werden, Versuche angestellt werden, in wie weit die Düse dabei verunreinigt würde.

Dr. Blumenbach hält das Zurückfallen der Tropfen auch nicht für wesentlich. Wichtig ist es bei der Konstruktion nur, dass die Düse weder mit den Fingern, noch mit dem Munde berührt werden kann.

P. II. Dr. Hampeln: Ueber Fehldiagnosen.

Nach einleitenden Bemerkungen über die wesentlichen objektiven und subjektiven Entstehungsgründe von Fehldiagnosen berichtet H. über 4 solcher Fälle seiner Konsultationspraxis; 1) über einen im Verlauf von 15 Jahren gelegentlich beobachteten Fall ungewöhnlicher primärer «Lungenzirrhose». 2) Ueber einen Fall im Laufe von 5 Jahren falsch gedeuteter Koronarsklerose. 3) Ueber einen falsch gedeuteten Abszess im linken subphrenischen Raum.

(Die Mitteilungen erscheinen im Druck).

Diskussion:

1) Dr. Stender proponiert in der Diskussion die einzelnen vom Vorredner beleuchteten Fälle gesondert zu besprechen.

2) Dr. Bertels: Die Lungen in dem ersten von Dr. Hampeln referierten Fall boten schon makroskopisch ein ganz eigenartiges Bild, welches total verschieden war von dem der sogenannten „braunen Induration“, d. h. demjenigen Zustand, wie er durch verhinderten Abfluss des Lungenvenenblutes, insbesondere bei Mitralfehlern, zustande kommt. Während bei der braunen Induration eine sehr gleichmässige Konsistenzzunahme des gesamten Lungengewebes vorliegt, fanden sich in dem Falle Dr. Hampelns isolierte Züge fibrösen Gewebes, welche vom Hilus zur Lungenoberfläche zogen; an denjenigen Stellen, wo diese Züge an der pleura pulmonalis sich ansetzten, sah man Einziehungen, so dass infolge dessen eine felderförmige Abgrenzung der Lungenoberfläche entstand. Da nun an den Mitralklappen keine deutlichen pathologischen Veränderungen vorhanden waren, lag es nahe, diese eigenartigen Veränderungen der Lunge als selbständige Erkrankungen aufzufassen und für die Hypertrophie und Dilatation des rechten Ventricels, so wie für die während des Lebens beobachteten Zirkulationsstörungen verantwortlich zu machen. Eine Bestätigung erfuhr diese Auffassung durch die mikrochemische Untersuchung der Lunge auf Eisen. Während bei Mitralfehlern, welche zu einer Hypertrophie des rechten Ventricels führen, der Eisengehalt der Lungen vermehrt ist, verhielt sich die in Frage stehende Lunge in dieser Hinsicht normal. Eine direkte Prüfung der Schlussfähigkeit der Mitralis mittels der von Schubert angegebenen und sehr brauchbaren Probe konnte in diesem Fall nicht ausgeführt werden, weil die Sektion in einem Privathause stattfand, wo kein fliessendes Wasser zur Verfügung stand, doch liegt nach allem gesagten kein Grund vor, eine Mitralklappeninsuffizienz anzunehmen.

(Autoreferat).

3) Dr. Hampeln erwidert, dass Dr. Bertels Bemerkungen sich auf etwas ganz anderes als den Vortrag beziehen, in dem weder von „Stauungszirrhose“ noch von „Mitralsuffizienz“ die Rede war. Es handelte sich vielmehr um die Besprechung einer ungewöhnlichen primären Lungenzirrhose unbekannter Provenienz NB. ohne Schrumpfung und ohne Pleuralverwachsung.

(Autoreferat).

4) Dr. Schabert: Den Vortragenden habe er so verstanden, dass er nicht eine Kasuistik von Fehldiagnosen habe überliefern wollen, sondern an der Hand einer solchen auf allgemeine Gesichtspunkte bei der Diagnosenstellung habe hinweisen wollen. — Er wolle daher auch nur von allgemeinen Gesichtspunkten aus zur Frage der Fehldiagnose sich äussern. Was die Kollektivdiagnosen anbetrifft, so habe er ganz im Gegensatz zu der Neigung seines klinischen Vorgängers, grundsätzlich daran festgehalten und jede Abweichung von diesem Grundsatz nur als Ausnahme angesehen, bei einer Diagnose nicht mehrere Diagnosen in Parallelstellung zu setzen. Es widerspricht eine solche Neigung vieler Kliniker dem Wesen einer Diagnose, denn diese soll unter vielen vorhandenen und berechtigten Annahmen sich womöglich nur für eine entscheiden. Wohl aber mag die volle Berechtigung einer Kollektivdiagnose oder wie man sie nennen kann, einer Gruppendiagnose, anerkannt werden, namentlich in solchen Fällen (wie in dem ersten vom Vortragenden angeführten Falle) wo der Kliniker sich einem scheinbaren oder wirklichen Novum gegenüber befindet, wenigstens einem Novum in der eigenen Erfahrung. In

diesem Sinne könne die Differentialdiagnose des ersten Falles des Vortragenden sich nur um die Frage gedreht haben, ob die vorhandene Dyspnoe zur Gruppe der pulmonalen oder kardialen Dyspnoen gehöre. Ohne im gegebenen Falle zur Sache Stellung nehmen zu wollen, lässt sich doch im allgemeinen sagen:

1) dass diese Unterscheidung in der Praxis viel zu wenig betont wird, wie z. B. bei der Frage des sekundären Emphysems der Arteriosklerotiker; 2) dass diese Unterscheidung aber in den meisten Fällen möglich ist und 3) dass wir in der Verwendung der Blutdruckmessung und der Röntgenologie des Herzens wichtige moderne Untersuchungsmethoden besitzen, um die Entscheidung dieser Frage zu fördern. Wo diese nicht angewendet werden, da dürfte in vielen Fällen allerdings sich eine grosse Schwierigkeit ergeben und damit kommen wir zum zweiten Gesichtspunkt allgemeiner Natur, der sich geltend macht.

Es mag sein, dass der Standpunkt des Vortragenden, die meisten Fehldiagnosen seien auf einen Ueberlegungsfehler zurückzuführen (dass nicht an alle Möglichkeiten gedacht sei) seine volle Berechtigung habe, man kann aber damit in Parallele den Standpunkt vertreten, den Gerhardt einmal in die Worte zusammenfasste, dass von zehn Fehldiagnosen neun mal der Grund in einer unterlassenen Untersuchung zu finden sei.— Im Hinblick auf die gewaltigen Fortschritte unserer Diagnostik, die nach dem Verlauf ihrer Geschichte uns zu der Hoffnung berechtigt, dass sie fast unbegrenzt sein dürfte, ganz im Gegensatz zu der mageren Kunst unserer internen Therapie, muss dieser Standpunkt ganz besonders betont werden. Die Unterlassung einer, die Diagnose stützenden, Untersuchungsmethode ist ein unweigerlicher Fehler, mag sie auch noch so umständlich und ungelegen sein. — Den Beweis für die Richtigkeit dieses Standpunktes bieten die immer wieder vorkommenden und gewissermassen berechtigten Fehldiagnosen, auf den Gebieten, für die wir spezielle Untersuchungsmethoden nicht besitzen, dahin gehört z. B. die Diagnose der Koronarsklerose, wie das aus dem zweiten Fall des Vortragenden hervorgeht. Es gibt keine streng wissenschaftliche Diagnose der Natur der Koronarsklerose. Hier ersetzt die persönliche einheitliche Erfahrung das, was auf anderen Gebieten eine spezielle auf Exaktheit gerichtete Untersuchungsmethode uns bieten kann. (Autoreferat).

5) Dr. Bornhaupt: Auch hier im Krankenhause ist es passiert, dass ein Fall, der als Perforationsperitonitis zur Operation kam, sich als eine Pneumonie erwies. Von Chir. Seite ist auf die Gefahr solcher Fehldiagnose mehrfach hingewiesen worden. Ist im letzten Falle der Abszess nicht doch vom Pankreas ausgegangen?

Der Chirurg, der oft gezwungen ist zu operieren, selbst wenn die Erscheinungen nicht ganz mit der Diagnose übereinstimmen, sieht bei der Operation klar, wie die Fehldiagnose zustande gekommen ist. Es wäre daher wünschenswert, wenn die Internisten häufiger als bisher den Operationen beiwohnen würden, die sie dem Chirurgen überwiesen haben.

Dr. Hampeln (Schlusswort) erwidert Dr. Bornhaupt, dass von chir. Seite allerdings in den letzten 5 Jahren etwa auf die Vortäuschung chirurgischer Abdominalfälle durch Pleuritis und Pneumonie hingewiesen worden ist, aber doch erst, nachdem schon von internistischer Seite und zwar von Hampeln

selber vor 10 Jahren zuerst dieser eigentümliche Irrtumfall in der med. Presse eingehend besprochen und hier im ärztl. Verein vorgetragen worden war. Es wundere ihn darum zu hören, dass auch hier derartige Irrungen vorgekommen seien. In Bezug auf den zweiten Fall, in dem der Sitz eines fluktuierenden Tumors für Pankreaserkrankung sprach, hat nach dem Obduktionsbefunde nicht diese, sondern ein metastatischer suphrenischer Abszess unter solch eigentümlichem Bilde vorgelegen.

Zu den Aeusserungen Schaberts habe H. zu bemerken, dass selbstverständlich jeder Diagnose eine genaue Untersuchung vorausgehen habe und dass auch in dieser Beziehung gefehlt worden ist und wohl auch zukünftig manches versäumt werden wird. Man habe es aber noch viel häufiger mit Fällen zu tun und gerade auf diese wollte er in seinen Mitteilungen hingewiesen haben, in denen trotz genauester Untersuchung und längerer Beobachtung die eigentliche Natur des Leidens wegen der Vieldeutigkeit der Krankheitserscheinungen verborgen bleibt. Hier helfe oft ein richtiger Gedanke, leite das Gedenken jeder auch fernliegenden Möglichkeit erst auf die richtige Spur. Gerade an Versäumnissen dieser Art liegt es nach seiner Erfahrung, dass die Krankheit unerkannt bleibt. Was nun seinen ersten Spezialfall betrifft, so habe er ja selber schon die wichtige Unterscheidung einer Dyspnoe pulmonalen und kardialen Ursprungs betont, doch könne der Dyspnoe als solcher der Ursprung nicht angesehen werden. Sie ist mit ihren Begleiterscheinungen in einem wie im anderen Falle dieselbe. Ueber ihren Ursprung entscheidet gewöhnlich der lokale Lungen- resp. Herzbefund. Fehlen aber in Ausnahmefällen solche Merkzeichen, wie im mitgeteilten Fall, so würde das Urteil lange unsicher bleiben müssen. In solchen Fällen scheint ihm der Kontrast zwischen einer stärker werdenden, schliesslich lebensgefährlichen Dyspnoe und den fehlenden oder geringfügigen Störungen des grossen Kreislaufes, von Bedeutung zu sein und auf den pulmonalen Ursprung der Dyspnoe hinzuweisen. Hierauf will er die Aufmerksamkeit lenken. Aus solchen Erwägungen folgt auch im mitgeteilten Fall seine Annahme, dass eine Pulmonalarterien-erkrankung, Sklerose, obliterierende Endarteriitis, Thrombose — vorliegen könne. Diese fand sich nicht, hingegen die durch aus ungewöhnliche und schwer zu deutende Lungenzirrhose ohne Schrumpfung. (Autoreferat).

