

Niss: 68,452.



# Mittheilungen

aus der

**Gesellschaft praktischer Aerzte**

zu Riga.

1899/900.



St. Petersburg,  
Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. № 15.  
1900.

# Mittheilungen

aus der

**Gesellschaft praktischer Aerzte**

zu Riga.

1899/900.



St. Petersburg,  
Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. № 15.  
1900.

Доволено цензурою Спб., 1 Декабря 1900 г.  
Типографія Винекъ, Екатеринбургскій просп. № 15.

Ent.

ТОО "Винекъ"  
4737

## Sitzung am 6. October 1899.

1. Dr. Gerhard Kieseritzky demonstrirt ein mikroskopisches Präparat und Culturen von Bacterien der *Conjunctivitis epidemica*. (Die einleitenden Ausführungen sollen im Druck erscheinen.)

Dr. Mandelstamm knüpft an den Passus des Vortragenden an, diese Krankheitsform sei selten; Dr. Mandelstamm meint, diese scheinbare Seltenheit erkläre sich dadurch, dass die zuerst von v. Graefe eingeführte Bezeichnung «*Conjunctivitis epidemica*» späterhin weniger üblich geworden sei, man rubricire jetzt die betreffenden Fälle unter «*Follicularcatarrh*». Dr. Mandelstamm bestreitet die Berechtigung zur Aufstellung einer *Conjunctivitis epidemica* als einer besonderen Krankheitsform; alle die unter diesem Namen beschriebenen Fälle blieben doch im Rahmen des *Catarrhs*; die bacteriologische Untersuchung führe zu vieldentigen Resultaten und leiste für die Praxis nichts; in praxi käme es darauf an, die Prognose in Bezug auf Heilungsdauer machen zu können und das sei möglich durch einfache Betrachtung der *Conjunctiva*: finde man bei einem *Catarrh* besonders an der Uebergangsfalte reichliche Follikel, so spreche man von *Follicularcatarrh*, gegenüber dem einfachen *Catarrh*, wo die Schleimhaut glatt sei.

Dr. Dahlfeld: Die Bezeichnung *Conjunctivitis epidemica* werde in der Literatur vielfach ganz willkürlich gebraucht, wenn von zahlreichen gleichzeitigen *Conjunctivalerkrankungen* in Schulen, Kasernen, Gefängnissen berichtet werde, wobei wahrscheinlich sehr verschiedene Krankheiten unter dieser Bezeichnung subsummirt würden. Eine *Conjunctivitis epidemica* mit speciellen Bacterien gebe es nicht.

Dr. Zwingmann hat vor Jahren bei seinem damaligen Chef Dr. Schmidt in Odessa zahlreiche Fälle einer *Con-*

conjunctivalerkrankung gesehen, die Schmidt als gut charakterisirte Krankheitsform unter dem Namen Conjunctivitis epidemica beschrieben habe. Diese Mittheilung Schmidt's scheine nachher ganz in Vergessenheit gerathen zu sein. Die Fälle in Odessa zeigten alle einen gutartigen Verlauf.

Dr. Dahlfeld erwidert, dass Uthhoff der Schmidt'schen Veröffentlichung Erwähnung gethan habe. Diese Fälle, die Dr. Zwingmann meine, könnten durch bacteriologische Untersuchung als gutartige constatirt werden.

Dr. Stavenagen will auch nicht den Namen festsetzen auf Grund von bacteriologischen Befunden. Diese seien überhaupt, wie sich neuerdings wieder gezeigt habe, für die ophthalmologische Praxis recht unzuverlässig, wenigstens so weit es sich um die mikroskopische Bestimmung von Bacterien handle auf Grund der üblichen Färbemethoden; zu sicheren Resultaten käme man vielfach erst durch Reinculturen. Damit sei aber dem Praktiker nicht gedient, der schnell Diagnose und Prognose machen müsse.

d. Z. Secretär: Dr. P. v. Lieven.

---

## Sitzung am 20. October 1899.

1. Dr. F. v. Berg demonstrirt einen bei der Operation gefundenen und entfernten Darmtumor.

Bei der Patientin waren in der letzten Zeit 5 Mal Erscheinungen von Ileus aufgetreten, die sich jedoch nach Abführmitteln und hohen Eingiessungen unter reichlichen Stuhlentleerungen immer wieder gelöst hatten. Am 18. October kam Patientin unter Erscheinungen einer schweren Perityphlitis herein, es bestand grosse Schmerzhaftigkeit in der Ileocoecalgegend; am 19. wurde operirt; vorher waren die Symptome von Perityphlitis zurückgegangen. Bei der Operation wurde das Coecum gesund befunden, aber eine kindskopfgrosse tumorartige Partie höher im Dickdarm. Das Präparat dieses von dem Tumor eingenommenen Darmstückes zeigt ein verengtes Lumen, das an einer Stelle von einem Pflaumenkern ganz verschlossen wird und entzündliche Reaction an dieser Stelle. Der Tumor, vielleicht Carcinom, ist mikroskopisch noch nicht untersucht.

Nachtrag: Die mikroskopische Untersuchung ergab Drüsenkrebs.

2. Dr. Woloshinsky hält seinen Vortrag «Polyarthritiſis acuta nach Angina lacunaris».

Autor beobachtete in Riga zwischen dem 8. December 1898 und 8. Januar 1899 eine Hausepidemie von Angina lacunaris. Es erkrankten die Eltern, deren 6 Kinder und die Köchin in Zwischenräumen von je wenigen Tagen nach einander. Bei zweien der Knaben schloss sich ein acuter, bei der Köchin ein subacuter Gelenkrheumatismus direct an die Angina an. Diese 3 Fälle sind:

I. Knabe A. B., 9 Jahre alt. Am 19. December 1898 Beginn der Angina lacunaris, am 23. December Beginn des acuten Gelenkrheumatismus von 9tägiger Dauer. Fieber bis zum 28. December. Ergriffen waren (mit Schwellung) beide Fuss-, Hand-, Metacarpophalangeal- und rechtes Kniegelenk. 2½ Wochen nach der Genesung eine Pneumonie lobi dextris inferioris von 5tägiger Dauer ohne charakteristische Sputa.

II. Knabe J. B., 12 Jahre alt. Am 8. Januar 1899 Angina lacunaris: am 10. Januar Röthung und Schwellung beider Fussgelenke und Schmerzen im rechten Knie. Am 14. Januar Genesung.

III. Die Köchin G. S. Angina am 3. Januar 1899. Vom 9. Januar ab stellte sich ein hartnäckiger subacuter Gelenkrheumatismus ein, der bei seinen häufigen Recidiven starke Gelenkschwellungen verursacht. Dauer mehrere Monate.

Der klinische Verlauf dieser Angina-Epidemie war typisch mit hohem 3- bis 4tägigem Fieber. Auffallend war der gangränöse schmierig-eitrige Belag auf den Tonsillen. Die Polyarthritiſis trat in den 3 Fällen 3, 4 und 6 Tage nach Beginn der Angina auf. Herzcomplicationen waren nicht nachweisbar. Das Salicyl wirkte durchaus günstig ein. Die Familie ist rheumatisch nicht belastet, wohl aber tritt oft Angina in derselben auf. Die Wohnung im 3. Stock, trocken, hell, in einem alten steinernen Hause. Zur Zeit war Angina epidemisch, nachdem soeben die Influenza stark grassirt hatte.

Ausserdem beobachtete Autor im Sommer 1899 4 abortive Fälle von acutem Gelenkrheumatismus in directem Anschluss an Angina lacunaris. Diese sind:

I. Fräul. M. (15. April 1899) 5—6 Tage nach einer Angina lacunaris mit kleinen weissgrauen Follikeln Schmerzen in

den meisten grossen Gelenken und beiden Nervi ischiadici, geringe Schwellung in beiden Füssgelenken. Temperatur subfebril. Genesung nach einigen Tagen.

II. Fr. A. H. (10. Mai 1899.) Am 2. Tage einer Angina lacunaris mit grünem schmierigem Belage Röthung und Schwellung des 4. und 5. Metacarpophalangealgelenkes der linken Hand. Genesung nach 2 Tagen.

III. Fr. B. Sch. (12. Juli 1899.) Schmerzen in den Kiefer- und Halswirbelgelenken und in der Nackenmusculatur. Neuralgie beider Nervi occipitales. Gleichzeitig symptomlose, zufällig entdeckte Angina lacunaris ohne Fieber, kleine weissgraue Beläge. Genesung nach 2 Tagen.

IV. Herr M. W. (21. August 1899.) Starke Schwellung des linken Füssgelenkes und Fussblattes: fieberfrei, symptomlose Angina lacunaris mit grün-eitrigem Belag wird gleichzeitig entdeckt. Genesung nach 10 Tagen.

Die Angina lacunaris wird ätiologisch auf die pyogenen Coccen zurückgeführt, die vielfach aus den Belägen gezüchtet worden sind. Meist sind es Strepto- und Staphylo-, selten Pneumococcen. Der grün-eitrig Belag wird nach Koplik durch Streptococcen verursacht. Im Anschluss an die Angina lacunaris werden die verschiedensten Nachkrankheiten beobachtet: Tonsillarvereiterungen, eitrige Mediastinitis, Pyaemie, Empyeme, Endocarditis, Erythema, Purpura, entfernte Abscesse und acuter Gelenkrheumatismus.

Ebenso ist es sicher, dass die acute Polyarthrits eine Infectionskrankheit ist. Schaefer und Pocock wiesen die intrauterine Infection nach. Die Contagiosität geht aus meiner ersten Krankengeschichte hervor, dank der Entstehung infolge einer contagiösen Angina lacunaris. Die bacteriologischen Untersuchungen haben, wenn sie positiv ausfielen, sowohl im Gelenkexsudat, Blut und Harn bei der Polyarthrits acuta, wie auch bei allen ihren Complicationen: der Pleuritis, Pericarditis, Endocarditis, Erythema, Purpura, Chorea und Chorea post-rheumatica verschiedene pyogene Coccen ergeben. Mit diesen gelang es experimentell an Thieren Endocarditis verrucosa zu erzeugen und Krankheitsbilder, die der Polyarthrits ähnlich waren. Für die pyogene Aetiologie der Polyarthrits acuta spricht auch ihr häufiges Vorkommen bei und nach der Angina lacunaris.