1556. Sitzung 19. Dezember 1912.

Anwesend: 45 Mitglieder und als Gäste die Herren Dr. Dr. Mende, Paterson, Gussew, Arbusow, Henzelt.

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

P. I. Dr. L. Bornhaupt. Demonstration a).

Gestatten Sie m. H., dass ich Ihnen einen 9jährigen Jungen vorstelle, der am 11. November 1912 in die chirurgische Abteilung der Armistaedschen Kinderhospitals aufgenommen worden ist. Die Eltern gaben an, das Kind hätte vor 1½ Wochen einen Hufschlag in die linke Seite des Kopfes erhalten. Die Schädelwunde habe stark geblutet, der Junge habe am ersten

Tage stark erbrochen und sei ca. $\frac{1}{2}$ Stunde nach der Verletzung bewusstlos gewesen. In den letzten Tagen sei angeblich hohes Fieber aufgetreten, dabei bestehen keine Klagen über Kopfschmerzen. Bei der Aufnahme fanden wir in der linken Schläfengegend über der Ohrmuschel eine 3 Cent. lange Wunde, die bis zum Knochen drang. Um die Wunde herum fühlte man eine deutliche Impression des Knochens von der Grösse eines Rubels, es bestand eine deutliche Krepitation; Puls 86, regelmässig, gleichmässig, von normaler Füllung. Auf der Röntgenplatte deutliche Schädelfraktur nachweisbar. Die höchste Temperatur $38,4^{\circ}$, sonst von Seiten des Gehirns keinerlei Erscheinungen, keine Stauungspapille, keine Kopfschmerzen, kein Schwindel, kein Druckpuls, keinerlei Lähmungserscheinungen. Am 13-ten November ist der Knabe von mir operiert worden, wobei ich die Knochenfragmente aus der erweiterten Wunde entfernt hatte. Die Dura war scheinbar unverletzt geblieben, jedoch sah man aus einer ganz kleinen Oeffnung der freigelegten Dura in reichlicher Menge Eiter hervorquellen. Nach Eröffnung der Dura an dieser Stelle, erweist es sich, dass der Eiter aus der Gehirnschubstanz stammt und man gelangt durch eine kleine Oeffnung in eine ca. hühnereigrösse Abzesshöhle, die sich in dem Grosshirn befindet und reichlich mit Eiter ausgefüllt ist. Nach Entleerung des Eiters und nach breiter Freilegung der Höhle im Gehirn wird diese breit austamponiert. Der weitere Verlauf war ein vollständig glatter, von Seiten des Gehirns waren nach wie vor keinerlei Erscheinungen zu beobachten. Der Junge fühlt sich augenblicklich vollständig wohl. Der oberflächliche Granulationsstreifen vernarbt schnell und sie sehen, dass der Knabe seiner vollständigen Genesung entgegengeht. Interessant ist es an diesem Fall, dass der Gehirnsabszess sich entwickelt hat, ohne dass die Dura und die Gehirnschubstanz selbst durch die Verletzung betroffen waren und auch im Bereich der Schädelfraktur keine Eiterung zu konstatieren war. Andererseits sehen wir an diesem Fall, dass sich im Gehirn ein Eiterherd von Hühnereigrösse entwickeln kann ohne irgendwelche Kardinalsymptome, die auf die Entstehung eines Abzesses hinweisen. Der Knabe hat weder eine Stauungspapille noch einen Druckpuls, noch Kopfschmerz oder Schwindel gehabt, ein Umstand, der die Diagnose eines Gehirnsabszesses fast unmöglich macht.

Demonstration b).

Fernerhin möchte ich Ihnen hier ein 14jähriges Mädchen zeigen, das am 11. Oktober 1912 ins Kinderhospital aufgenommen worden ist, und das in diagnostischer Beziehung recht bedeutende Schwierigkeiten bot. Das Kind ist aus der inneren Abteilung des Kinderhospitals unter der Diagnose Tumor abd. in die chirurgische verlegt worden. Seit ca. $1\frac{1}{2}$ Jahren bestand eine Anschwellung des ganzen Leibes. Im Frühling ist von einem auswärtigen Arzt eine Punktion des Abdomens ausgeführt worden, dabei soll eine grosse Menge klarer Flüssigkeit abgelassen worden sein. Bei einem sonst ganz normalen Organbefunde und nur bei geringer Blässe des Gesichtes konnte man konstatieren, dass das Abdom. in toto stark vergrössert und vorgewölbt war. Neben dem deutlichen Fluktuationsgefühl war der Perkussionschall durchweg gedämpft bis auf eine Zone, die auf der linken Bauchseite sich vom Rippenbogen bis zur Spina ilica ant. sup. erstreckte; hier war ein tympanitischer Schall zu konstatieren. Per rectum ist kein Tumor zu fühlen, wohl hat man das Emp-

finden, dass die vordere Rektalwand durch eine Flüssigkeitsansammlung nach hinten zurückgedrängt ist. Jedenfalls gewinnt man bei kombinierter Untersuchung eher den Eindruck, dass es sich um eine abgeschlossene Flüssigkeitsansammlung in der vorderen Bauchgegend und nicht um einen zystischen Tumor handeln könnte. Am 13. Oktober habe ich die Operation in Aethernarkose ausgeführt. Die Diagnose schwankte zwischen der Annahme einer Ovarialzyste, einer abgekapselten tuberkulösen Peritonitis und einem bösartigen Lymphosarkom; allerdings war das Letzte am ehesten auszuschliessen auf Grund des guten Allgemeinzustandes der Patientin. Durch einen Schnitt in der Linea alba eröffnete ich die Bauchhöhle, aus der in geringer Menge seröses Exsudat hervorquoll. Die Uebersicht war dadurch verhindert, dass scheinbar das entzündlich veränderte und schwartig verdickte Netz mit dem Peritoneum parietale verbacken war. Beim Versuch in dieses schwartige Gewebe einzudringen, ergiesst sich plötzlich eine grosse Menge trüber seröser etwas hämorrhagisch gefärbter Flüssigkeit. Es erwies sich nun, dass die als Netz angesprochene Schwarte gleichsam die Wand eines zystenartigen Gebildes darstellte, die die ganze Bauchhöhle einnehmend den Darm ganz nach hinten links verdrängt hat. Mit dem Peritoneum parietale ist diese Wand so fest verbacken, dass das Peritoneum sich schwer differenzieren lässt. Die Auslösung dieser Wand ist derartig erschwert, dass es mir in den vorderen Partien gelingt, jedoch ist die ganze Bauchhöhle mit ihr ausgekleidet, so dass eine genaue Orientierung unmöglich erscheint. Nach oben hin ist die Leber, die Milz und das Colon transversum mit dieser Schwarte überzogen, so dass diese Organe überhaupt nicht sichtbar sind. Auch eine Beziehung zu den Ovarien und dem Uterus lässt sich nicht feststellen, weil sie von dieser schwartigen Wand vollständig zugedeckt sind. Beim Ablösen dieser Zysten-Wand vom Darm wird die Serosa an mehreren Stellen eingerissen, dann übernäht.

Auf der der Flüssigkeit zugekehrten Seite der Wand sieht man weisslich-graue käsige Belege, die einen höckrigen Charakter tragen und zum Teil den Eindruck von Granulationen erwecken. Auf den Darmschlingen finden sich nicht sehr dicht gestellte Knötchen von Erbsengrösse und grauer Farbe, sie ähnelten den Tuberkelknötchen. Wegen der Blutung in der Lebergegend und im kleinen Becken wurden in den beiden Wundwinkeln je ein Tampon eingeführt und die Wunde in zwei Etagen vernäht. Das Kind hatte den Eingriff verhältnismässig gut überstanden und steht jetzt gesund vor Ihnen, wobei der Befund im Abdomen ein vollständig normaler ist. Die path. anatom. Untersuchung des exstirpierten Präparates, die von Dr. Bertels ausgeführt worden ist, hat ergeben, dass es sich in diesem Fall um Tuberkulose handelt. Obgleich man unter den obwaltenden Verhältnissen, sich über das Wesen der Erkrankung während der Operation keine vollständige Klarheit verschaffen konnte, so habe ich doch dabei den Eindruck gewonnen, dass es sich in diesem Fall um die Tuberkulose des Peritoneums handelt, wofür die Knötchen auf der Darmserosa, der pathologisch-anatomische Befund und vor allem auch der Ausgang in Genesung sprechen dürften. Und zwar handelt es sich in unserem Fall um die abgekapselte Form von Peritonitis tuberculosa mit Bildung eines reichlichen serösen Exsudates.

welche bei der operativen Behandlung die günstigsten Chancen bietet. Weniger geeignet zur Operation sind ja bekanntlich die Fälle mit Bildung von Adhäsionen und knolligen Tumoren, obgleich auch bei diesen Formen Heilungen beobachtet worden sind. Kontraindiziert ist die Operation bei ulzerös-eitrigen Formen und bei bestehenden hohen Temperatursteigerungen.

Diskussion zu b.):

Dr. G. Porten glaubt, dass es sich hier um einen Ovarialtumor gehandelt hat, der später tuberkulös infiziert worden ist. Dass er bei der Untersuchung per rectum nicht als Tumor fühlbar war lag daran, dass er wie alle Ovarialzysten durch seine eigene Grösse aus dem kleinen Becken herausgehoben war. Wäre die Tumorbildung auf Follikel untersucht worden, so wäre die Diagnose klar gewesen.

Dr. Schabert. Eine Tuberkulininjektion, die in solchen Fällen immer eine starke Reaktion unter Zunahme der Schmerzhaftigkeit gibt, hätte die Diagnose erleichtert. Hier hätte auch nach Punktion das Meerschweinchenexperiment gemacht werden können.

Dr. Werner wendet sich gegen eine Punktion in solchen Fällen, da der Verwachsungen wegen die Gefahr den Darm selbst zu verletzen, sehr gross sei.

Dr. Bornhaupt. Dr. Porten möchte ich erwidern, dass ich schon vor der Operation bei der Untersuchung den Eindruck gewonnen hatte, dass es sich nicht um einen zystischen Tumor, sondern um ein abgekapseltes Exsudat in der vorderen Bauchgegend handelt, dieser Eindruck ist bei der Operation durch das Aussehen des Bauchfells auch noch weiter gestärkt worden. Von wo diese Bauchfelltuberkulose ausgegangen ist, ob von der Tube oder einem anderen Organ, liess sich bei der Operation leider nicht feststellen.

Dr. Bertels hat bei der Untersuchung Tuberkulose festgestellt, doch keine Anhaltspunkte dafür gefunden von welchem Organ dieselbe ausgegangen sei.

Diskussion zu a):

Dr. E. Schwarz vermisst es, dass zur Sicherstellung der Diagnose keine Liquoruntersuchung gemacht worden ist. Selbst bei schweren Veränderungen im Gehirn könne eine Euphorie bestehen.

Dr. Voss fragt welchen Zeitraum die Chirurgen für einen spät auftretenden Abszess annehmen. Nach Ohreiterung glaubte man früher selbst nach Jahren noch Abszesse erwarten zu können. Jetzt hat Hesse nachgewiesen, dass höchstens ein Jahr nach Ablauf einer Otitis media ein Gehirnabszess auftreten könne.

Dr. Bornhaupt. Die otogenen Abszesse bilden eine ganz gesonderte Rubrik. Die traumatischen treten meist in der zweiten Woche auf.

Dr. Th. Schwarz. Bei Parietallappenerkrankung besteht oft eine Astereognose. Da in diesem Falle wie ich privat von Dr. Bornhaupt gehört habe die Untersuchung auf dieses Symptom nicht gemacht worden ist, so kann man hier nicht ohne weiteres von einem Fall von Gehirnabszess ohne alle Lokalsymptome sprechen.

P. II. Dr. Werner demonstriert zwei Patientinnen im Alter von 7 und 8½ J. aus dem Kinderhospital, in denen sich die unangenehmen Komplikationen der Spätoperation bei Appendizitis

besonders markant gezeigt hatten. Kotfisteln und Adhäsionsileus hervorgerufen durch Abknickung verbackener Darmschlingen, hatten bei jeder der Patientinnen 5 Laparotomien notwendig gemacht, so dass die Krankheitsdauer in dem einen Fall 8 Mon., im zweiten 1 Jahr betrug. Das Okklusionshindernis befand sich in beiden Fällen in der Zoekalgegend; zu einer Beseitigung wurde beide Mal eine Anastomose zwischen Querkolon und Dünndarm angelegt.

Solche Fälle zeigen mit Eindringlichkeit die Notwendigkeit einer rechtzeitigen Operation der Appendizitis; es ist daher von der Frühoperation ausgiebigster Gebrauch zu machen. (Autoreferat).

Diskussion:

Dr. **Bornhaupt**. Bei hochsitzenden Okklusionen ist eine Orientierung bei der Operation unmöglich. Deshalb rät er nicht nach den Adhäsionen zu suchen, sondern sich mit der Enteroanastomose zu begnügen.

Dr. **Werner**. Da die Adhäsionen später resorbiert werden, so tritt nach Anlegen einer Enteroanastomose vollkommene Heilung ein.

P. III. Dr. **Poorten**: Demonstration eines Korpuskarzinoms und Flexurkarzinoms. Der Tumor der am linken Uterustubenwinkel sass, hatte als Adnextumor imponiert und zur Fehldiagnose Veranlassung gegeben, da bei der mageren sehr gut zu untersuchenden Pat. die l. Adnexe nicht isoliert zu tasten waren. Bei der Operation fand sich ein am Tubenwinkel mit dem Uterus adhärentes und mit den Adnexen ein Konglomerat bildendes pflaumgrosses Flexurkarzinom und der Uterus karzinomatös. Vortragender sah sich genötigt nach Exstirpation des Genitals zur Darmresektion und zirkulärer Naht zu schreiten. Drainage zum Douglas. Bis zum 8. Tage guter Verlauf, dann Erscheinungen einer Kotfistel, wie überhaupt die Prognose der Dickdarmnähte quoad Haltbarkeit keine sehr günstige ist.

Das Korpuskarzinom war klein, ging von der Uterusschleimhaut aus und wucherte nur in der Richtung der l. Tubenecke durch die Wand, während der untere Teil des Endometriums und das übrige Myometrium frei bleiben. Mikroskop. Schnitte erwiesen dieses. Welches der primäre Tumor lässt sich mit absoluter Sicherheit nicht sagen.

Diskussion:

Dr. **v. Bergmann** wendet sich dagegen, dass Dr. Poorten quasi den chirurgischen Lehrsatz aufstellt, dass Dickdarmnähte schlecht halten. Im Gegenteil die Dickdarmnähte halten, wenn sie exakt angelegt werden gut, zumal die an der Flexur geben eine gute Prognose.

Dr. **Bornhaupt**. Die Operation eines Darmkarzinoms hat nur dann Aussicht auf Erfolg, wenn auch die Mesenterialdrüsen mit entfernt werden. Ihm scheint dieser Fall bei gleichzeitigem Bestehen eines Korpus und Flexurkarzinoms nicht mehr operabel gewesen zu sein.

Dr. **Buettner**. Anschliessend an den von Dr. Poorten demonstrierten Fall möchte ich kurz über einen von mir beobachteten Fall von Flexurkarzinom berichten, der, eine 60jährige Frau betreffend, insofern interessant war, als er — wie es sich bei der im II. Stadtkrankenhause ausgeführten Operation erwies — die relativ seltene Form des Darmkarzinomes, einen Szirrhuse darstellte. Sodann war der Fall auch hinsichtlich

der Geringfügigkeit der klinischen Symptome von einigem Interesse.

Er zeigte nämlich zunächst das Bild einer vulgären habituellen Obstipation: seit Jahren Verstopfung und gelegentliche Leibschmerzen mässigen Grades. Im Abdomen konnte ich keinen Tumor fühlen und bei der digitalen Exploration des Rektums fand ich nichts Abnormes. Da die gewöhnlichen, sich gegen die Obstipation richtenden Massnahmen keine Besserung brachten, wurde Pat. genauer befragt, wobei sie dann eine mässige Gewichtsabnahme und Zunahme der Schmerzen und der Verstopfung im letzten halben Jahre zugab. Blut hatte sie nie im Stuhle bemerkt. Immerhin schien hier eine Romanoskopie gerechtfertigt: ich fand bei 14 cm. ab apo einen ringförmigen Schleimhautwulst, welcher mit Ulzerationen bedeckt war und das Darmlumen etwas verengte. Daraufhin konnte ich den Fall zur Operation vorstellen. Das Karzinom konnte exstirpiert werden. Leider hat die Kranke den Eingriff nicht überstanden. Der Fall zeigt wieder einmal, dass die Romanoskopie womöglich in allen jenen Fällen von Obstipation bei höherem Alter herangezogen werden soll, wo abgesehen von refraktärem Verhalten gegenüber der Therapie ein bestimmter Zeitpunkt einer Verschlechterung innerhalb des letzten oder der letzten Jahre mit gleichzeitiger Gewichtsabnahme angegeben wird, auch wenn Blutungen nicht bemerkt worden sind. (Autoreferat.)

Dr. P o o r t e n (Schlusswort). Herrn Dr. Bornhaupt teilt Vortragender mit, dass keine veränderten Drüsen vorhanden waren weder im Mesenterium noch im Genital. Herrn Dr. Bergmann ist zu erwidern, dass es dem Vortragenden nicht eingefallen ist quasi einen chirurgischen Lehrsatz aufzustellen wie Herr Dr. Bergmann sich auszudrücken beliebt. Er habe diese Operation nur als Notoperation gemacht, weil er, wie vorher ausgeführt, die entschuldbare Fehldiagnose gestellt habe und nun nach Entfernung des Uteruskarzinoms natürlich auch das Darmkarzinom entfernen musste. Wenn die Diagnose Darmkarzinom gestellt wäre, hätte er den Fall als nicht sein Spezialgebiet betr. einem Chirurgen überwiesen. Wenn Dr. Bergmann behauptet, die Nähte des Dickdarms zumal der Flexur geben eine sehr gute Prognose die Haltbarkeit betreffend, so sei ihm bekannt, dass andere Chirurgen anders dächten. Auch Kocher erwähnt die ungünstigen Heilungsverhältnisse der Dickdarmnähte und ist immerhin bei leerem Darm ein „Versuch“ der zirkulären Vereinigung zu machen.

Uebrigens habe der Vortragende vorher von Dr. Bornhaupt diese Anschauung bestätigt gefunden. Es wäre geeignet, wenn sich Dr. Bergmann mit Dr. Bornhaupt über die Sache auseinandersetzen würden. (Autoreferat.)

P. IV. Dr. von Knorre demonstriert:

1. Ein Portiokarzinom, wo die Port. in einen mehr als mandarinengrossen Tumor umgewandelt war. Grosse Portiokarzinome bilden in der Sprechstunde des Gynäkologen eine ganz gewöhnliche Erscheinung, da sich die meisten Patienten in einem Stadium um Hilfe wenden, wo es meist zu spät ist und selbst eine Radikaloperation nach Wertheim nur geringe Aussichten auf eine Dauerheilung bietet.

Das ungewöhnliche in diesem Falle besteht aber darin, dass sich das Karzinom bis zu solcher Grösse entwickeln konnte ohne die geringsten Blutungen, Ausfluss etc. zu machen. Die Kranke

hat erst seit 3 Wochen etwas schleimigen Ausfluss bemerkt, der sie veranlasste sich Rat einzuholen. — Es wird auf die Winter'sche Krebsbekämpfung eingegangen und von Redner darauf hingewiesen, das das Uteruskarzinom anderen Karzinomen gegenüber darin eine günstigere Stellung einnimmt als es frühzeitige Symptome macht, die beim Arzt wie bei der Patientin den Verdacht einer malignen Entartung erwecken müssten. Es gibt daher bei jedem auf Uteruskarzinom verdächtigen Falle die Diagnose möglichst früh (durch Zuhilfenahme von Probekurettement, Probeexzision etc.) zu stellen, um sie dann nach erfolgter Diagnose der Operation zuzuführen, denn nur die Frühoperation verspricht Aussicht auf Dauerheilung.

2. Ein subseröses Myom, das bei kurzem Stiele, infolge von Stieltorsion, ganz hämorrhagisch durchsetzt und durchblutet ist. Es entstammte einer Frau, die sich im 8-ten Monate der Gravidität befand und plötzlich unter heftigsten Schmerzen im Abdomen erkrankt war. Bei der Palpation des Abdomens liess sich unter dem Rippenbogen ein prallelastischer äusserst schmerzhafter Tumor nachweisen, der nach Ausschluss einer akuten Hydronephrose durch Katheterisieren des Nierenbeckens, als torquirter Ovarialtumor angesprochen wurde.

Bei der Operation erwies sich dann der Tumor als ein Myom mit Stieldrehung und hochgradiger Durchblutung des Myomparenchyms; er wurde entfernt und verliess die Kranke 18 Tage nach der Operation gesund die Klinik. Die Gravidität wurde durch den Eingriff in keiner Weise gestört und entwickelte sich normal weiter.

3. Einen manneskopfgrossen myomatösen Uterus mit linksseitigem Ovarialtumor und sehr grossen mukösen Polypen des Uteruskavum und der Zervix; ein Fibrom des linken Labium maj. von 3 faustgrösse und Lipom d. linken Kniekehle. Alle Tumoren fanden sich bei einer Frau und wurden in einer Sitzung durch Lumbalanästhesie entfernt: zuerst abdom. Totalexstirpation des Uterus sammt Ovarialtumor, dann das Fibrom des linken Labium maj. und schliesslich das Lipom. Reaktionslose Genesung. (Autoreferat).

Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

(Offizielles Protokoll).

1557. Sitzung am 16. Januar 1913.

Anwesend 62 Mitglieder und als Gast Herr Dr. Kramer (Kissingen).

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

P. I. Dr. Sarfels demonstriert einen 4jährigen Knaben nebst zugehörigen Photo- und Röntgenogrammen, der sich auf dem Lande am 27. IX. 1912 den linken Ellenbogen gebrochen hatte und 8 Wochen später zur Operation kam. Es hatte sich um eine suprakondiläre Fraktur mit Verlagerung der Kondylen an die Innenseite des Femurschaftes gehandelt, Kubitus varus von ca. 45°. Beweglichkeit gut, Kraft herabgesetzt; das vorstehende obere Fragment hatte an der Radialseite die Haut usuriert.