Autor steht mit Buday, Buss, Singer etc. für die Anschauung, dass die Polyarthrititis nach Angina als Secundärerkrankung aufzufassen sei, bedingt durch die in ihrer Virulenz abgeschwächten pyogenen Coccen des anginösen Belages, die oft ihren Weg in den Blutstrom finden. Die Polyarthrititis acuta ist ätiologisch keine einheitliche Krankheit, sondern nur ein Symptomenbild, das durch verschiedene pyogene Coccen hervorgerufen werden kann. Dass verschiedene Staphylo- und Streptococcenarten den acuten Gelenkrheumatismus hervorrufen können, ist heute sicher erwiesen; ob für die meisten Fälle ein einziger spezifischer Mikroorganismus verantwortlich zu machen ist, lässt sich nicht bestimmen, da bisher ein solcher nicht aufgefunden worden ist. Man muss auf den acuten Gelenkrheumatismus ätiologisch so sehen, wie man auf die Pneumonie, Endocarditis und Osteomyelitis zu sehen sich gewöhnt hat, die eben auch eine sehr verschiedene Aetiologie aufweisen können.

Autor rät zum Schluss, nicht nur bei jedem acuten Gelenkrheumatismus, sondern auch bei allen plötzlich auftretenden Gelenkschmerzen, Gelenkschwellungen und Neuralgien eine sorgfältige Inspection des Pharynx vorzunehmen, weil die dieselben verursachende Angina lacunaris oft symptomlos verläuft.

(Autoreferat).

Dr. v. Hampeln: Der interessante Vortrag sei wieder ein Versuch, den Zusammenhang zwischen septischen Erkrankungen und der acuten Polyarthrititis festzustellen; es sei in der einschlägigen Literatur schon lange das Bestreben vorhanden, einen solchen Zusammenhang nachzuweisen, darzuthun, dass acute Polyarthrititis keine Krankheit sui generis sei. Vom klinischen Standpunkt könne man aber doch nicht für die Identität eintreten, man komme nicht über die wichtige und auffallende Thatsache hinweg, dass der acute Gelenkrheumatismus in abgeschwächter Form mit gutartigem Verlauf ohne Eiterung so oft vorkommt, während die septischen Formen sehr selten sind. Daher müsse man Bedenken tragen, diese beiden Formen als eine einheitliche Krankheit aufzufassen; vom klinischen Standpunkt sei die Frage jedenfalls noch nicht zu entscheiden.

Dr. P. K l e m m schliesst sich Dr. v. H a m p e l n's Ansicht an. Es sei nicht erlaubt, die Streptococcen, die man findet, ohne Weiteres als die Erreger des acuten Gelenkrheumatismus zu deuten, es könne eine Mischinfection vorliegen. Man müsse hier an die Analogie erinnern, die z. B. die eitrigen Gelenkerkrankungen beim Scharlach bieten. Ein wichtiger klinischer Unterschied bestehe auch darin, dass der gutartige acute Gelenkrheumatismus durch Salicylsäure zu beeinflussen ist, während die Gelenkerkrankungen beim Scharlach dadurch nicht beeinflussbar sind. Durch die Allgemeinerkrankung werde nur der Boden geschaffen für die Eitererreger. Wichtig seien die Mittheilungen des Vortragenden insofern, als sie wieder einmal die Wichtigkeit der Tonsillen als Eingangspforte für Mikroorganismen beweisen; sie dienten daher zur Warnung, mit den Tonsillen nicht so leichtsinnig umzugehen, wie es vielfach geschehe, sie nicht ohne strenge Indication zu extirpiren.

Dr. v. R i m s c h a: In dem einen vom Vortragenden angeführten Falle könnte vielleicht die Erkrankung an der Rachentonsille abgelaufen sein, dann findet man an den Tonsillen nichts. Mit Dr. Klemm stimmt er darin überein, dass die Tonsillen häufig ohne genügende Indication entfernt werden, andererseits könne man aber durch Exstirpation der Tonsillen vielen Anginen vorbeugen.

Dr. O. K l e m m wirft die Frage auf, ob man berechtigt sei, von einer einheitlichen Krankheit «Angina lacunaris» zu sprechen, auch in den Fällen, die, wie die vorgebrachten, eigenartige, nicht zum gewöhnlichen Bilde der Angina lacunaris gehörige Begleiterscheinungen aufweisen. Er erinnert an die Bilder auf den Tonsillen bei Scarlatina, Masern, Typhus, Diphtherie, die unter Umständen vollständig dem localen bei Angina lacunaris gleichen können und gelegentlich auch als erste Erscheinung der betreffenden Krankheit auftreten. Man würde da bei näherer Erkenntniss vielleicht Angina lacunaris b e n i g n a trennen müssen von den Formen, die der Herr Vortragende geschildert hat und die man dann nicht als Polyarthriti s n a c h Angina lacunaris, sondern etwa als Angina rheumatica, bezw. Rheumatismus mit Angina bezeichnen müsste, in Analogie mit Angina scarlatinosa, typhosa etc. Die Infectionserreger einer Angina lacunaris

simplex wären noch nicht gefunden, sondern bisher wahrscheinlich nur secundäre Ansiedler und zwar verschiedenartigster Gattung.

(Autoreferat).

Dr. Woloshinsky gegen Dr. O. Klemm:

Dr. Woloshinsky möchte die Angina lacunaris vollständig getrennt wissen von den Anginen bei Scharlach etc. Angina lacunaris sei ein typisches Krankheitsbild, das feststeht in seinen allgemeinen als auch localen Symptomen, pyogene Coccen würden stets dabei gefunden und werde Angina lacunaris ätiologisch mit Recht darauf zurückgeführt<sup>1)</sup>. — Gegen Dr. P. Klemm: Woloshinsky steht auf dem Standpunkt, dass die so häufigen Befunde der pyogenen Coccen bei Polyarthritiden und allen Complicationen derselben (Endocarditis, Pericarditis, Pleuritis, Erythema etc.) nicht als Zufälligkeiten aufgefasst werden dürfen, umsomehr als bisher kein spezifischer Microorganismus für Polyarthritiden gefunden worden ist. Stellt man sich auf den Standpunkt von Pribram u. A., dass alle diejenigen Fälle, wo der bacteriologische Befund positiv war (positive Befunde ergeben stets nur pyogene Coccen) als Mischinfection oder Pseudorheumatismus aufzufassen sind, so dürfte man nur diejenigen Fälle als genuinen Gelenkrheumatismen auffassen, bei denen die bacteriologische Untersuchung völlig negativ ausgefallen ist. Pribram, der ein Gegner der pyogenen Aetiologie ist, kämpft in seinem Werk über acuten Gelenkrheumatismus bis zum Schluss gegen dieselbe, muss zuletzt aber doch zugeben, dass Staphylococci ein Krankheitsbild erzeugen können, das von Polyarthritiden acuta nicht zu unterscheiden ist. Pribram fasst auch die Polyarthritiden nach Angina lacunaris als Pseu-

---

<sup>1)</sup> Nachträgliche Bemerkung Dr. Woloshinsky's: Der Begriff der Angina rheumatica ist im Vortrage von mir durchgeführt worden. Jedoch hat in der Folgezeit die klinische Erfahrung für die weitaus grösste Mehrzahl der Fälle den sicheren Beweis geliefert, dass man die Angina als primäre selbstständige Erkrankung auffassen muss, zu der die Polyarthritiden als Complication hinzutritt.

Meine Krankengeschichte liefert diesen Beweis ebenfalls mit absoluter Sicherheit.

dorheumatismus auf; Gerhard dagegen giebt schon zu, dass Polyarthrititis nach Angina als echter Gelenkrheumatismus aufzufassen ist.

Interessant wären die Befunde von Litten, der uns die Existenz der Endocarditis rheumatica maligna nachwies, die allerdings von der septischen verschieden ist, bei der er Streptococcen gefunden hat, die experimentell Gelenkerscheinungen hervorriefen. Ebenso erwähnenswerth seien auch die im Juli a. c. veröffentlichten Befunde von Wassermann und Westphal, die in einem Fall von Chorea post-rheumatica, complicirt mit Endocarditis, bei der Obduction am Endocard, im Blut, in der Milz einen Streptococcus nachwiesen, dessen Culturen sie seit Monaten in unabgeschwächter Form in Händen halten und der experimentell bei Kaninchen ein Krankheitsbild erzeugt, das meist tödtlich verläuft und mit der Polyarthrititis acuta des Menschen ausserordentlich viel Aehnlichkeit hat. — Ebenso wie es heute feststehe, dass bei dem genuinen Gelenkrheumatismus Gelenkeiterung auftreten und das Bild der Pyämie sich daran anschliessen kann, so können umgekehrt rein pyämische Processe unter dem Bilde der Polyarthrititis auftreten und ist es selbst mit Hilfe der Obduction in einzelnen Fällen kaum festzustellen, ob die Polyarthrititis oder die Pyämie die Grundkrankheit war.

(Autoreferat).

Dr. P. Klemm: Die bacteriologische Aetiologie der Arthritis sei nicht so einfach; im Munde, auf den Tonsillen fände man sehr viele, verschiedenartige Bacterien. Sepsis sei ein Sammelbegriff, man müsse ihn in seine Componenten zerlegen, eine wichtige sei ja wohl dabei eine Arthritis. — Die Monoinfection sei selten, man finde nicht nur immer allein Streptococcen oder Staphylococcen. Auch bei Erysipel (einer ganz typischen Krankheit) trete häufig Polyarthrititis auf, die aber nicht als genuiner Gelenkrheumatismus aufzufassen sei.

Dr. Woloshinsky: Erysipel sei selbst eine exquisit pyämische Krankheit, durch Streptococcen verursacht; die Complication des Erysipels mit Polyarthrititis unterstütze nur die Ansicht von der pyogenen Aetiologie des Gelenkrheumatismus.

d. Z. Secretär: Dr. P. v. Lieven.

## Sitzung am 3. November 1899.

1. Dr. v. Rimscha demonstrirt eine Patientin, die seit 11 Jahren an Nasenpolypen leidet. Zur Entfernung derselben wurde von einem Chirurgen die Bruns'sche Operation gemacht, doch stellten sich Recidive ein. Seit 2 Jahren steht Patientin in Dr. v. Rimscha's Behandlung; seitdem sind wieder mehrere Polypen entfernt.

Einen ähnlichen Fall, den er auch wegen recidivirender Polypen behandelt hat, biete ein Lehrer aus Mitau, der seiner Zeit von Prof. v. Wahl (nicht nach Bruns) operirt worden ist und eine starke Entstellung infolge der Operation aufweise.