Die Indikation zum Eingriff war gegeben hauptsächlich durch die Schrägstellung der Gelenkachse zum Oberarm und zur Krafrichtung seiner Muskeln; es war eine Lockerung des Gelenkes und spätere Inkongruenz der Gelenkflächen, sowie eine Wachstumshemmung infolge gestörter Funktion zu befürchten. Wegen der Schrägstellung der Epiphysenlinie hätte auch die Deformität selbst mit dem Wachstum augenfälliger werden müssen. Die Operation bestand in Lösung und Reposition der Fragmente, wobei ca. 1 cm. des vorragenden oberen Fragments reseziert werden musste. 1 Knochennaht (Seide), Fixation in Streckstellung ca. 3 Wochen, keine Nachbehandlung. 1 Woche später spontan aktive Beugung bis zum spitzen Winkel, jetzt volle Funktion.

Für die Behandlung kindlicher Gelenkfrakturen stellt S. folgende Leitsätze auf: 1) Herstellung möglichst normaler anatomischer Verhältnisse, eventl. auf blutigem Wege, 2) langdauernde Fixation (ca. 3 Wochen), 3) keine mobilisierende Behandlung. Motive: Selbst mässige anatomische und funktionelle Störungen im Kindesalter ergeben nach Abschluss des Wachstums oft schwere Defekte. Kindliche Gelenke versteifen niemals infolge von andauernder Fixation oder Blutergüssen. Der restierende Bewegungsdefekt ist ausschliesslich von der Lage der Knochenfragmente abhängig. (Autoreferat).

Diskussion:

Dr. v. Sengbusch hält das lange Fixieren der Gelenke durch Gipsverbände besonders bei Schwellung für bedenklich. Der Verband muss früh geöffnet werden, damit möglichst früh mit leichter Massage begonnen werden kann.

Dr. Sarfels (Schlusswort): Bei Kindern resorbieren sich Blutergüsse prompt unter einem Gipsverband, so dass S. auch Distorsionen und Hämatome meist mit fixierenden Verbänden, nicht mit Massage behandelt.

P. II. a) Dr. Ed. Schwarz:

Ueber Xanthochromie des Liq. cerebrospinalis (Erscheint im Druck).

P. II. b). Dr. **Bertels** demonstriert mikroskopische Präparate von Hirnsyphilis, die von einem der von Dr. Ed. Schwarz besprochenen Fälle stammen. Es handelt sich um eine 27jährige Frau, bei welcher sich bei der Sektion eine ausgedehnte Blutung im rechten Stirnlappen fand; die mikroskopische Untersuchung ergab im Verlaufe der kleinsten Gefässe eine starke Infiltration mit Lymphozyten und polynukleären Leukozyten; da eine pyogene Infektion ausgeschlossen schien, so glaubt Redner, dass es sich nur um eine syphilitische Erkrankung handeln könne, von der es bekannt ist, dass sie mit einer sich an die Gefässe haltenden kleinzelligen Infiltration beginnt; ausserdem fand sich an einer etwas grösseren Vene eine starke Wucherung der Endothelien und ein zelliges Infiltrat zwischen der Muskularis und den Endothelien. Spirochäten liessen sich nach der Methode von Levaditi nicht nachweisen. Der Wassermann im Liquor war bei der Lebenden positiv gewesen. Die weichen Hirnhäute waren an der Erkrankung nicht beteiligt, während für gewöhnlich mit der syphilitischen Enzephalitis auch eine Meningitis vergesellschaftet ist.

Ob auf Grund des histologischen Befundes vielleicht auch an Heine — Medinsche Krankheit gedacht werden könnte, möchte Redner dahingestellt sein lassen, da ihm hierüber keine eigenen Erfahrungen zu Gebote stehen.

Dr. Bertels demonstriert ferner ein rundliches $8 \times 4 \times 4$ cm. grosses Blutgerinnsel mit glatter Oberfläche aus dem weissen Marklager einer Grosshirnhemisphäre; das Präparat stammt gleichfalls von einer heute von Dr. Ed. Schwarz besprochenen 41 Jahre alten Patientin. Bei der Herausnahme des Gehirns riss die Hirnrinde ein und das Blutgerinnsel fiel heraus; infolge seiner rundlichen platten Begrenzung sah es wie ein Tumor aus, die histologische Untersuchung ergab aber keine Tumorelemente. Bei der Patientin fand sich ausserdem eine Lymphomatose der Milz und Leber ohne leukämische Blutveränderung. Es bestand keine erhebliche Arteriosklerose.

Redner nimmt einen Zusammenhang der Blutung mit der erwähnten Lymphomatose an. (Autoreferat).

P. III. Dr. **A. Schabert**. Ueber die gebrauchsfertigen Tuberkulinlösungen:

Ich habe folgende Beobachtungen gemacht: injiziert man zu diagnostischen Zwecken eine frisch bereitete Lösung von Alt-Tuberkulin Koch und darauf dieselbe oder eine doppelte Dosis aus den käuflichen Ampullen, so erhält man ein ganz verschiedenes Resultat: während auf die Solutio ipse parata die Tuberkulösen prompt reagieren, fällt die Reaktion nach der Appullensolution entweder sehr schwach aus oder ist völlig negativ. Diese Tatsache wiederholte sich an verschiedenen, von renomierten und ganz zuverlässigen Firmen hergestellten Ampullen so regelmässig, dass hier ein gesetzmässiges Verhalten vorliegen muss. Warum die Wirksamkeit der Lösung in Ampullen nachlässt, ist noch unaufgeklärt, da Tuberkulin sowohl „kochfest“ ist — also jede Sterilisation verträgt (Maragliano, Besançon) als auch „lichtfest“ (Jansen) sein soll.

Der diagnostische Wert der Injektionen von Alt-Tuberkulin der käuflichen Ampullen ist also gleich null, eine Tatsache die, wie man aus dem steigenden Konsum schliessen sollte, weder Aerzten noch Fabrikanten bekannt zu sein scheint. (Demonstration von 3 Kurven).

(Autoreferat).

Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

(Offizielles Protokoll).

1558. Sitzung am 30. Januar 1913.

Anwesend 54 Mitglieder und als Gäste die Herren DrDr. Matzkeit, Gussew und Herzfeld.

Vorsitzender. Dr. Stender. Schriftführer: Dr. v. Hedenström.

1) Herr Dr. Weidenbaum: „Ueber Geburtsleitung“ (erscheint im Druck).

Diskussion.

Dr. Poorten wendet sich gegen die im Vortrage zum Ausdruck gekommene Empfehlung einer freigebigen Anwendung der Narkotika. Dass solche von Nutzen sein können und notwendig, sei jedem Fachmann bekannt, aber es müssen auch die Indikationen dafür vorhanden sein.

Nach den Ausführungen des Vortragenden könnte es scheinen als ob die Skopolaminmorphiumnarkose allgemein und widerspruchslos anerkannt sei. Dieses ist nicht der Fall. Im Gegenteil, es besteht eine starke Opposition gegen die Anwendung des Dämmerschlafs. Olshausens Behauptungen, dass Morphium das Kind schädige, besteht zurecht. Die Worte des Vortragenden, dass Kinder morphiumbehandelter Kreissender nachträglich noch asphyktisch werden und dann mit Senfbädern und anderen Mitteln wiederbelebt werden müssen, illustrieren diese Gefahr am besten. Jede Kreissende verlangt vom Arzt etwas Schmerzlinderndes und wird, wenn der Arzt ihr diese Entscheidung anheimstellt, ob sie ein Narkotikum wünsche, fast ausnahmslos diesen Wunsch aussprechen. Die Entscheidung dürfe nicht von der Frau abhängen, sondern von der aus dem Geburtsverlauf sich ergebenden Indikation.

Aufgabe des Arztes ist es die Kreissende mit unermüdlicher Geduld über den Wehenschmerz zu trösten, als ein mit dem Fortschreiten der Geburt notwendiges Uebel.

Die Hyphophysenpräparate wirken ausgezeichnet Wehen anregend und verstärkend. Ihre Anwendung sollten sie in der Regel dann finden, wenn der Geburtsverlauf so weit fortgeschritten ist, dass der Leiter der Geburt die Beendigung in der Hand hat. Wenn aber Vortragender sagt, dass diese Präparate zur Einleitung der Frühgeburt ganz unbrauchbar seien, so muss dem entgegengehalten werden, dass eine Reihe Veröffentlichungen über in dieser Beziehung erfolgreiche Anwendung in der Literatur vorliegen. (Autoreferat).

Herr Dr. Busch hat den Vortragenden dahin verstanden, als ob er den Gebrauch der Beckenausgangszange möglichst

eingeschränkt wissen will zu Gunsten des Cristellischen Handgriffes. Seiner Meinung nach sind aber beide in Bezug als Eingriff in den natürlichen Geburtsakt einander gleichzustellen.

Herr Dr. v. Knorre wendet sich gegen die Ausführungen von Dr. Poorten, indem er darauf hinweist, dass Dr. Weidenbaum nur in den Fällen den Gebrauch von Morphinum empfiehlt, wo bei Schweregebärenden das Leben des Kindes gefährdet erscheint oder bei Ermattungszuständen der Mutter, um ihr Erholung zu schaffen und dadurch später die natürliche Geburt zu erzielen. Seiner Ansicht nach stifte Morphinum, rechtzeitig angewandt, nie Schaden. Was den Gebrauch von Hyphophysenextrakt anlange, so wende er ihn in den Fällen an, wo bei früheren Geburten regelmässig starke Blutungen aufgetreten waren, er ziehe den Hyphophysenextrakt dem Korutin oder manuellen Eingriffen vor und habe ausnahmslos sehr gute Erfolge erzielt.

Herr Dr. Weidenbaum erwiderte Herrn Dr. Poorten, dass er von ihm in Bezug auf den Gebrauch von Morphinum offenbar missverstanden und Herrn Dr. Busch gegenüber betont er, dass er den Cristellischen Handgriff schon deswegen der Beckenausgangszange vorziehe, weil ersterer als äusserer Eingriff unbedingt ungefährlicher wie letzterer als innerer sei.

2) Herr Dr. Wolferz demonstriert 2 Fälle von Fremdkörpern in den Bronchien.

Dr. Wolferz berichtet über weitere 10 Fälle von Fremdkörpern in den Bronchien, die er mittelst Bronchoskopie entfernt hat.

17-jährige Schneiderin aspiriert eine im Munde gehaltene Stecknadel. (Röntgenbild wird mit Skioptikon demonstriert). Nadel sitzt tief im r. Bronchus. Chloroform-Narkose, obere Bronchoskopie. Extraktion gelingt nicht, da die Nadel sich eingespiesst hat. Die Nadel wird im Bronchus zerbrochen, das lange Ende 3 zm. extrahiert, die Spitze $\frac{1}{2}$ zm. lang wird nicht gefunden. Kontrolliert nach 1 Jahr, Wohlbefinden.

21-jähriger Herr aspiriert einen in Narkose gezogenen Bicuspidalzahn. Erstickungsanfall, künstliche Atmung, 5 Tage lang leichte Beschwerden in der Herzgegend, stinkende Atmungs-luft veranlasst Pat. eine Röntgenaufnahme machen zu lassen. Zahn im 1 Bronchus zwischen 4 und 5 Rippe undeutlich sichtbar. (Demonstration der Platte mit Skioptikon). Obere Bronchoskopie in Lokalanästhesie, Extraktion des kariösen Zahnes. Glatte Heilung.