Die Berechtigung zu so eingreifendem Vorgehen gegenüber den Nasenpolypen sei doch fraglich, da wegen der Recidive kein dauernder wesentlicher Erfolg erzielt werde und häufig eine mehr oder weniger starke Entstellung zurückbleibe. Daher müsse man wohl von dieser Operation Abstand nehmen. Auch sei zu berücksichtigen, dass man über die Entstehungsursache der Polypen nichts Sicheres wisse, denn wenn auch häufig ein Reiz beschuldigt werden kann, wie z. B. beim Empyem der Nebenhöhlen, so sei das doch nicht immer der Fall: viele Polypen entstünden ohne einen nachweisbaren Reiz, nach chronischem Schnupfen; auch bei einem 8wöchentlichen Kinde seien Polypen beobachtet worden. Diese ätiologische Unsicherheit sei auch ein Grund gegen die eingreifende Operation.

Dr. Gauderer schliesst sich Dr. v. Rimscha vollständig an. Man sei allgemein von der Bruns'schen Operation zurückgekommen, die doch grosse Entstellungen setze. Technik und Instrumentarium für die Entfernung der Polypen sei mit der Zeit so vervollkommnet worden, dass man überall hingelangen könne. Die Ursache der Polypen sei meist in Erkrankungen der Nebenhöhlen zu suchen; daher auch die Recidive, so lange die Grundkrankheit fortbestehe. Die Bruns'sche Operation könnte doch nur den Zweck haben, dass man bequem überall hingelangen, Alles radical wegnehmen könnte. Das werde aber dabei garnicht erreicht. Er habe ein Mal Bruns gemacht, es sei eine scheussliche Operation mit so starker Blutung, dass man das Terrain

nicht übersehen und daher nicht in die Tiefe gehen könne. Wenn der Patient sich zu einer grösseren Operation entschliesse, sei es doch besser, die Eröffnung der Nebenhöhlen nach Jansen vorzunehmen. Den Lehrer aus Mitau kennt er auch, hat ihn wegen vieler Recidive behandelt, er sei durch die Operation stark entstellt.

Dr. v. Berg: Die Bruns'sche Operation solle für grössere Tumoren reservirt, nicht zur Entfernung von Polypen gemacht werden.

d. Z. Secretär: Dr. P. v. Lieven.

---

### Sitzung am 18. November 1899.

Dr. v. Bergmann hält seinen angekündigten Vortrag mit Demonstration: «Ueber Darmausschaltung» (Erscheint im Druck).

Auf die Frage Dr. Krannhals', ob die Trennung der Mucosa von den übrigen Schichten des ausgeschalteten Darmabschnittes stumpf oder scharf vorgenommen worden sei, antwortet Vortragender, dass die Auslösung stumpf vor sich gegangen sei. Man habe den Mucos Schlauch in toto, wie er im Präparat vorliegt, wie einen eingestülpten Handschuhfinger aus dem Serosa-Muscularis-Rohr herausziehen können, wobei es allerdings stark geblutet habe, so dass fortwährend getupft werden musste. Die entzündlich veränderte Serosa sei viel weniger widerstandsfähig gewesen, als die eines unter normalen Ernährungsverhältnissen stehenden Darmabschnittes.

d. Z. Secretär: Dr. P. v. Lieven

---

### Sitzung am 1. December 1899.

Director Dr. Tiling hält seinen angekündigten Vortrag: «Ueber moral insanity».

Dr. Redlich weist im Anschluss an den Vortrag auf die grosse praktische Bedeutung hin, die die Anerkennung der moral insanity als selbstständiger, von Intelligenzdefecten

unabhängiger Krankheit in foro habe. In der Gesetzgebung aller Culturstaaten bleibt diese Frage bisher unberücksichtigt; daher sind bei der forensischen Expertise derartiger Fälle zwei Gefahren gegeben durch das von juristischer Seite gestellte Verlangen des Nachweises eines Intelligenzmangels. Die eine Gefahr sei die, dass es zu Justizmorden komme, wie in dem Falle eines 11fachen Lustmordes in Frankreich, wo der Thäter alle Symptome der moral insanity aufwies, sich aber den Anforderungen an seine Intelligenz gewachsen zeigte, so dass die Experten ihn nicht für krank erklärten. Er ermordete innerhalb eines Jahres 11 Personen verschiedenen Geschlechtes, an deren Leichnamen er, soweit seine libido nicht schon durch das Hinschlachten der Opfer befriedigt war sexuelle Acte ausführte. Er wurde zum Tode verurtheilt. So begreiflich nun auch das Bedürfniss der menschlichen Gesellschaft sei, sich solcher Individuen zu entledigen, so müsse die Hinrichtung in einem solchen Falle vom psychiatrischen Standpunct aus doch als Justizmord bezeichnet werden. Die Experten seien einem schweren Gewissenszwange angesetzt. — Die zweite Gefahr bei der Beurtheilung von in die Kategorie der moral insanity fallenden Kranken bestehe darin, dass bei dem Bestreben, die verlangten Intelligenzdefecte nachzuweisen, die physiologische Dummheit zu Gunsten des pathologischen Schwachsinnns verkürzt werde (Fall von Deiters). — Es sei daher von psychiatrischer Seite immer wieder anzustreben, dass die reinen Affectstörungen in der Gesetzgebung genügende Berücksichtigung fänden, wenn auch der Kampf in dieser Sache bisher recht aussichtslos erscheine; vielleicht seien noch am ehesten von der experimentellen Psychologie darin Erfolge zu erhoffen.

Dr. Schönfeldt: Der von Dr. Redlich angeführte Fall ist natürlich von den Experten notorisch falsch beurtheilt worden. Es handelt sich aber hierbei doch wohl kaum um einen Fall von moral insanity, sondern um eine acute Entartungspsychose. Das Gutachten ist unfasslich. Ist der Fall von psychiatrischen Autoritäten beurtheilt worden? Der in theoretisch-wissenschaftlicher Beziehung so interessante Vortrag des Herrn Director Tiling lasse leider die Frage ungelöst, wie sich bei uns in Russland der praktische Arzt als Expert solchen Fällen gegenüber verhalten solle. Nach

Schönfeldt's Ansicht muss man solche Kranke als angeborene Kranke und zwar als Schwachsinnige bezeichnen; eine andere Stellung sei vor Gericht nicht möglich. Schwere Intelligenzstörungen sind auch immer vorhanden, diese Kranken haben nicht die Einsicht in das Unsittliche, die Unterscheidung ist ihnen nur mechanisch angelernt. Man kann die Sache nicht erklären nur durch das sanguinische Temperament; eine kritische Schwäche, intellectuelle Insufficienz ist vorhanden. Zunächst ist es bei dem bisherigen Stande der Gesetzgebung bei uns und auch in Westeuropa am praktischesten, diese Kranken in die Gruppe der Imbecilli zu rechnen. Der Einfluss der Intelligenz auf die Affecte wird vom Director Tiling zu gering angeschlagen.

Director Dr. Tiling: Diese Kranken verfallen immer in denselben Fehler, das beruht aber nicht darauf, dass ihnen die Einsicht fehlt. Insbesondere vor dem Richter, wo ihre Affecte nicht zur Geltung kommen, können sie genügend intelligent erscheinen, dann gelingt eben der Nachweis des Schwachsinn nicht. Auch ist öfter ein zeitweiliger Wechsel der Intelligenz zu beobachten. Der Standpunkt, in solchen Fällen immer Intelligenzstörung nachweisen zu wollen, um die Richter von der Krankhaftigkeit des Individuums zu überzeugen, ist daher in praxi nicht möglich, aber er ist auch theoretisch und praktisch falsch. — Es kommt zudem nicht darauf an, zu zeigen, wie man sich unter solchen Verhältnissen zu der Gesetzgebung verhalten soll, sondern es ist eine Reform zu erstreben, der Standpunkt des Gesetzes soll angegriffen werden.

Dr. Redlich beantwortet die Frage Dr. Schönfeldt's dahin, dass es Fachpsychiater gewesen sind, die den Lustmörder begutachtet haben. Diesen zählt auch er nicht zu den moralisch Irren, sondern hält ihn für einen impulsiven Degenerirten. Er hat diesen Fall angeführt, um zu zeigen, zu welchen Consequenzen es führt, wenn psychisches Kranksein nur dort angenommen werden soll, wo ein intellectuellder Mangel nachweisbar ist. Uebrigens kommen in der forensischen Praxis immerhin doch Fälle vor, wo der Schwachsinn nicht zu demonstrieren, wohl aber der moralische Defect so auffallend ist, dass es gelingt, den Richter von dem abnormen psychischen Zustande des Beklagten zu überzeugen.

Dr. Schönfeldt: Vernünftiges Verhalten vor dem Richter beweist natürlich allein nichts; wir verlangen, dass der zu Begutachtende immer vernünftig handelt. Wenn wir dem Richter nachweisen können, dass derselbe ausserhalb der Gerichtsverhandlung Intelligenzmangel gezeigt habe, so müsse das genügen.

Dr. Redlich führt an, unter den Impulsiven gebe es Viele, die genau wissen, dass sie mit ihrem Thun ins Verderben rennen und doch nicht widerstehen können. Der Affect lähme eben die Einsicht.

Dr. Schönfeldt bemerkt hierzu, auch alle Verbrecher wüssten, dass sie sich an den Galgen arbeiten.

Director Dr. Tiling verweist auf das in seinem Vortrage angeführte Beispiel der Alkoholiker, die in alkoholfreier Zeit, insbesondere während einer Entziehungscur in der Anstalt vielfach vernünftig raisonniren über das Verderbliche des Alkoholmissbrauches und doch immer wieder ihrer Leidenschaft verfallen: die handelten sicherlich nicht frei.

d. Z. Secretär: Dr. P. v. Lieven.

### Sitzung am 15. December 1899.

Dr. Eduard Schwarz stellt einen Kranken von 30 Jahren vor, der vom 11. September a. c. an in seiner Abtheilung beobachtet worden ist.

Pat. zeigt hochgradigste Ataxie, namentlich der Beine, die beim Wenden — Pat. kann nur auf beiden Seiten unterstützt gehen — und beim Knie-Hackenversuch hochgradig hervortritt; an den oberen Extremitäten sind in letzter Zeit die gröberen Coordinationsstörungen mehr zurückgetreten. Bei der Aufnahme fuhr Patient, aufgefordert seine Nase oder sein Ohr zu berühren, 1—1½ Fuss an demselben vorbei. Ebenso war auch die Ataxie der Beine eine excessivere; die ausfahrenden Bewegungen waren so hochgradig, dass es gefährlich war, sich neben dem Bett des Patienten aufzuhalten, wenn er etwa sich aus demselben erheben wollte. Besonders deutlich ist die Abwesenheit des Einflusses des Augenschlusses, ebenso die Erhaltung der groben Kraft. Diese

Erscheinungen seien acut entstanden. Pat. sei eines Abends gesund von der Arbeit gekommen; als er am nächsten Morgen aufstehen wollte, seien die Beine ebenso in die Luft geflogen wie bei der Aufnahme ins Krankenhaus. Seit dem 21. Jahre starker Alkoholismus: nach seiner Erhrankung vor 3 $\frac{1}{2}$  Jahren seien nur die Beine betroffen gewesen, erst in diesem Jahre seien auch die Arme nach einem Schreck erkrankt. In den 3 $\frac{1}{2}$  Jahren hat Pat. aber immer weiter getrunken, wenn auch nicht in so excessiver Weise wie vorher. Nie seien Blasen- und Mastdarmstörungen vorhanden gewesen, reflectorische Pupillenstarre bestehe nicht, aber Nystagmus beim Blick nach aussen. Keine Augenmuskellähmungen, Sprache, Zungenbewegungen frei. Psychisch sei Pat. frei, speciell sei das Gedächtniss ein promptes. Die Sensibilität sei anfangs in den unteren Extremitäten ausgedehnt und hochgradig gestört gewesen. Die Schmerzempfindung sei an den unteren Extremitäten verlangsamt gewesen: an den Unterschenkeln die tactile, die Wärme- und Kälte-Empfindung deutlich herabgesetzt. Im späteren Verlauf sei deutliche Hyperästhesie und Hyperalgesie an den unteren Extremitäten aufgetreten; die Reflexe seien gesteigert, vor Allem der Fusssohlenreflex, ebenso das Kniephänomen, der Cremaster- und Bauchreflex. Die übrigen Qualitäten der Sensibilität, speciell der sogenannte Muskelsinn, die active und passive Bewegungsempfindung, das Lagegefühl seien absolut intact. Ebenso der Drucksinn, Raumsinn (die Untersuchung mit dem Tastercirkel ergiebt an den Beinen geringere Zahlen als in der Norm, der Hyperästhesie entsprechend), Ortssinn, die Wärme- und Kälteempfindung. Die elektrische Prüfung ergiebt normale Verhältnisse. Die mikroskopische Untersuchung (Dr. Johnson) eines dem Peroneusgebiet entnommenen Muskelstückchens ergab normale Muskelfasern.

Dr. Schwarz führt im Weiteren aus, dass die einzelnen Theile des peripheren Nervensystems vom Alkoholismus verschieden hochgradig befallen würden. So sah H. Gudden die Nervenstämmе fast frei, die musculären Aeste hochgradig befallen — in vivo Ataxie und Parese; hier sei aus obigem Befunde nur zu schliessen, dass die Muskeläste nicht befallen seien. — An spinale Ataxie sei nicht zu denken, da ausser der Erhaltung der groben Kraft alle übrigen Symptome der

Tabes fehlen und der acute Beginn der Krankheit strict gegen Tabes spreche. Vortragender schildert dann das Symptomenbild der acuten Ataxie, das selten und wohl deshalb in die gebräuchlichen Handbücher nicht übergegangen sei: demselben lägen zwei Processe zu Grunde, eine Polyneuritis (bei Alkoholikern) und eine disseminirte Herderkrankung des Hirnstammes nach acuten Infectionskrankheiten (acute bulbäre Ataxie). Gemeinsam seien beiden Processen: das Befallensein aller 4 Extremitäten bei acutem Beginn, Nystagmus, Steigerung der Reflexe, das relative Zurücktreten der Sensibilitätsstörung, das Fehlen des Einflusses des Augenschlusses, Fehlen von Blasen- und Mastdarstörungen und die hochgradige Ataxie. Bei der acuten bulbären Ataxie aber würden die 4 Extremitäten zu gleicher Zeit befallen, die Ataxie der unteren Extremitäten prävalire nicht vor der oberen: letztere seien öfter hochgradiger befallen als die unteren, auch fehle die Symmetrie. Die Sprache zeige meist Störungen. Subjective Sensibilitätsstörungen fehlten immer, objective seien gleichfalls sehr geringfügig, meist gar nicht vorhanden, so die der Haut, auch solle in der Aetiologie der acuten bulbären Ataxie der Alkohol keine Rollen spielen. Bei Pat. seien aber  $3\frac{1}{2}$  Jahre die Beine allein befallen gewesen, die Sensibilitätsstörungen seien augenblicklich noch ausgedehnte und früher noch ausgedehntere und hochgradigere gewesen. Schmerzen habe Pat. viel gehabt; eine acute Infectionskrankheit sei wohl vorausgegangen — acuter Gelenkrheumatismus — doch läge er längere Zeit vor der Erkrankung zurück und falle gegenüber dem hochgradigen Alkoholismus wenig ins Gewicht. Der Gelenkrheumatismus werde auch in der Aetiologie der acuten bulbären Ataxie von Leyden nicht erwähnt. Somit meint Vortragender eine acute polyneuritische Ataxie annehmen zu dürfen — es läge also sehr wahrscheinlich eine Leitungsataxie vor.

Rein klinisch betrachtet habe man eine isolirte Störung der Coordination ohne Lähmung des Bewegungs- und Lagegefühls vor sich; auch sei die grobe Kraft nicht alterirt, ein Einfluss des Gesichtssinnes sei nicht vorhanden. Dieses Krankheitsbild illustriere genau die Anschauungen Duchenne's, der sich schon seiner Zeit gegen die sogenannte sensorische Theorie der Ataxie gewandt habe, welche Theorie

ja bekanntlich einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Sensibilität, speciell zwischen Bewegungsempfindung und Coordination als bestehend statuirt. Solche Fälle sprächen jedenfalls gegen diese Anschauung und liessen die Ansicht Duchenne's, dass die Coordination unabhängig sei von dem sogenannten Muskelsinn und Gesichtssinn wahrscheinlicher erscheinen. Diese Anschauung liesse sich aber erst bekräftigen, wenn es gelänge, solche Fälle genau anatomisch zu untersuchen. Die Prognose werde als eine nicht ungünstige bezeichnet; hier sei der lange Verlauf wohl auf den bis zur Aufnahme nicht unterbrochenen Consum von Alkohol zu beziehen und sei die Prognose, wenn es nicht gelänge, den Alkoholconsum für längere Zeit absolut zu sistiren, auch für die Zukunft in diesem Fall keine günstige.

(Autoreferat.)

Dr. Schönfeld spricht sich dahin aus, dass dieser diagnostisch schwierig zu deutende Fall seiner Meinung nach eher als eine atypische disseminirte Sklerose anzusehen sei, die durch Alkoholismus eine besondere Färbung erhalten habe. Diese differentiell-diagnostische Erwägung habe nicht nur theoretisches Interesse sondern auch prognostische Bedeutung, da bei der Annahme einer disseminirten Sklerose unter einer stationären Behandlung Besserung wohl möglich, aber auch von lange dauernder Alkoholabstinenz eine Heilung nicht zu erwarten sei. Für die Diagnose erscheine ihm bedeutungsvoll die hier vorhandene Verbindung von Ataxie mit Nystagmus. Der Nystagmus sei ein schwer wiegendes Symptom. Man brauche nicht an acute bulbäre Ataxie zu denken, denn die Anamnese, dass das Leiden acut entstanden sei, sei nicht massgebend, Patient könne sich darin irren, um so mehr als er Alkoholiker sei. Eine alkoholische Störung bestehe nebenbei, die chronische Alkoholintoxication gebe dieser atypischen Sklerose eine besondere Färbung. Die disseminirte Sklerose trete in so mannigfacher Gestalt auf, dass auch dieser Fall sich zwanglos in diese grosse Krankheitskategorie einreihen lasse.

Dr. v. Lieven spricht sich gegen die Annahme Dr. Schönfeld's aus, das Leiden könne sich allmählich, chronisch entwickelt haben. Wenn auch im Allgemeinen auf die von Alkoholikern gegebenen Anamnesen nicht viel Gewicht

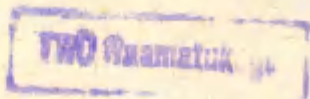
gelegt werden könne, da das Gedächtniss bei diesen Kranken selten ganz intact sei, so sei doch kaum glaublich, dass eine so schwere Störung, wie beginnende Ataxie, dem Kranken nicht aufgefallen und im Gedächtniss geblieben wäre, da er in seinem Beruf den ganzen Tag zu gehen und zu stehen hatte. Er sage ganz bestimmt aus, dass er eines Morgens mit der voll ausgebildeten Bewegungsstörung erwacht sei, nachdem er am Tage vorher nur eine leichte Schwäche und Unsicherheit in den Beinen verspürt habe. Zudem liegt eine die Anamnese des Patienten bestätigende Aeusserung des Fabrikarztes vor. Der Nystagmus lasse ja wohl an disseminirte Sklerose denken, sei aber für sich allein ein zu vieldeutiges Symptom, als dass man darauf die Diagnose einer disseminirten Sklerose stützen könne.

Dr. Th. Schwartz schliesst sich der Diagnose des Vortragenden an. Für Sklerose spräche nichts als der Nystagmus, während die Sensibilitätsstörungen wie die gleichmässige symmetrische Vertheilung der Ataxie auf eine periphere Localisation des Leidens hinwiesen. Nach Anamnese und Verlauf müsse er daher die Krankheit als eine alkoholische Polyneuritis ansehen.

Dr. E. Schwarz erwidert Dr. Schönfeldt, Nystagmus gehöre ebenso in das Bild der Polyneuritis wie in das der chronischen Sklerose. Auch bei Gesunden werde er so oft angetroffen, dass er für sich allein gar keinen Schluss auf ein Leiden des Centralnervensystems zu machen erlaube.

Dr. Schönfeldt meint, bei Gesunden finde sich Nystagmus doch nur in geringem Masse, während er im demonstrirten Fall doch wohl so ausgeprägt sei, dass man ihn für ein pathologisches Symptom halten müsse. Ferner weist er darauf hin, dass bei der Annahme einer alkoholischen Polyneuritis die Remission, die beim Patienten zu Hause eingetreten war, schwer zu erklären sei, da Alkoholiabstinenz während der häuslichen Behandlung doch sehr unwahrscheinlich sei.