8 Fälle von Fremdkörpern in den Bronchien bei Kindern von 1—7 Jahren. 2 Bohnen, 1 Apfelsinenkern. 5 Sonnenblumenkerne. Alle mit Narkose und unterer Bronchoskopie extrahiert. 7 Fälle geheilt, 1 Fall gestorben. (Autoreferat).

Diskussion.

Herr Dr. Werner berichtet über 2 ähnliche Fälle, in dem einen sprang sofort nach der Tracheotomie der Fremdkörper (eine Bohne) selbst heraus, in dem 2-ten sass der Fremdkörper, wiederum eine Bohne, auf der Bifurkation und liess sich ohne Mühe extrahieren.

(Offizielles Protokoll).

1559. Sitzung am 6. Februar 1913

Anwesend 46 Mitglieder und als Gäste die Herren DrDr. Matzkeit, Gussew, Schönberg.

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

p. 1. Dr. L. Bornhaupt: (Demonstration).

Zur Chirurgie der Gallenblase:

Im Jahre 1910 haben Clairmont und Haberer einen Fall beschrieben, wo eine gallige Peritonitis ohne Perforation der Gallenwege zustande gekommen war. Es handelte sich um einen 64-jährigen Patienten, der unter den Symptomen einer Peritonitis operiert wurde. Bei der Operation fand man in der Bauchhöhle in grosser Menge eine intensiv gelb gefärbte, geruchlose Aszitesflüssigkeit mit einem Stein im Choledochus, der extrahiert worden ist. Nach der Operation erfolgt der Tod im Collaps und bei der Obduktion konnte man ebenso wie bei der Operation an den Gallengängen keinerlei Stellen finden, wo eine Perforation der Wand nachgewiesen werden konnte. Auch bei der sorgfältigen Präparation gelang es dem Obduzenten nicht eine Stelle zu finden, die der Wanddurchlässigkeit der Gallenwege verdächtig erschien.

Im selben Jahre berichtete Schievelbein aus der Klinik von Prof. Dr. Ritter in Posen über einen ähnlichen Fall, wo es sich um einen 32-jährigen Patienten handelte, der unter der Diagnose einer Appendizitis operiert worden war. Bei der Operation fand man in der Bauchhöhle in reichlicher Menge seröse, klare, auffallend gelbgefärbte Flüssigkeit. Der Blinddarm war unverändert, dagegen handelte es sich um eine geschwollene, prallgefüllte Gallenblase, deren Oberfläche glatt und spiegelnd war. Die Wand derselben erschien sehr verdickt, hochgradig odematös, grünlich verfärbt und es sickert dauernd aus derselben kaum sichtbar klare gelbliche Flüssigkeit hervor. Trotz sorgfältigen Abtupfens erscheint die Oberfläche der Gallenblase schon nach kürzester Zeit wieder feucht. Die Gallenblase enthält Steine und wird daher extirpiert. Der Patient ist geheilt entlassen worden.

Doberrauer berichtet im Jahre 1912 über zwei Fälle, die unter ähnlichen Erscheinungen operiert wurden. Ein 38-jähriger Mann, der unter Erscheinungen einer schweren Peritonitis auf den Operationstisch kam, und bei dem sich bei der Operation in der Bauchhöhle ein galliger Aszites vorfand ohne dass dabei irgend welche Veränderungen in den Gallengängen nachgewiesen werden konnten, durch die die Durchlässigkeit der Wände zu erklären war. In diesem Fall sind nicht einmal Steine in den Gallengängen gefunden worden.

Im zweiten Fall handelt es sich um einen 16-jährigen jungen Menschen, der unter der Diagnose Peritonitis infolge einer Appendizitis zur Operation kam und bei dem die Bauchhöhle mit dunkler zäher Galle und Eiter gefüllt, ihre Wandungen glatt und zart, keine Konkreme in den Gallenwege. Die bakt. Untersuchung des Gallenergusses in die Bauchhöhle hatte Typhusbazillen in Reinkultur ergeben. Auch dieser Patient ist durch die Operation geheilt worden.

Es ist mir nicht gelungen noch derartige Fälle in der Literatur zu finden, so dass man annehmen muss, dass diese Krankheitsformen im Ganzen zu den seltenen Erscheinungen gehören. Es wird daher vielleicht für die Herren Kollegen von Interesse sein, wenn ich Ihnen über einen ähnlichen Fall berichte, den ich vor Kurzem operiert habe.

Es handelt sich um ein 17-jähriges Mädchen, das am 14. Januar 1913 mit heftigen Schmerzen in Leibe und Erbrechen erkrankte. Sie gab an, dass sie schon seit längerer Zeit an Gallensteinen leide und dass ihre Mutter auch gallensteinleidend gewesen ist. Der Hausarzt habe bei ihr eine Blindarmentzündung konstatiert und sie nach Riga geschickt. Bei der Untersuchung fand man stark gespannte Bauchdecken auf der rechten Seite des Abdomens bei ausgesprochener Druckempfindlichkeit der Ileokoecalgegend und der ganzen unteren Partie des Leibes. Per rectum ist eine mässig starke Verwölbung zu konstatieren. Bei der Operation erweist es sich, dass die Bauchhöhle mit grosser Menge galliggefärbter seröser Flüssigkeit gefüllt ist. Der Wurmfortsatz weist keine Veränderungen auf, dagegen ist die Gallenblase prall gefüllt über Gänseei gross, liegt vorne dem Netz an. In der Gallenblasenwand sieht man an der Kuppe mehrere dunkel verfärbte Stellen, die durch die spiegelnde stark gerötete Serosa durchschimmern. Die Gallenblase wird exstirpiert, sie enthält 55 kleine Steine. Die Schleimhaut der Gallenblase ist dunkel schwarz grau verfärbt, die Wand ist stark verdickt. Aber nirgends findet sich eine Stelle, wo eine Perforation resp. Durchlässigkeit der Wand nachgewiesen werden konnte. Nach einem glatten Verlauf ist die Patientin geneilt entlassen worden. Ich reiche hier das Präparat umher, damit die Herren Kollegen sich selbst vom Gesagten überzeugen können. Neben dieser Gallenblase kann ich Ihnen ein Präparat zeigen, wo ein Geschwür in der Wand der Kuppe der Gallenblase sich befindet und die ganze Dicke der Wand bis zur Serosa zerstört hat, so dass die Wand tatsächlich der Perforation nah ist, ja sogar an dieser Stelle vielleicht eher durchlässig sein könnte, als es bei der ersten Gallenblase der Fall ist. Und doch fand sich bei der Operation in der Bauchhöhle kein gallig verfärbtes Exsudat. Welche Momente in den einzelnen Fällen dazu beitragen, dass eine gallige Peritonitis zustande kommt ohne dass eine Perioration oder Durchlässigkeit der Wände der Gallengänge besteht wissen wir heute noch nicht und müssen daher in der Zukunft solche Fälle gesondert behandeln und untersucht werden, wenn wir die Ursachen zu diesen Vorgängen finden wollen. Clairmont und Haberer nehmen einen Filtrationsvorgang der Galle durch die in ihrem Zusammenhange intakte Wand der Gallenwege an und suchen dadurch das scheinbar unerklärliche Ereignis zu erklären.

Im Falle Schivelbein ist ja auch tatsächlich bei der Operation der Vorgang beobachtet worden, wie die Gallenblasenwand die Gallenflüssigkeit ausschwitze. Wie weit dann die Luschkaschen Gänge der Gallenblasenwand diesen Filtrationsvorgang erleichtern ist eine Frage, auf die Schivelbein hinweist und die durch die weiteren Beobachtungen geprüft werden muss. Für uns, praktische Aerzte, ist aber wichtig zu wissen, dass es Fälle von galliger Peritonitis gibt, die einen stürmischen Verlauf nehmen, ohne dass es dabei tatsächlich zu einer Perforation der Gallengänge kommt. (Autoreferat).

Diskussion.

Dr. **Hampeln** bemerkt zur Mitteilung B., dass die eigenartige Beschaffenheit gerade der Gallenblasenwand mit dem Netze sie durchziehender Kanäle (Luschkasche Kanäle) einen als Filtration aufzufassenden gelegentlichen Durchtritt von Gallenblaseninhalten in die Peritonealhöhle verständlich machen. Es läge in diesem Vorgange, seine Tatsächlichkeit vorausgesetzt, eine Analogie mit der seltenen sogenannten Filtration seröser Pleuraexsudate in die Lungenalveolen hinein und Entleerung durch Expectoration vor, sowie im Sahlischen Falle, in dem das nach Typhus aufgetretene expectorierte Exsudat zugleich Typhusbazillen enthielt. Der Durchtritt von Galle durch die Gallenblasenwand in das Peritoneum setzt übrigens wahrscheinlich eine gewisse Integrität der Wand voraus und wurde darum bei stärkerer Erkrankung der Wand nicht beobachtet.

(Autoreferat).

Dr. **Bertels** meint, dass aus der Struktur der Gallenblasenwand der Uebertritt der Galle durch die nicht rupturierte Wand nicht erklärt werden könne, da selbst bei sehr ausgehnter Ulzeration für gewöhnlich kein Durchtritt von Galle stattfinde; es müssten also Besonderheiten des pathologischen Prozesses beschuldigt werden. In Anknüpfung an den von Dr. **Bornhaupt** erwähnten Typhusbazillenbefund im galligen Inhalt der Bauchhöhle erwähnt **Redner**, dass auch er aus dem galligen Bauchhöhleninhalt einmal Typhusbazillen gezüchtet habe; es handelt sich um einen vorher gesunden Mann, welcher ein Trauma des Abdomens erlitten hatte.

(Autoreferat).

Dr. **Hampeln**: Gegen Dr. **Bertels** bemerkt **Hampeln** dass ihm ein Widerspruch nicht vorzuliegen scheine. **Bertels** müsse überhört haben, dass **Hampeln** auf die Integrität der Blasenwand als Voraussetzung einer Filtration soeben hingewiesen hat.

Dr. **Hach** und Dr. **Stender** erinnern daran, dass man selbst 1½ Jahre nach überstandenen Typhus Bazillen in verschiedenen Organen, selbst im Wirbelkörpermark gefunden hat.

Dr. **Bornhaupt**. Im Falle **Dobbermann**, wo sich eine gallige Peritonitis mit Typhusbazillen fand, liessen sich keine Veränderungen an der Gallenblase finden, die das Durchtreten der Galle in die Bauchhöhle erklären könnten. Ob die Luschkasche Gänge dabei eine Rolle gespielt haben ist nicht klar.

p. 2. Dr. **Brutzer** verliert im Auftrage des Vorstandes der Livländischen Abteilung des St. Petersburger ärztlichen Vereins zu gegenseitiger Hilfe ein Zirkulär, in dem die ärztlichen Vereine aufgefordert werden an den Arbeiten der Allerhöchst eingesetzten Kommission zur Revision der Medizinalgesetzgebung teilzunehmen.

Der Vorstand der livländischen Abteilung ist bereit Arbeiten, die sich auf diese Dinge beziehen, entgegenzunehmen und nach Petersburg einzusenden.

(Offizielles Protokoll).

1560. Sitzung am 20. Februar 1913.

Anwesend: 54 Mitglieder.

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

P. I. Dr. v. Bergmann: (zur Chirurgie der Gallenblase) demonstriert eine grosse Anzahl von ihm exstirpiert Gallenblasen mit schweren Veränderungen der Schleimhaut, die teils durch Konkremente, teils durch Entzündungen bedingt waren. Die häufigste Ursache der Cholezystitis ist der Verschluss des Zystikus durch einen Stein, doch ist nur in etwa 10 pZt. der operierten Fälle ein Konkrement nachweisbar gewesen. Ob nun der Verschluss des Zystikus durch Infektion vom Darm her oder durch einen Stein hervorgerufen ist, ist oft sehr schwer zu entscheiden. Eine intensive Härte der Gallenblase spricht für Karzinom, doch in einem solchen Falle fand Vortragender eine grosse, harte, dilatierte Blase voller Steine, die in mikroskopisch vollkommen sterilem Eiter gebettet waren. Hier haben die Steine einen rein mechanischen Reiz ausgeübt.

Am Schluss des vorigen Jahres hat Kehr den Rat gegeben einen Gallensteinhydrops, wenn er keine Schmerzen macht nicht zu operieren, da er selbst durch Schrumpfung der Blase ausheilen könne.

Dringend warnt Vortragender vor Befolgung dieses Rates, da sich nie entscheiden liesse, ob der Hydrops infiziert sei und stets die Gefahr einer Infektion der Bauchhöhle naheliegt.

Diskussion:

Dr. Klemm demonstriert eine Gallenblase mit derber, harter Wand, in der sich multiple Abszesse fanden, während im Zystikus ein ganz kleiner Stein lag. Auch Gallenblasen ohne Stein mit so veränderter Schleimhaut müssten exstirpiert werden, da sie doch immer infiziert sind.

Dr. Bertels meint, aus dem negativen Resultat der bakteriologischen Untersuchung lasse sich nicht der Schluss ziehen, dass die Cholezystitis ohne Mitwirkung von Mikroorganismen zustande gekommen sei; es könne sich auch um ein nachträglich steril gewordenes Exsudat handeln.

Dr. v. Bergmann: Der Prozess hatte nur 4 Tage gedauert, es ist nicht anzunehmen, dass ein Abtöten der Mikroorganismen so schnell eintreten könne. In dem von Dr. Klemm demonstrierten Falle hatte der Stein bereits die mucosa durchwandert ohne die Serosa zu durchbohren.

Dr. Klemm erwidert Dr. Bertels, dass ein Stauungshydrops der Blase anfangs ganz steril sein könne und erst später infiziert wird.

Dr. J. Eliasberg: Es ist von Fränkel-Hamburg nachgewiesen worden, dass anscheinend steriler Eiter doch noch Bakterien enthalten könne. Erst durch besondere Kulturverfahren ist deren Anwesenheit nachgewiesen.

Dr. Klemm wendet sich auch gegen die Kehr'sche Proposition und rät immer, wenn eine Geschwulst nachweisbar ist, die einen Hydrops anzeigt, zu operieren. In vielen Fällen ist ein Hydrops jahrelang getragen worden, doch da die Ursache desselben nie mit Sicherheit erkannt werden kann, so soll operiert werden.

P. II. **Dr. Michelsson** demonstriert einen Pat, bei dem er vor 14 Tagen wegen einer Schussverletzung der Milz und des Colon transvers. die Milz exstirpiert hat. Es handelt sich um einen jungen Polytechniker, der sich ca. 2 Stunden vor seiner Einlieferung einen Revolverschuss beigebracht hatte. Ausser Schmerzen in der linken Schulterblattgegend und einer geringen Spannung der Bauchdecken links bestanden keinerlei Symptome, das Allgemeinbefinden war sehr gut. Bei der Laparotomie erwies sich die Milz und teilweise ihre Stielgefässe, die lebhaft bluteten, durchschossen, ausserdem fand sich ein Loch im Colon transversum. Nach Exstirpation der Milz und Uebernähung der Darmwunde wurde die Bauchhöhle ohne Tamponade geschlossen, was M. bei frischen nicht zu sehr verschmutzten Fällen von komplizierten Bauchverletzungen als Methode der Wahl empfiehlt. In seinen weiteren Ausführungen weist M. auf die grosse Bedeutung einer wenn auch nur geringen Bauchdeckenspannung bei Thoraxverletzungen hin, die seiner Ansicht nach eine strikte Indikation für die Laparotomie bildet. Irgendwelche Störungen sind bei seinem Pat. nach der Splenektomie bis auf eine Abnahme der Zahl der roten Blutkörperchen bis 3.000.000 nicht zu verzeichnen gewesen.

(Autoreferat).

Diskussion:

Dr. von **Bergmann**: In geeigneten Fällen gibt der von der Wiener Schule aufgebrachte primäre Verschluss der Bauchhöhle bei Verletzungen sehr gute Resultate. Redner hat nach einer wegen Perforation eines Magenulkus 4 Stunden später ausgeführten Laparotomie die Bauchhöhle geschlossen und so einen alten Mann, der ein langes Krankenlager kaum überstanden hätte, schon nach 8 Tagen gesund entlassen können. In der Statistik gibt allerdings die Tamponade ohne Spülung die besten Resultate.

Dr. **L. Bornhaupt** hat einmal eine Milz wegen Schussverletzung der art. lienal. exstirpiert. Die Blutung war so stark, dass eine Orientierung in der Bauchhöhle erst nach Kompression der Aorta möglich war. Der Magen war 2 mal durchschossen. Es wurde tamponiert — die Patientin genas. Bauchschüsse mit 4 maliger Darmperforation sind mit Spülung doch ohne Tamponade glatt verheilt. Einmal bildete sich ein Abszess der spontan durchbrach. Magenperforationen scheinen weniger infektiös zu sein als Darmperforationen, was vielleicht an der bakteriziden Kraft des Magensaftes liegt. Redner ist eher Anhänger der Tamponade und will nur in seltenen Fällen zum primären Verschluss raten.

Dr. **Klemm** hat sich bei Operationen nach Perforationen immer häufiger zum primären Verschluss entschlossen. Die Tamponade macht leicht Fisteln und verhindert die Aufnahme des infektiösen Giftes ins Blut, da sie die Resorptionsfähigkeit des Peritoneums schädigt.

Dr. **Bornhaupt**: Beim Durchsuchen grosser Statistiken sieht man, dass jede Behandlungsmethode gute Resultate gibt. Ein entscheidendes Urteil lässt sich über diese Frage nicht fällen, denn der Ausgang hängt auch noch von der richtigen Anlage der Tamponade und vor allen Dingen von der Art der Infektion ab.

P. III. **Dr. K. Bornhaupt**: 2 Fälle von Einklemmung der Appendices epiploicae.

Da ich vor kurzem Gelegenheit hatte bei der Operation einer eingeklemmten Hernie als Inhalt einen Appendix epiploicus anzutreffen, und diese Fälle zu den Seltenheiten gehören, wollte ich über diesen Fall berichten. Der Fall betrifft eine Frau von 43 Jahren, die seit etwa 5 Jahren an einer linksseitigen Hernie litt, welche sich stets leicht reponieren liess, und ihr keine wesentlichen Beschwerden machte. 1 Woche vor der Aufnahme ins Krankenhaus trat der Bruch wieder vor, liess sich jedoch diesmal nicht reponieren, die Leiste wurde sehr schmerzhaft, in den ersten 2 Tagen Erbrechen, kein Stuhl, keine Winde. Vom 3. Tage an erfolgte Besserung, das Erbrechen sistierte, täglich Stuhl, die Schmerzen liessen nach, so dass Pat. sich bei der Aufnahme ins Krankenhaus bei ruhiger Bettlage vollkommen wohl fühlte. Beim Aufsitzen und Versuch Aufzustehen traten jedoch jedesmal sehr heftige ziehende Schmerzen im ganzen Abdomen auf.

In der Seite links unterhalb des Poupartschen Bandes fand sich ein wallnussgrosser praller leicht druckempfindlicher Tumor. Pat. wurde zur Operation vorbereitet und zwei Tage nach der Aufnahme operiert. Bei der Operation fand sich ein etwa pflaumengrosser Bruchsack mit sehr engem Hals in dem ausser hämorrhagischem Bruchwasser sich zwei Appendices epiploicae der Flex. sigmoidea fanden. Nach Durchtrennung des Poupartschen Bandes liessen sie sich frei präparieren. Sie waren beide etwa 5 ztm lang, hämorrhagisch geschwollen. Sie wurden unterbunden und abgetragen. Der Bruch wurde radikal operiert. Die Heilung erfolgte p. p. Am 11. Tage konnte Pat. das Krankenhaus verlassen. Ein zweiter Fall wurde vor 2 Jahren im Krankenhause von Dr. Gussew operiert. Auch in diesem Falle handelte es sich um eine seit zwei Tagen inkarzerierte Kruralhernie. Bei der sofort vorgenommenen Operation erwies sich der Bruchsack jedoch als leer, offenbar war der Inhalt während der Vorbereitung zur Operation, oder infolge der Narkose zurückgeschlüpft. In der Bauchhöhle fand sich ein hämorrhagisch verdickter Appendix epiploicus, der abgetragen wurde. Der Bruch wurde radikal operiert. Anfangs glatte Heilung, am 7. Tage jedoch Exitus infolge von Apoplexie.

Auf Appendices epiploic. als Bruchinhalt machten im Jahre 1905 als erste Bruns und Riedel aufmerksam. 1908 konnte Ebner über 14 gesammelte Fälle berichten. 1912 hat Hachnel 29 Fälle zusammengestellt, denen diese beiden anzureihen wären. Aus der Ebnerschen Statistik ist ersichtlich, dass es sich ebenso wie in unseren beiden Fällen meistens um Brüche mit engem Kanal handelt. Der Zahl nach sind es häufiger Inguinal- als Kruralhernien, wie dieselben überhaupt häufiger sind. Sie betreffen häufiger die linke als die rechte Seite, weil diese Seite aus mechanischen Gründen für die Flexura sigmoidea offenbar bequemer erreichbar ist. Klinisch verläuft das Krankheitsbild dem der Netzinakarzeration vollkommen gleich, so dass in den meisten Fällen, so auch in unseren beiden ersten, die Diagnose auf Netzinakarzeration gestellt worden ist. Ausser der Inkarzeration mit all ihren Folgeerscheinungen kann eine Einklemmung eines Append. epipl. noch zu anderen Folgeerscheinungen führen. Durch Verwachsung des Append. epipl. im Bruchsack oder der Flex. sigmoidea mit der Umgebung der Bruchpforte kann es zur Strangbildung und Strangulationsileus führen, so 3 von Riedel beschriebene Fälle. Zuweilen können durch häu-

figes Verweilen der Append. epipl. im Brucksack, bedingt durch chronisch entzündliche Veränderungen die Append. epipl. sich abnorm vergrössern. Es sind solche von 15 ztm. Länge beschrieben. Solche Append. epipl. scheinen zur Stieldrehung zu neigen, wodurch es zu sehr stürmischen Erscheinungen kommen kann. So der Fall von Ebner, bei dem es trotz Operation zum Exitus infolge von Darmlähmung kam. Drittens können die eingeklemmten oder stielgedrehten Fettkörper sich vollkommen vom Darm ablösen und sind dann als freie Fettkörper innerhalb des Bruchsackes oder der Bauchhöhle zu finden.