Dr. E. Schwarz hat beim einfachen Seitwärtsblicken Gesunder einen ebenso stark ausgeprägten Nystagmus beobachtet wie bei diesem Kranken. Die zu Hause eingetretene Remission sei wohl dadurch zu erklären, dass Patient während des Zubettliegens den Schnapsverbrauch stark eingeschränkt habe, wie er das auch angebe.



Dr. Zwingmann bestätigt, dass leichter Nystagmus bei gesunden Personen so häufig sei, dass daraus nichts Besonderes gefolgert werden könne. Es wäre ja möglich, ja sogar wahrscheinlich, dass bei diesem Kranken schon von jeher Nystagmus bestanden habe, denn frischer Nystagmus etwas stärkeren Grades verursache den Befallenen häufig subjective Beschwerden durch Scheinbewegungen der Sehobjecte.

Dr. E. Schwarz bemerkt noch, in der Literatur werde Nystagmus als Symptom der acuten Ataxie der alkoholischen Polyneuritis erwähnt.

d. Z. Secretär: Dr. P. v. Lieven.

### Sitzung am 19. Januar 1900.

1. Dr. Schönfeldt stellt einen Mann vor, der vor etwa 2 Monaten von ihm in Behandlung genommen wurde. Patient wies damals alle Zeichen von Myxödem auf. Schwellung der Haut und des Unterhautzellgewebes im Gesicht, an Rücken und Brust, Armen und Beinen. ausgeflossenes Gesicht mit plumper, dicker Nase, ebensolchen Lippen, geschwollenen Augenlidern, schmaler Lidspalte; die Haut überall weiss, blutleer, alabasterähnlich, prall elastisch geschwellt, so dass sich keine Hautfalte aufheben liess. Auch Schwellung des Zahnfleisches. Im Allgemeinen etwas Plumpes. körperlich Schwerfälliges; Herabsetzung der motorischen Kraft. Auch geistige Schwerfälligkeit. Schwachsinn. Pat. soll angeblich vor einem halben Jahre in Folge von Erkältung bei einem Feuerschaden erkrankt sein; alle Erscheinungen hätten stetig zugenommen vor der Behandlung. Unter der Behandlung mit Thyroidin sind alle genannten Erscheinungen soweit zurückgegangen, dass der Mann als nahezu geheilt angesehen werden kann. Besonders interessant ist an dem Fall, dass mit dem Fortschreiten des Myxödems sich Sehnervenatrophie und bitemporale Hemianopsie entwickelt hatten; Dr. Schönfeldt erinnert an die experimentellen Untersuchungen Stieda's, etc., nach denen durch Exstirpation resp. Atrophie der Thyreoidea eine compensatorische Hypertrophie der Hypophysis zu Stande kommt. Es liegt nun nahe,

auch in diesem Fall an eine solche compensatorische Hypertrophie der Hypophysis zu denken, die durch Druck auf das Chiasma die bitemporale Hemianopsie verursacht. Uebrigens sind die Erscheinungen an den Augen unter der Behandlung auch zurückgegangen.

Dr. Mandelstamm l. berichtet das Nähere über den Befund an den Augen vor und nach der Behandlung und schliesst sich der Vermuthung Dr. Schönfeldt's an, dass es sich wahrscheinlich um Erscheinungen handle, die durch Druck der vergrösserten Hypophysis auf das Chiasma hervorgerufen würden (der Fall ist zur Veröffentlichung bestimmt).

2. Dr. Schönfeldt demonstrirt an einer 41 Jahre alten Buschwächtersfrau, VI. para, die Vereinigung dreier Symptomencomplexe:

a) die bekannten Veränderungen der chronischen progressiven Bulbärparalyse in den weinerlichen Gesichtszügen, der kaum noch verständlichen Sprache, Schlingbeschwerden, an der leicht atrophischen Zunge fibrilläres Zittern etc.;

b) spastische Atrophie der Arme, Krallenhandtypus, fibrilläres Zittern in den atrophischen kleinen Handmuskeln, motorische Schwäche der Arme mit lebhaft gesteigerten Sehnenphänomenen (im Supinator longus, Triceps etc.), einfache quantitative Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit (Degeneration der Vorderhörner resp. progressive Muskelatrophie spinalen Ursprungs) und

c) Rigidität und Parese der unteren Extremitäten ohne atrophische Erscheinungen (spastische Spinalparalyse).

Die beiden linksseitigen Extremitäten sind stärker betroffen. Keinerlei Sensibilitätsstörungen. Die Reihenfolge, in welcher die Symptome aufgetreten, ist anamnestisch nicht mit Sicherheit festzustellen, aus den wechselnden Angaben scheint hervorzugehen, dass die Störungen in den Extremitäten im Juni 1899 (anfangs nur links), die bulbären Symptome dagegen erst im Herbst 1899 bemerkt worden seien.

Es ist überflüssig, eine scharfe Unterscheidung durchzuführen, ob es sich um die sog. amyotrophische Lateralsklerose handelt, zu der im weiteren Verlauf die Symptome der

Bulbärparalyse hinzugekommen, oder aber ob zu einer progressiven Bulbärparalyse der Symptomencomplex der spastisch-amyotrophischen Erkrankung der Extremitäten sich zugesellt. Wir erkennen in beiden Fällen das Analoge: die Erkrankung der bulbären Kerne und der diesen entsprechenden trophisch-motorischen Centren für die Spinalnerven mit Sklerose der Pyramidenbahnen. Der gleiche Degenerationsvorgang in identischen, nur hinsichtlich der Localisation unterschiedenen nervösen Elemente macht uns die allzu nahe Verwandtschaft dieser klinischen Gruppe verständlich; wir sehen daher nicht selten die progressive Bulbärparalyse, spinale Muskelatrophie und amyotrophische Lateralsklerose sich gegenseitig compliciren. Es erscheint daher gerechtfertigt, wenn man diese 3 klinischen Bilder unter einem Gesichtspunkte betrachtet. (Autoreferat; Discussion siehe unter 4.)

3. Dr. Mey stellt einen Fall von sporadischem Cretinismus vor, der ein 25jähriges Mädchen betrifft, welches sich in einem auffallenden körperlichen und geistigen Rückstande befindet. Das Individuum stammt von gesunden Eltern, bei denen weder Lues, Alkoholismus noch schwerere Erkrankungen des Centralnervensystems nachzuweisen sind. Objectiv lässt sich eine Einziehung des Nasenrückens constatiren, keine auffallende Entwicklung des Unterhautfettgewebes, keine Vergrößerung der Schilddrüse. Die Genitalorgane befinden sich in hypoplastischem Zustande.

Anknüpfend an diesen Fall referirt Vortragender über eine Beobachtung, die er vor 2 Jahren zu machen Gelegenheit hatte, es handelte sich um die Leiche eines neugeborenen Kindes, welches mit jener Affection behaftet war, die seit Alters her den Namen «foetale Rachitis» trägt. Das Auffallendste an dem Foetus war ein bedeutendes Missverhältniss zwischen Rumpf und Extremitäten, die sehr kurz und dick waren; ferner eine ungewöhnlich starke Einziehung der Nasenwurzel, Vergrößerung der Zunge und der Schilddrüse. Das Unterhautfettgewebe bot eine ungewöhnlich starke Entwicklung dar, die sich auf den ganzen Körper bezog. Dieser beschriebene Zustand führt in praxi die Bezeichnung «foetale Rachitis» obgleich er mit Rachitis thatsächlich nichts zu thun hat, sondern in die Gruppe des Cretinismus hineingehört. Neuerdings ist eine Publication von Stoeltzner

aus der Charité-Kinderklinik erschienen, in welcher für den in Rede stehenden Zustand der Name «foetales Myxödem» vorgeschlagen wird, wodurch das Wesen der Krankheit am besten charakterisirt sein dürfte.

(Autoreferat.)

Dr. Keilmann giebt ein Referat über den Befund der Genitalien des von Dr. Mey vorgestellten Mädchens. Die äusseren Genitalien sind sehr klein, sonst normal, für einen Finger durchgängig; die innere Untersuchung nur per rectum möglich, Uterus sehr klein, gerade noch zu finden, im foetalen Zustande. Von Adnexen ist nichts weiter zu fühlen als auf einer Seite ein dünner Strang, den man wohl als die foetale Ovarialanlage ansprechen kann, eigentliche Ovarien nicht zu finden, das erklärt die bestehende Amennorrhoe.

4. In der Discussion über den von Dr. Schönfeldt vorgestellten 2. Fall äussert sich Dr. E. Schwarz dahin, es sei richtig, dass die 3 genannten Symptomencomplexe functionell zusammengehören, insofern sie Erkrankungen functionell gleicher Nervelemente darstellen; deswegen dürfe man aber die Krankheitsbilder nicht zusammenwerfen, sondern müsse sie strenger auseinanderhalten als Vortragender es gethan habe. In der neueren Zeit ist das ätiologische Moment dasjenige, welches in erster Linie zur Eintheilung der Krankheiten benutzt wird; wenn wir auch für die in Rede stehenden Erkrankungen von der Aetiologie noch nicht viel wissen, so genügen doch Unterschiede im Verlauf schon, um eine Zusammenfassung, wie Herr Dr. Schönfeldt sie will, als nicht opportun erscheinen zu lassen, so sei die amyotrophische Lateralsklerose im Gegensatz z. B. der spastischen Spinalparalyse eine acute Erkrankung und die spastische Spinalparalyse eine exquisit chronische, beide Krankheitsbilder unter einem Gesichtswinkel zu betrachten, könne dem Bestreben, differenzirte, in sich abgeschlossene Krankheitsbilder zu schaffen, nicht dienlich sein. — An der Patientin ist auffallend, dass wohl eine leichte Atrophie der Zunge vorhanden ist, aber diese wohl kaum der Schwere der Sprachstörung entspricht.

Dr. Schönfeldt hat nur darauf aufmerksam machen wollen, dass bei der heutigen Anschauung diese Krankheitsbilder nosologisch kaum zu trennen sind, sie sind eben ana-

loge Vorgänge nur in verschiedener Localisation, einmal handelt es sich um Degeneration der motorischen Kerne des Bulbus, das andere Mal um denselben Vorgang in den motorischen Kernen der Vorderhörner mit Degeneration der Pyramidenstränge. Man ist daher nicht berechtigt, zwei verschiedene Krankheiten anzunehmen. — Die verhältnissmässig geringe Atrophie der Zunge ist nicht auffallend, denn die Sprache ist ein so complicirter motorischer Act, dass bereits geringe Atrophie der zum Sprechen nöthigen Musculatur genügt, um erhebliche Störungen der Sprache zu verursachen.