(Autoreferat).

(Offizielles Protokoll).

1561. Sitzung am 20. März 1913.

Anwesend 77 Mitglieder und als Gäste die Herren Dr. Dr. Haenzelt, Maikapar, Schönberg, Schwarz und Bornhaupt.

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

Vor der Tagesordnung:

1) **Dr. Praetorius:** Demonstration von mehreren Bakterien-Reinkulturen.

2) **Dr. Klemm** demonstriert 2 Patienten an denen Schädeldefekte plastisch gedeckt wurden.

Bei dem einen konnten bei der Trepanation die Knochensplitter zur Deckung des Defekts benutzt werden. Sie wurden umgekehrt, d. h. mit dem Periost nach innen gelagert. Die Wunde wurde vernäht und glatte Heilung erzielt. Bei dem anderen Patienten, dem der Schlag eines Klavierdeckels ein rubelgrosses Stück des Schädels zerschmettert hatte, musste ein Knochenlappen aus der Tibia mit Periost eingenäht werden.

3) **Dr. von Knorro** demonstriert zwei grosse Tuben, welche beide mit tuberkulösem Eiter gefüllt sind; die grössere linke hat eine Länge von 35 ztm. und einen Umfang an der breitesten Ecke von 28 ztm. — die rechte eine Länge von 26 und Umfang von 16 ztm.

Die Pat., der sie entstammen gehörte der arbeitenden Klasse an; war körperlich kräftig entwickelt, an Herz, Lungen und Nieren liess sich nichts Pathologisches nachweisen und konsultierte mich wegen eines Tumors im Leibe, der ihr seit zwei Jahren bekannt war und in letzter Zeit durch Schmerzen das Arbeiten sehr erschwerte.

Die Palpation des Abdomens ergab eine Geschwulst von exquisit nierenförmiger Gestalt, die eine sehr grosse Beweglichkeit in jeder Richtung zeigte und infolge ihrer eigentümlichen Gestalt den Eindruck einer sehr beweglichen Ren mobilis hervorrief. Durch die kombinierte Untersuchung liess sich dann einwandfrei ein Zusammenhang dieser Geschwulst mit dem Uterus nachweisen und lautete die Diagnose: Ovarialtumor der linken Seite.

Bei der Operation liess sich dann erst die richtige Diagnose stellen, indem dass ganze Peritoneum des Beckens, d. Ligamenta lata und unteren Darnpartien mit miliaren Tuberkeln besät waren, die Ovarien bis auf die Tuberkelknötchen ganz intakt und nur die Tuben zu zwei mächtigen Tumoren angeschwollen

waren, die von tuberkulösem Aszites (ca. 1—1½ Liter) umspült wurden.

Entfernt wurden bei der Operation nur die Tuben, beide Ovarien wurden erhalten und verliess die Patientin 16 Tage nach vollzogener Operation vollständig gesund die Klinik.

Obgleich klinisch der Fall als primäre ascendierende tuberkulöse Erkrankung der Genitalien angesprochen werden könnte, weil auch seitens eines Internisten (Dr. Siegmund) nichts an den Lungen gefunden wurde, was auf eine frische oder alte tuberkulöse Erkrankung dieser Organe hätte hinweisen können, so tun wir doch gut diese Frage nicht definitiv entscheiden zu wollen, da nur dann, wenn die Sektion nirgends ausser am Genital eine Erkrankung tuberkulöser Art nachweist, eine primäre Genitaltuberkulose anzunehmen ist. (Autoreferat).

4) **Dr. Ed. Schwarz** demonstriert einen Patienten mit ataktischem Gang. Schon im ersten Jahre nach der Infektion stellten sich bei ihm lanzinierende Schmerzen ein. Die antisiphilitischen Kuren haben ihm, der kaum mehr gehen konnte, bedeutende Besserung gebracht.

P. I. Dr. Idelsohn: Ueber die leichten Depressionszustände. (Der Vortrag erscheint in der Ptbg. med. Zeitschr.).

Diskussion:

Dr. von Lieven: Auch der Anstaltspsychiater hat in diesem Vortrage viel Interessantes gehört. Es fanden sich keine Angriffspunkte zu etwaigem Widerspruch, daher soll nur noch besonders betont werden, dass die Aerzte bei der Behandlung solcher Patienten eine grosse Verantwortung übernehmen. Die Selbstgefährlichkeit der Patienten ist bei den leichten Formen und bei Beginn der Krankheit viel grösser als später. Da die Selbstgefährlichkeit in der Rekonvaleszens wieder zunimmt, so dürfen solche Patienten nicht zu früh aus der Anstalt entlassen werden. Die Depressionen, die einer beginnenden Dementia praecox vorangehen, können auch zum Suizidium führen, während nach Klärung des Zustandes die Selbstmordgefahr vorüber ist.

Dr. Schröder: Dass die hypochondrische Form weniger zum Suizidium neigt, ist im allgemeinen richtig, doch beobachtet man auch bei rein hypochondrischen Formen den Selbstmord. Als besondere körperliche Begleiterscheinung bei Depression findet man häufig Hautaffektionen.

Dr. Idelsohn hat Hautaffektionen kaum gesehen, doch sind ihm die vielen erfolglos behandelten Ohrenkranken aufgefallen. Nach Ablaufen der Depression schwand auch das Ohrenleiden.

II. Dr. P. Bergengrün: Zur Tuberkulintherapie. Der Vortrag erscheint in der Pet. med. Zeitschrift.

(Offizielles Protokoll).

1562. Sitzung am 3. April 1913.

Anwesend: 68 Mitglieder.

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

P. 1) Dr. **Michelson** berichtet über eine in Berlin gegründete „Medizinische Vereinigung für Sonderdruck-Austausch“.

P. 2) Dr. **Voss** demonstriert einen Patienten, den er Ende II. a. c. wegen einer Sinus- und Jugularisthrombose operiert hat. Er hat dabei die Jugularis 2 mal unterbunden und beide Ligaturen stehen lassen. Am zweiten Tage wurde die obere Ligatur entfernt, wobei sich viel Eiter entleerte. Danach glatter Verlauf. Die Frage, ob die Jugularis unterbunden werden soll oder nicht, ist noch nicht entschieden. Hier war die Unterbindung durchaus am Platz, denn der Thrombus verflüssigte sich und wäre ohne Ligatur in die Blutbahn übergegangen. In einem vom Redner früher operierten Falle wurde die Jugularis einmal unterbunden und das Gefäß nicht durchtrennt. Damals kam es zu fortschreitender Eiterung. Hieraus folgert Redner, dass die Ligatur gemacht werden muss.

Diskussion:

Dr. **Wolferz** hat auch ohne Unterbindung Heilung erzielt und spricht sich für die Ligatur bei chronischen Fällen aus, während akute Fälle auch ohne Ligatur heilen können.

Dr. **Rimscha**. Eine thrombosierte Jugularis muss unterbunden werden. Ist die Jugularis nicht thrombosiert, so lässt er die Ligatur fort.

Dr. **Voss**. Die Ligatur ist auch in akuten Fällen indiziert, da man nie weiss ob ein Thrombus verflüssigt werden wird oder nicht. Auch die nicht thrombosierte Jugularis muss unterbunden werden, da durch sie die Infektion verschleppt werden kann.

Dr. **Rimscha** hält es nicht für ganz gleichgiltig ob die Jugularis unterbunden wird oder nicht, da die Unterbindung auch schädlich wirken kann.

P. 3) Dr. **Eliasberg**. Kasuistisches zur Syphilis und Therapie. (Der Vortrag erscheint im Druck).

Diskussion:

Dr. **E. Schwarz**. Wie mangelhaft die Behandlung der Lues war, zeigt sich jetzt immer wieder bei der Untersuchung des Liguors und des Blutes. Redner will daher die intermittierende Behandlung verlassen und mit der kombinierten Behandlung, d. h. mit Hg und Salvarsan einen dauernd negativen Wassermann zu erzielen versuchen. Für diese Behandlung sprechen die glänzenden Resultate von Jennerich am Marinehospital zu Kiel. Dieser hat bei seinen Patienten, die kombiniert behandelt wurden, und 6–8 gramm Salvarsan bekamen, in 8 Monaten 7 Reinfektionen beobachten können. Die Neurorezidive haben uns eine grosse Bereicherung in der Beurteilung der Salvarsanwirkung gebracht; in blutreichen Organen werden die Spirochäten schnell abgetötet, während sie in schlecht vaskularisierten Gebieten dem Mittel länger Stand halten können.

Dr. **A. Berg** hat mit dem Breslauer grauen Oel gute Resultate erzielt in Fällen, wo die anderen Mittel versagten. Bei

gründlicher Massage der Injektionsstelle bilden sich keine Infiltrate.

Dr. Schabert. Seit Einführung des Wassermanns, sieht auch der Internist viele Fälle von viszeraler Lues, die früher verkannt blieben. Ein grosser Teil aller Herz- speziell Aorten-erkrankungen, Leberzirrhose, Nierenkrankheiten (Amyloid). Asthma bronchiale, Lungenzirrhose, allgemeine nervöse Erscheinungen, Sterilität der Frauen, Anaemia gravis beruhen auf Lues. Solche Herz- und Lebererkrankungen lassen sich durch die Therapie gut beeinflussen. Sind aber die Prozesse weit fortgeschritten und wenn Narben vorliegen, so hat die antiluetische Behandlung auch wenig Erfolg. Die Frage, ob in solchen Fällen noch energisch oder milde intermittierend behandelt werden soll, ist noch nicht geklärt.

Dr. E. Schwarz. Bei alten chronischen Folgeerscheinungen mit Narbenbildung ist natürlich nicht viel von der Therapie zu erwarten. Die Resultate einer gründlichen Kur sind aber bei frischen Fällen, auch bei Hirnluus ausgezeichnet.

Dr. Eliasberg. Die zu Dr. Schwarz mit zerebraler Lues kommenden Patienten sind meist ganz ungenügend behandelt worden. Redner hat bei seinen gründlich, doch chronisch intermittierend behandelten Fällen sehr selten zerebrale Erscheinungen. Eine Beobachtungszeit von 2 Jahren, wie sie Jennerich hat, will noch nichts besagen. Die scheinbaren Reinfektionen sind oft nur Rezidive.

Die vielen Salvarsaninjektionen, manche Autoren empfehlen bis 10, sind für die Armen, die gerade eine grosse soziale Gefahr bedeuten, unerschwinglich. Es muss daher bis auf Weiteres an der energischen Hg-Therapie festgehalten werden.