Dr. E. Schwarz kann nur die functionelle Zusammengehörigkeit anerkennen. Aehnlich sei es mit der Polyneuritis. Wenn man alle Polyneuritiden, die puerperalen, senilen, rheumatischen, infectiösen, die durch Arsen, Blei, Alkohol u. s. w. verursachten als wesensgleich ansehen und in gleicher Weise behandeln wollte, so würde man zu schweren diagnostischen, prognostischen und therapeutischen Irrthümern gelangen. Man soll in Diagnose und Prognose differenzirte Krankheitsbilder nicht verwischen.

Dr. Schönfeldt betont nochmals, es seien im vorliegenden Falle ganz analoge Vorgänge in identischen Elementen. Ueber die Aetiologie dieser Krankheiten ist nichts bekannt, die Therapie ist auch dieselbe, vom praktischen Standpunkt ist daher die Trennung belanglos, theoretisch ist es richtiger, sie nicht zu trennen. — Auch in der Psychiatrie hatte man noch vor Kurzem scharf differenzirte Krankheitsbilder, die man heute alle Degenerationspsychosen nennt.

5. Dr. Keilmann hält den angekündigten Vortrag: «Ueber Vaporisation». Redner giebt einen Ueberblick über die bisher publicirten Erfahrungen und kommt zum Schluss, dass man sich vorläufig dieser Behandlungsmethode gegenüber ablehnend verhalten müsse.

d. Z. Secretär: Dr. P. v. Lieven.

---

## Sitzung am 2. Februar 1900.

1. Discussion über den auf der vorigen Sitzung von Dr. Keilmann gehaltenen Vortrag «Ueber Vaporisation».

Auf Aufforderung des Präses recapitulirt Dr. Koilman die Hauptgesichtspuncte seines Vortrages. Er stütze seine Kritik der Methode auf die zahlreichen Veröffentlichungen von Misserfolgen und Unglücksfällen. Auf dem Münchener Congress des letzten Jahres sei die Frage zu einem gewissen Abschluss gelangt; von den Anhängern werde aber das Ergebniss des Congresses nicht richtig dargestellt. Namhafte Collegen hätten sich nicht pro Pincus ausgesprochen, an Kliniken würden keine Versuche mit der Methode gemacht; wo sie gemacht worden sind, seien sie aufgegeben worden.

Dr. Gerich weist dem gegenüber auf die zahlreichen guten und glänzenden Erfolge hin, wie sie aus der auf Grund von Fragebogen erzielten Sammelforschung zu Tage treten. In den Fragebogen haben sich nicht nur praktische Aerzte geäussert, sondern auch akademische Lehrer und zwar überwiegend diese. Die Sammelforschung giebt über 922 Fälle Aufschluss; bei 813 von diesen findet sich notirt von der Hand der Operateure: wesentlich gebessert resp. geheilt. Auf die 109 restirenden Fälle fallen die nicht gebesserten, die noch in Beobachtung stehenden, bei denen der definitive Erfolg noch nicht ersichtlich ist, und die Missertolge. Letztere sind in den Fachblättern besonders besprochen worden. Sie sind zum grossen Theil auf die Benutzung eines ungeeigneten Instrumentariums resp. auf Abweichungen von den Vorschriften bei Anwendung desselben zurückzuführen. Von akademischen Lehrern sind Mitarbeiter an den Fragebogen: Fritsch, v. Winkel, Müller, Sänger, Winter, Pfannenstiel, Beuttner, Schäffer, v. Steinbüchel. Letzterer sprach in München über die Verwendung des heissen Wasserdampfes in der Gynäkologie; bei 72 so behandelten Fällen sind 64 vollständige Heilungen zu verzeichnen. An der Discussion betheiligte sich Flatow (Nürnberg), dieser hält die Atmokaussis für nur sehr beschränkt anwendbar, behauptet bei Blutungen stets mit der Curette auszukommen, entgegengesetzt einer früheren Aeusserung von ihm. v. Guérard (Düsseldorf) berichtet über eine lebensrettende Wirkung des Dampfes bei einer Bluterin, deren Mutter sich bei einer Menstruation verblutet hatte, hält im Uebrigen das Verfahren nur in wenigen Fällen für anwendbar. Prof. v. Herff (Halle) hat nur Misserfolge zu verzeich-

nen, seine Patienten haben gefiebert, der Kessel explodirte, er möchte keine weiteren Versuche anstellen. Später hat Prof. v. Herff Dr. Gerich privatim mitgetheilt, es thäte ihm leid, so energisch gegen die neue Methode aufgetreten zu sein, er wolle sich durch seine Misserfolge nicht von weiteren Versuchen abschrecken lassen. Kroenig berichtet über experimentelle Versuche mit dem Snegirew'schen Apparat, der fast von Allen als ungeeignet bezeichnet wird. Prof. Fritsch betont, dass die Curette kein unfehlbares Mittel gegen Blutungen ist und dass vor der Exstirpation des Uterus die Atmocaustis zu versuchen sei. Man müsse lernen, die geeigneten Fälle auszusuchen. In Erkennung der guten Seiten der Atmocaustis warnt er davor, das Kind mit dem Bade auszuschütten. Warum Prof. Fritsch nicht eifriger für die Sache eintrat, geht aus einem Briefe, von ihm an Dr. Gerich vor der Münchener Versammlung geschrieben, hervor; er sagt dort: «ich kann vorläufig literarisch noch nicht für die Methode eintreten, denn thue ich es, so muss ich ganz klar darüber sein, das ist noch nicht der Fall»: und weiter: «wenn gesagt wird, man käme mit dem Alten aus, so ist das nicht richtig, denn wenn wir mit der neuen Methode Totalexstirpationen wegen Blutung umgehen, so ist das doch etwas Grosses!» Dr. Gerich meint, dass aus dem Schweigen der in München anwesenden Autoritäten nur geschlossen werden kann, dass sie, ebenso wie Fritsch sich noch nicht äussern können, weil noch Vieles, speciell in der Indicationsstellung, noch geklärt werden muss und sie selbst noch nicht klar sehen; dagegen gesprochen hat thatsächlich keiner von ihnen, ebenso wie es Thatsache ist, dass sie weitere Versuche anstellen. Beispielsweise hat Werthheim (Wien) Dr. Gerich auf eine diesbezügliche Frage mitgetheilt, dass er Manches an der neuen Methode für brauchbar hält und nur noch keine Versuche hat anstellen können, weil er mit anderen Dingen zu sehr beschäftigt gewesen sei. Dührssen (Berlin) schreibt in der letzten Nummer des Centralblatts: «bezüglich der Erfolge der Vaporisation erwähne ich noch kurz, dass dieselben mich bei rein klimakterischen Blutungen andauernd sehr befriedigten». Und Czempin (Berlin) sagt in einem in der November-Sitzung der dortigen Gynäkologischen Gesellschaft gehaltenen

nen Vortrage, dass er bei 2 Fällen von unstillbaren Blutungen bei Stumpfexsudaten nach doppelseitiger Ovariosalpingotomie die Verödung des Uterus erzielte, bei 9 Fällen von klimakterischen Blutungen stets einen guten Erfolg zu verzeichnen hatte und dass die Operation überall ohne üble Folgen verlief. In 7 dieser Fälle cessirten die Blutungen dauernd, in 2 Fällen kehrten sie in normaler und geringer Weise wieder. Aus dem Angeführten erhellt, dass die Methode anerkannt Segensreiches zu leisten im Stande ist und dass sie nicht von der Bildfläche verschwunden ist und wohl auch nicht verschwinden wird. Dass sie viele Gegner hat, darin theilt sie das Schicksal aller neuen Methoden, die im Entstehen begriffen sind und Misserfolge zu verzeichnen haben.

Dr. v. Stryk glaubt, Dr. Keilmann sehe die Sache durch eine zu schwarze Brille an. Wenn er auch selbst noch wenig Erfahrung besitze mit dieser Methode, so meine er doch, dass sie nicht so ganz von der Hand zu weisen sei. Es bestehe doch sicherlich in vielen Fällen von Blutungen, wo das Curettement im Stich lässt, das Bedürfniss nach einem Mittel, um die Totalexstirpation zu vermeiden; da biete sich in der Atmocausis ein Mittelweg. Besonders erscheine diese Methode angebracht bei Blutungen im Klimakterium, wie sie ja bis in das hohe Alter hinein vorkommen ohne wesentliche Veränderung der Schleimhaut. Er erinnert sich eines Falles, in dem die profusen Blutungen nach der Atmocausis auf einige Monate ganz verschwanden, während der Uterus durch das Verfahren nicht verödet war; später kehrten die Blutungen wieder, waren aber nur mässig und nicht so lang dauernd. — Die Methode sei unzweifelhaft vielfach bei ungeeigneten Fällen angewandt worden; wenn man sich aber auf richtig ausgewählte Fälle beschränke, so sei es ein ebenso gutes Mittel wie die Abrasio.

Dr. Rulle: Da im Klimakterium die Schleimhaut des Uterus eine gleichmässige Beschaffenheit aufweist, so sei wohl auch eine gleichmässige Einwirkung des heissen Dampfes auf alle Partien der Schleimhaut denkbar und ein günstiges Resultat möglich. Aber die Blutungen im Klimakterium seien häufig gar nicht Blutungen aus dem Uterus im eigentlichen Sinne, sondern Ausdruck von Blutstockungen im

Becken. Zur Hebung dieser venösen Stauungen und zur Regulirung des Blutkreislaufes in den Beckenorganen haben wir ein gutes Mittel in den Terraincuren. Man solle daher mit der Anwendung der Atmocausis vorsichtig sein, da unter Umständen ungefährlichere Mittel auch zum Ziele führten.

Dr. Keilmann: Es könne nicht genug betont werden, dass die Anhänger der Atmocausis keine klaren Indicationen für ihr Verfahren aufgestellt haben. Anfangs wurde einfach Alles damit behandelt, allmählich treten sie, halbgezwungen, immer mehr Gebiete ab. Auf dem geburtshilflichen Gebiet hat die Methode gar keinen Boden. Auch Fritsch sagt, bei Abort kommen wir aus ohne Atmocausis. Dr. Gerich hat in zwei Fällen zuerst curettirt, dann vaporisirt, dann kann man gar nicht mehr sagen, welchem Verfahren man den Erfolg zuschreiben soll. Wir sind gewiss oft um ein Mittel verlegen bei Blutungen, aber die Atmocausis ist kein geeignetes. Allmählich sind alle Indicationen geschwunden bis auf die klimakterische Blutung und das ist keine Diagnose. Soweit es sich dabei um arteriosklerotische Uteri handelt, wäre doch immerhin zu erwägen, ob nicht eine Total-exstirpation vorzuziehen sei.

Dr. v. Stryk erwidert, bei jeder neuen Methode würden Anfangs Missgriffe in der Stellung der Indication gemacht. Pincus ist darin immer vorsichtiger geworden. Versuche mit der Atmocausis bei Abort sind Redner nicht sympatisch, Ausräumung und Secale sind entschieden besser. Was die Gefährlichkeit des Verfahrens anbetrifft, so ist es bei richtiger Indicationsstellung und bei Einhaltung aller durch die Erfahrung bereits festgestellten Cautelen als nicht gefährlicher anzusehen als die Abrasio.

Dr. Hach: Abrasio werde auch viel zu oft gemacht und oft auf Grund irrthümlicher Diagnosen, so bei Perimetritiden, wo dann dadurch nicht genützt, wohl aber geschadet werden könne. In Bezug auf die klimakterischen Blutungen kann Redner sich durchaus Dr. Rulle anschliessen, sie beruhen meist auf Stauung, die durch allgemeines Regime bekämpft werden müsse. Die Atmocausis bringe immer die grösste Gefahr mit sich, schon allein durch die Möglichkeit der Verschleppung von Gerinnseln aus den Uterusgefässen. Dürssen kann nicht zu Gunsten des Verfahrens angeführt wer-

den, er befolgt eine ganz eigene andere Methode, er untersucht erst genau, dilatirt, abrasirt und dann dampft er erst. Nach den bisherigen Erfahrungen noch weiter zu dampfen, hält Redner für unzulässig. Die Fragebogen beweisen nichts, sie sind in wissenschaftlicher Beziehung kein zuverlässiges Material.

Dr. v. Stryk entgegnet Dr. Hach, dass doch wohl angenommen werden müsse, dass, wer sich mit Gynäkologie befasse, auch zu untersuchen verstehe und eine Perimetritis von Endometritis zu unterscheiden wissen werde. Uebrigens sei nicht einzusehen, warum die Vaporisation gefährlicher sein solle als das heisse Wasser, das doch allgemein angewandt würde; es gelange ja auch bei der Vaporisation nur heisses Condenswasser zur Anwendung, wie Dr. Keilmann ausgeführt habe. Alle Vorsichtsmassregeln müssten natürlich beobachtet werden.

2. Dr. Hildebrandt (als Gast) stellt aus der Dr. v. Bergmann'schen Abtheilung des Stadtkrankenhauses einen Fall von *Syringomyelie* vor, der sich durch verhältnissmässig starke Betheiligung des Knochen- und Gelenkapparates auszeichnet. Die 55jährige Frau erkrankte im October vorigen Jahres unter Schwellung des rechten Ellenbogengelenks und Fistelbildung dortselbst; aus der Fistel ergoss sich seröse Flüssigkeit. Wegen fortschreitender Verschlimmerung suchte Patientin im Januar a. c. das Stadtkrankenhaus auf. Man sieht jetzt an ihr und auf dem Röntgenphotogrammen: starke Schwellung des rechten Ellenbogengelenks und des ganzen Vorderarmes, die fortbestehende Fistel, Unmöglichkeit der activen Pronation und Supination dabei Schlottern des Ellenbogen- und des Handgelenkes Verkümmern und Verkrüppelung aller Endphalangen der Finger der rechten Hand, Krallenform der Nägel. Der zweite Finger fehlt; angeblich in Folge eines Panaritiums mussten vor 13 Jahren successive alle 3 Phalangen amputirt werden. Schlottern des Daumeninterphalangealgelenks. Skoliose der unteren Brustwirbelsäule, rechts convex; geringe Lordose der oberen Lendenwirbelsäule. Ferner besteht geringe Atrophie des rechten *Musculus deltoideus* und der rechten langen Rückenmuskeln. In Bezug auf die Empfindungsqualitäten ist zu bemerken, dass der Temperatursinn am meisten ge-

litten hat, diese Störung ist am ganzen Körper nachweisbar, am wenigstens am linken Oberarm und rechten Oberschenkel. Vorn am Rumpf weist eine Zone von den Brustwarzen bis zum Nabel Hypalgesie auf, ebensolche besteht auch am rechten Vorderarm, wo auch die Schmerzempfindung der tieferen Theile aufgehoben ist, denn man kann mit den schlotternden Gelenken die rücksichtslosesten passiven Bewegungen vornehmen, ohne das Patientin Schmerzen spürt. Die Berührungsempfindung ist überall normal.

Dr. Schönfeldt macht darauf aufmerksam, dass am rechten Auge der Patientin die Trias der oculopupillären Symptome, wie sie bei der Klumpke'schen Lähmung vorkommt, andeutungsweise zu sehen sei. Verengung der Lidspalte, Zurückgesunkensein des Bulbus, Myosis. Das Vorhandensein dieser oculopupillären Symptome spreche dafür, dass der Process im Rückenmark sich nach oben bis in das untere Cervicalmark erstrecke.

3. Dr. O. Klemm hält seinen angekündigten Vortrag: «Ueber Frauenmilch».

Dr. O. Klemm wendet sich gegen die neuerdings inaugurierte Lehre, dass die Milch verschiedener Frauen eine grosse Uebereinstimmung in ihrer Zusammensetzung aufweise (Heubner'sche Schule). Auf Grund lange fortgesetzter Untersuchungen ist nun Vortragender zum Resultat gelangt, dass dieser Lehrsatz falsch und in seiner praktischen Anwendung gefährlich sei. Dem Beweise des ersten Theils seiner Behauptung wendet er sich heute zu, während er der klinischen Seite der Frage späterhin nähertreten will, indem er sich vorbehält, die gesammten Resultate seiner Untersuchungen seinerzeit im Zusammenhange zur Veröffentlichung zu bringen. Vortragender demonstriert an einer Reihe von Tabellen über die procentische Zusammensetzung von Milch, dass der Eiweissgehalt, besonders der Caseingehalt von der 3. Woche der Lactation an bei der einzelnen Frau eine grosse Constanz aufweise, abgesehen natürlich von physiologisch-gesetzmässigen Schwankungen der Zusammensetzung vor, während und nach dem Säugen, während ein Vergleich der Milchen verschiedener Frauen eine bedeutende Inconstanz ergibt.

Dr. Keilmann kann Dr. Klemm nicht aus eigener Erfahrung auf das chemische Gebiet folgen, da ihm die chemi-

schen Untersuchungen unzugänglich sind. Er muss sich daher darauf beschränken, sich an die in der Literatur niedergelegten Erfahrungen und an die klinische Seite der Frage zu halten. In der Kritik derartiger Untersuchungen heisst es immer, dass eine Fehlerquelle möglich sei, es bestehen bei Autoritäten auf chemischem Gebiet Zweifel. In der Literatur werde immer die Inconstanz in der Zusammensetzung der Milch von einer und derselben Frau betont, Schwankungen nach der Jahreszeit, vor und nach dem Stillen. Auch in Molkereien sei keine Constanz, besonders in Bezug auf den Fettgehalt, zu erzielen. Gegenüber dieser immer wieder beobachteten Inconstanz in der Zusammensetzung der Milch einer und derselben Frau erscheint Redner die Zahl der von Dr. Klemm untersuchten Proben zu klein. Das Ungenügende kleiner Zahlen bei solchen Untersuchungen wird von der Kritik immer hervorgehoben. Ob bei den grösseren Untersuchungsreihen die von Dr. Klemm behaupteten Resultate zu beweisen wären? Die klinische Beobachtung, dass eine an sich gesunde Frau ihr Kind gut ernährt, bleibe bestehen und dass eine solche Frau eine pathologische Milch liefern sollte, sei bisher nicht bewiesen.

Dr. O. Klemm weist darauf hin, dass er hier nur einen kleinen Theil seiner Untersuchungsreihen hat demonstrieren können; er hat z. B. allein von einer Frau ca. 50 Milchproben untersucht, hat lange Reihen von Untersuchungen in den verschiedensten Perioden der Lactation gemacht und ist immer zu denselben Resultaten gekommen.

Derartige Untersuchungen sind bisher noch gar nicht gemacht worden und ehe die seinigen nachgeprüft worden seien, könne man über die Frage gar nicht discutiren.

Dr. Keilmann betont, dass er sich auf klinische Beobachtungen stütze und bezieht sich auf seine veröffentlichten und auch in unserer Gesellschaft mitgetheilten Untersuchungen über Säuglingsernährung.

Dr. Klemm wendet ein, die Untersuchungen Dr. Keilmann's bezögen sich nur auf Anfangsmilchen. In den Molkereien sei es eine allen älteren Beamten bekannte Thatsache, dass eine Milchkuh niemals zu einer Butterkuh gemacht werden könne.

Dr. Woloshinsky betont die grosse klinische Bedeutung der Untersuchungen von Dr. Klemm. Er habe in

dieser Frage eine schwerwiegende Erfahrung an seinem eigenen Kinde gemacht, das bei 2 Ammen beinahe zu Grunde ging an Ernährungsstörungen, während es bei der dritten unter dem im Uebrigen gleichen Regime gut gedieh. Das könne doch nur durch die Verschiedenheit der Milch der 3 Frauen erklärt werden.

Dr. Klemm bittet, jetzt nicht über die klinische Seite der Frage zu sprechen, da er diese späterhin in einem neuen Vortrage behandeln werde.

d. Z. Secretär : Dr. P. v. Lieven.

---

## Sitzung am 16. Februar 1900.

1. Dr. Th. Schwartz demonstirt eine Kranke, die nach Ansicht des Vortragenden, der mit Bestimmtheit die Diagnose nicht stellen will, an diffuser Sklerodermie leidet. Die 25jährige Kranke klagt über das Gefühl von Steifigkeit in den Extremitäten, besonders in den Händen, an welchen Stellen die Haut Eruptionen aufweist, die an Urticaria erinnern, doch zeigt eine genauere Betrachtung, dass es sich um tiefgreifende Veränderungen der Haut handelt, dieselbe ist sklerotisirt. Dieser Fall erinnere an einen vor ca. 3 Jahren von Dr. Behr gezeigten Kranken und an einen weiteren von Bruhns beschriebenen Fall von Sklerodermie. Letzterer pflichte der Meller'schen Theorie bei, der die Krankheit als eine Angioneurose und nicht als eine locale Hauterkrankung auffasst.