P. 4) Dr. A. v. z. Mühlen. Demonstration stereoskopischer Röntgenbilder.

Die Stereoskopie wird in der Röntgenphotographie im Allgemeinen noch viel zu wenig angewandt. Soweit der Schädel mit seinen Erkrankungen und zwar vorwiegend solche der Nebenhöhlen, in Frage kommt, genügen die flächenhaften stereoskopischen Bilder keineswegs. Die Deutung derselben ist schwierig, oft unmöglich und gewährt der willkürlichen Auslegung einen zu grossen Spielraum. Dagegen geben die stereoskopischen Aufnahmen ein lebensvolles, klar verständliches Bild. Eine richtige Diagnose jedoch kann nur gestellt werden, wenn Photographie und Untersuchungsergebnis mit einander in Einklang stehen, erstere allein ist nie beweisend. Soweit die Lungen in Frage kommen, wird es vielleicht möglich werden, bei bestehender Tuberkulose Schwarten und Adhäsionen zu erkennen, was bis jetzt nicht zu erreichen war. Von grosser Bedeutung wäre dieses in der Pneumothoraxfrage, und werden unsere Untersuchungen in Zukunft dahin gerichtet sein.

(Autoreferat).

Dr. M. Hirschberg. Die Art der Aufnahmen wird vielfach angegriffen, da sich die Richtungslinien der Lichtstrahlen dabei nicht wie im Auge schneiden. Eine andere Art der Einstellung soll dieser Fehlerquelle abhelfen.

Dr. v. z. Mühlen. Eine geringe Abweichung der Richtungslinien spielt keine Rolle. Nach einigem Studium der Bilder lernt man es sich gut zu orientieren.

1563. Sitzung am 1. Mai 1913.

Anwesend: 56 Mitglieder.

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

P. 1) Dr. **J. Eliasberg** demonstriert einen Patienten, der im II. a. c. in seine Behandlung trat. Damals bestand ein Primäraffekt und ein makulöses Syphilid. Wassermann 4 +. Pat. hat darauf im Krankenhaus 3 intravenöse Neo-Salvarsaninjektionen und dann noch Hg-Injektionen bekommen. Jetzt zum Schluss der Behandlung, hat sich wieder ein Exanthem eingestellt, das als Rezidiv und nicht als toxisches Exanthem aufgefasst werden muss, da eine gestern wiederholte Hg-Injektion das Exanthem schon zum Abblassen gebracht hat. Interessant ist der Fall dadurch, dass trotz intensivster Behandlung das Rezidiv noch während derselben auftreten konnte.

P. 2) Dr. **Fowelin**. Demonstration: Gefäßnaht. Im Sept. vorigen Jahres hatte ich Gelegenheit den 1 Fall von Schussverletzung d. Art. und Ven. femoral. unterhalb des Abganges d. Art. profunda femoris u. Einmündungsstelle d. Vena saphena magn. zu demonstrieren. Ich unterband damals die Vene, nähte die Arterie zirkulär und der Fall kam zur Heilung.

In diesem Falle handelte es sich auch um eine Schussverletzung der Art. und Vena femoralis, jedoch diesmal hart unterhalb des Poupartschen Bandes, d. h. oberhalb des Abganges d. Art. profunda und Einmündungsstelle der Vena saphena. Ich bekam den Pat. 1/2 Stunde nach erfolgter Verletzung (Revolverschuss), die Extremität war kalt und pulslos, sehr schön ausgeprägt aber das v. Wahl'sche Gefäßgeräusch, was mich sofort die Diagnose auf eine Gefäßverletzung stellen liess. Die Operation erfolgte in typischer Weise, das Gefäß wurde isoliert mit den Makkarschen Klemmen zentral und peripherwärts gefasst. Ich habe in diesem Falle auch die Vene genäht und zwar eine seitliche Naht von ca. 1 1/2 cm. gemacht. Die Vene wurde um die Hälfte ihres Lumens verkleinert, blieb jedoch für den Blutstrom gut durchgängig. Die Art. wurde typisch nach Carell-Stich zirkulär genäht. Keine Tamponade. 2 1/2 Stunden nach der Operation wird das Bein warm und Pulsation vorhanden. Von da ab normaler Verlauf (Autoreferat).

P. 3) Dr. **Poorten**. Demonstration: 1) eine von ihm operierte Patientin bei der sich neben dem graviden Uterus ein Tumor fand. Subfebrile Temp. Der Befund sprach für extrauterine Gravidität. Die Patientin sollte operiert werden, doch traten am Tage vor der Operation Blutungen aus dem Genitale ein mit Kollapserscheinungen. Bei der Untersuchung fand sich eine klastende Zervix in der die Frucht fühlbar war, während der früher scharf begrenzte Adnextumor jetzt undeutlich war. Die Frucht wurde ausgeräumt und darauf per Laparatomiam ein rechtsseitiger Pyosalpinx entfernt. Tamponade der Bauchwunde. 2) Myome, von denen das eine intraligamentär entwickelt war. 3) einen Ureterenstein, der vaginal entfernt werden konnte.

P. 4) Dr. **Mende**. Ueber Indikationen und Kontraindikationen zum künstlichen Pneumothorax. (Der Vortrag erscheint im Druck).

Diskussion:

Dr. Schabert. Von dem hier eben aufgestellten und anerkannten Programm abzuweichen muss doch jedem Arzte

im einzelnen Falle zugestanden werden. Bei strengem Einhalten der Indikationen ist es nur eine sehr kleine Reihe von Fällen, bei denen man den Pneumothorax anlegen könnte. Die Krankenhauspatienten sind leider sehr unzuverlässig, sie kommen nicht wieder, trotzdem der Eingriff ihnen keine Unbequemlichkeiten macht. So sind von den 16 mit Pneumothorax behandelten nur 2 treu geblieben und diese sind nun arbeitsfähig und scheinbar ganz geheilt. Sie hatten beide nicht zu bekämpfendes Fieber und Hämoptoe. Bei Larynx tuberkulose ist der Pneumothorax nicht kontraindiziert, während der Zustand der Lunge ihn nur in rapid verlaufenden Fällen verbietet. Die Erfahrungen bei Gangrän sind noch zu unsicher. Das Anlegen eines Pneumothorax im Terrain der Gangrän wäre natürlich ein grober Kunstfehler. Verletzungen der Lunge sind sonst nicht gefährlich, sie können beim Suchen des Pleuraspaltes leicht genug vorkommen. Dass so weite Verwachsungen vorliegen, dass ein Auffinden des Pleuraspaltes überhaupt nicht möglich ist, ist unter 16 Fällen 2 mal vorgekommen.

Dr. von Hedenström fragt, ob das Vorkommen von Luftembolien in die Gehirnkapillaren auf einem Kunstfehler beruht.

Dr. Kikuth hat beim Einhalten der international aufgestellten Indikationen bei einem Material von 3600 Kranken nur 6 gefunden, denen er den Pneumothorax anlegen konnte, von diesen hat er bei 4 gute Erfolge gesehen.

Dr. Hampeln. Auf die Luftembolien ist schon oft hingewiesen worden, die plötzlichen Todesfälle dabei sind wohl auf Verschluss der Koronararterien zurückzuführen. Die Abszesse, die Gangrän und Bronchiektasien werden wohl immer das Gebiet der Chirurgie mit Resektion der Rippen bleiben.

Dr. Schabert. Selbst bei etwas weiter gestellten Indikationen ist unter 1500 Fällen die Zahl der mit Pneumothorax behandelten — 16 — eine verschwindend kleine. In einem schweren Falle, den Dr. Mende auch für hoffnungslos hielt, wurde mit dem Pneumothorax doch ein gutes Resultat erzielt.

Dr. Mende (Schlusswort). Die Statistik aus Dr. Kellers Sanatorium gibt mit 3% etwa dieselbe Zahl, die Dr. Schabert und Kikuth an ihrem Material zu Pneumothoraxbehandlung geeignet fanden. Bei Verwachsungen muss die Punktion oftmals wiederholt werden, so hat Redner einen Pat. ca. 50 mal punktiert ohne die Pleuraspalte zu finden. Dieser Pat. hat sich später in Zürich einer Thorakoplastik unterzogen. Diese wirkt nicht so vollkommen wie der Pneumothorax, soll also nur in seltenen Fällen bei der Unmöglichkeit der Punktion ausgeführt werden. Vor Lungenverletzungen und Embolien ist man nur sicher bei der Operation nach Brauer, doch ist die Stichpunktion viel einfacher. Zur Vermeidung der Luftembolie kann zuerst Sauerstoff injiziert werden, der ohne Nachteil direkt in eine Vene gespritzt werden kann.

P. 5) Dr. Bosse. Ueber das Reizleitungssystem im Herzen.

1564. Sitzung am 15. Mai 1913.

Anwesend: 50 Mitglieder und als Gäste die DDr. Schönberg und Lockenberg.

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

P. 1) Dr. E. Kröger demonstriert eine von ihm suprapubisch ektomierte Prostata. Das Präparat ist interessant durch den mächtig entwickelten Mittellappen, der ventilartig die Harnröhre verschlossen hielt. Der Mittellappen ist bei früheren Katheterisierungsversuchen an seiner Basis tunneliert worden.

P. 2) Dr. Sarfels demonstriert einen 15-jährigen Knaben welchem er vor $1/2$ Jahr wegen Koxitis tbc. die Hüfte reseziert hat. Der Fall dient als Beispiel dafür, dass 1) ein prinzipiell nur konservatives Verfahren bei der Gelenktuberkulose falsch ist. Es handelt sich um einen sehr harten, $4\frac{1}{2} \times 3 \times 2$ cm grossen Sequester im Pfannendach, welcher weder ausgestossen noch resorbiert hätte werden können und zu jahrelanger Eiterung und Siechtum geführt hätte; 2) dass das Röntgenbild zur Indikationsstellung unentbehrlich ist. Der Sequester könnte nur durchs Röntgenbild nachgewiesen werden.

Obleich ein Abszess bereits vorhanden war, erfolgte primäre Heilung mit guter Stellung der Extremität (Autoreferat).

P. 3) Dr. Schabert. Dermoid des Mediastinums (Der Vortrag erscheint im Druck).

Diskussion:

Dr. Hampeln bemerkt, dass die Diagnose der mediastinalen Dermoidzyste in diesem Fall durch Expektorat von Haaren gesichert dasteht. Mit Recht fragt aber Schabert, wie der Fall ohne dieses positiv pathognomonische Symptom, das ja auch fehlen kann, zu beurteilen war. Es muss Schabert zugegeben werden, dass schon die lange Dauer der Erkrankung, Schmerz und blutige-putride Expektorat zusammen mit dem Lokalbefunde den Verdacht einer Zyste im Thorax erregen dürfte, wobei auch besonders der Lungenechinokokkus, der zu gleichen Erscheinungen führen kann, zu bedenken war. In einer früheren Periode käme wohl auch Lungensarkom, Aneurysma der Aorta asc., Lungensyphilis und vielleicht noch manches andere in Betracht, das bei so langem Bestehen der Erkrankung ausgeschlossen erscheint. Beim Aneurysma kann, seine divertikelartige Beschaffenheit und Ausfüllung mit Fibrin vorausgesetzt, die Pulsation fehlen, ebenso namentlich bei d. Sitz des Aneurysma rechts Lähmung des n. recurrens, der ja auf der rechten Seite, anders verlaufend, überhaupt in keiner topischen Beziehung zur Aorta selber steht. Die eigentliche Entscheidung brachte aber in diesem Falle die Röntgenaufnahme, die das Aneurysma definitiv ausschloss und für einen zystischen Tumor sprach. Ob Echinokokkus od. Dermoidzyste vorlag, das zu entscheiden, wäre, bei uncharakteristischer Expektorat wohl Aufgabe des Komplementablenkungsverfahrens gewesen, da eine Probepunktion nicht unbedenklich ist.

(Autoreferat).