2. Dr. Schönfeldt demonstirt im Anschluss an das soeben verlesene Protokoll der vorigen Sitzung ein mikroskopisches Rückenmarkspräparat von Syringomyelie.

3. Dr. Hampeln hält seinen angekündigten Vortrag: « Ueber Aortenaneurysma und mediastinale Tumoren » (erscheint im Druck).

Dr. Krannhals: Es sei eine dankenswerthe Aufgabe der der Vortragende sich unterzogen, indem er auf Grund seines grossen Beobachtungsmaterials die Erscheinungen des Aortenaneurysma, soweit dasselbe die der Aorta benachbarten Organe in Mitleidenschaft ziehe, zum Gegenstand einer spe-

ciellen Untersuchung gemacht habe. Gerade über diesen Punkt sei in den uns naturgemäss naheliegenden deutschen Lehrbüchern nicht viel gesagt, was vielleicht darin seinen Grund habe, dass das Aortenaneurysma in Deutschland seltener sei als bei uns zu Lande. Hinsichtlich der äusseren Untersuchungsmethoden hat *Kranhals* bisher nicht Gelegenheit gehabt, das *Oliver-Cardarelli'sche* Symptom (Herabrücken und pulsatorische Bewegung des Kehlkopfs und Mittheilung der Pulsation an die Trachea) nachweisen zu können, das besonders deutlich bei versteckten Aneurysmen des concaven Aortenbogens sein soll. Daher bitte er *Dr. Hampeln* um Auskunft darüber, ob er dies Symptom habe verwerthen können.

*Dr. Hampeln*: Das *Oliver-Cardarelli'sche* Symptom habe er in seinem Vortrage absichtlich nicht erwähnt, weil es in den Rahmen desselben nicht hineinpasste. Wenn gleich das Symptom stets beachtenswerth sei, so sei es doch nicht eindeutig, zumal eine solche pulsatorische Erschütterung der Trachea auch bei mediastinalen Tumoren beobachtet werde, wie *Fraenkel* das beschreibt. Eine weitere Einschränkung erleide das Phänomen dadurch, dass es mehr ein Merkmal der grösseren Aneurysmen und nur selten deutlich ausgeprägt sei; letzteres sei aber ein Mangel, weil gewöhnliche Erschütterungen der Trachea auch unter normalen Verhältnissen vorkämen.

*Dr. Bergengrün* fragt den Vortragenden, ob er das Aortenaneurysma als Ursache eines hartnäckigen Hustens in Fällen hat feststellen können, wo in den Lungen oder anderen hierbei in Betracht kommenden Organen eine Entstehungsursache für denselben nicht nachgewiesen werden konnte. *Prof. Sokolowski* (Warschau) habe derartige Beobachtungen gemacht und deute beim Auftreten eines aus dem übrigen Organbefunde nicht zu erklärenden hartnäckigen Hustens ein vorhandenes Aortenaneurysma als Grund desselben.

*Dr. Hampeln*: Der von *Dr. Bergengrün* erwähnte Zusammenhang zwischen Husten und Aortenaneurysma sei von ihm nicht beobachtet worden, erscheine aber sehr wahrscheinlich. Bei Erkrankungen des *Mediastinums* könne sich starker Husten einstellen und sei bei einem von ihm beob-

achteten Lymphosarcom des Mediastinums vorhanden gewesen.

Dr. Mey hat in der Literatur zwei Beobachtungen verzeichnet gefunden, in denen eine hochgradige Dilatation des linken Vorhofs als Ursache einer linksseitigen Recurrenslähmung beschrieben werde.

Dr. Hampeln: Er habe von dieser Beobachtung gehört, doch habe er die betreffende Angabe in der Literatur nicht gefunden und auch selbst diese Erscheinung nicht beobachtet. Es müsse jedenfalls zugegeben werden, dass bei Anwesenheit einer stärkeren Dilatation des linken Ventrikels die anatomischen Bedingungen für die Entstehung einer Recurrenslähmung vorliegen.

Dr. v. Rimscha: Wenngleich eine Recurrenslähmung nicht immer eine Heiserkeit hervorrufe, so verursache sie doch meist mehr oder weniger deutliche Stimmstörungen, die das geübte Ohr bereits höre, wo das weniger geübte sie noch nicht vernehme, so sei es ihm aufgefallen, dass Prof. Stoerck (Wien) Stimmstörungen wahrnehmen konnte, die Andere noch gar nicht hörten. In dem Sinne glaube er auch den Ausspruch Dr. Hampeln's über fehlende Heiserkeit trotz Recurrenslähmung auffassen zu sollen und dass eine laryngoskopische Untersuchung behufs Nachweises einer eventuell vorhandenen Recurrenslähmung in jedem Fall vorzunehmen sei.

Es gebe Recurrenslähmungen vorübergehender Natur im Anschluss an acute Infectiouskrankheiten. Rimscha bittet den Vortragenden um Auskunft, ob er nach Influenza derartige Recurrenslähmungen beobachtet habe bzw. ob sie passagerer Natur waren. Er selbst habe eine einseitige Recurrenslähmung bei sonst negativem Befund beobachtet, die nach einigen Jahren, als Redner den Patienten wiedersah, geschwunden war.

Dr. Hampeln: Die Sprechstimme lasse öfter keine hörbaren Störungen wahrnehmen, trotzdem könne man bei einer laryngoskopischen Untersuchung in derartigen Fällen bereits vorhandene Posticus- bzw. Recurrenslähmungen nachweisen. Vorübergehende Recurrenslähmungen habe er nach croupöser Pneumonie auftreten sehen, nach Influenza nicht.

stellv. Secretär: Dr. W. Vierhuff.

---

## Sitzung am 15. März 1900.

Dr. G. Kieseritzky demonstriert mehrere mikroskopische Präparate von Aktinomykose und Pseudoaktinomykose und behandelt an der Hand der Literatur die wenigen Momente, die man zu einer klinischen Unterscheidung der verschiedenen unter dem Bilde der Aktinomykose gehenden Erkrankungen heranzuziehen vorgeschlagen hat. Wenn aus den wenigen ihm zur Untersuchung vorgelegenen Fällen geschlossen werden dürfe, so schein die Pseudoaktinomykose häufiger vorzukommen, als man nach der spärlichen bis jetzt vorhandenen Literatur vermuthen könne. Unter 3 Fällen klinisch unter dem Bilde der Aktinomykose verlaufenen Erkrankungen fanden sich eine typische Aktinomykose und 2 Pseudoaktinomykosen, von denen der eine Fall von einem von Berestnew beschriebenen und der andere von dem von Sawtschenko beschriebenen nicht zu unterscheiden war. Relativ oft schein sich der pseudoaktinomykotische Eiter durch seinen üblen Geruch auszuzeichnen.

(Autoreferat.)

Dr. Brutzer fragt, ob der bei Aktinomykose gebildete Käse sich von tuberculösem Käse unterscheidet. Der Aktinomykosepilz gehöre ja in eine Gruppe mit dem Tuberkelbacillus.

Dr. Kieseritzky hat hierüber keine eigenen Erfahrungen. Es bestehen manche Uebereinstimmungen zwischen den beiden Pilzen; so erzeugten Babes und Friedrich Pilzdrusen mit Kolben im Gewebe bei Kaninchen durch subdurale und intravenöse Injectionen von Tuberkelbacillen-Reinkulturen, Lubarsch will die Pilze der Aktinomykosegruppe und den Tuberkelbacillus zu einer grossen Gruppe der Streptotricheen vereinigen.

Dr. v. Bergmann: Bei den von mir im Krankenhause beobachteten Fällen hat die Pseudoaktinomykose nie einen malignen Verlauf genommen, im Uebrigen sind Aktinomykose und Pseudoaktinomykose klinisch von einander nicht zu unterscheiden; charakteristisch für beide sind Schwarten in der Muskulatur und zwischen diesen Eiterdepots; im letztoperirten Falle handelte es sich um eine sehr grosse Eiteransamm-

lung. Was den Nachweis der Bacillen anbetrifft, so wurde unsere klinische Diagnose der Aktinomykose, resp. Pseudoaktinomykose in der Mehrzahl der Fälle zunächst bacteriologisch nicht bestätigt und erst bei einem der Recidive gelang der Bacillennachweis.

Dr. Kieseritzky bestätigt, dass weder klinisch noch anatomisch eine Unterscheidung zwischen Aktinomykose und Pseudoaktinomykose möglich sei.

d. Z. Secretär: Dr. Bertels.

---

### Sitzung am 5. April 1900.

1. Dr. Berkholz demonstriert einen Patienten, bei dem erst das Röntgenverfahren die Diagnose eines Aortenaneurysmas ermöglichte, während sonstige beweisende Anzeichen fehlen. Patient, Bierknecht, 59 Jahre alt, Lues weder anamnestisch noch durch die objective Untersuchung nachweisbar, erkrankte im Juli 1899 mit Schluckbeschwerden; die physikalische Untersuchung ergab einen in jeder Beziehung negativen Befund, auch bei der mehrfach vorgenommenen Sondirung des Oesophagus stiess man auf kein Hinderniss, die Diagnose musste in suspenso bleiben; als Redner gegen Ende vorigen Jahres längere Zeit krank war, wurde der Pat. von den Collegen Th. Schwartz und Schabert behandelt, welche die Diagnose auf Oesophaguscarcinom stellten und dem Pat. eine Sondencur anrieten. Im Januar dieses Jahres sah Redner den Pat. während einer Influenzähnlichen Erkrankung wieder, die Schluckbeschwerden hatten sich in auffälliger Weise gebessert, stellten sich aber sofort nach der Genesung von seiner acuten Krankheit wieder ein. Die Sondirung des Oesophagus ergab jetzt ein Hinderniss bei 26 cm. und Dr. v. Rimscha constatirte eine linksseitige Stimmbandlähmung.

Die Anfang Februar von Dr. v. Sengbusch vorgenommene Röntgendurchleuchtung ergab 2 durch eine schmale Brücke getrennte synchron mit dem Radialpuls pulsirende Tumoren; der untere derselben, dem nicht vergrösserten Herzen anliegend, war hühnereigross, der Aorta ascendens ent-

sprechend: der obere Tumor von fast 2-Faustgrösse überragte gleichmässig nach beiden Seiten das Sternum und entsprach dem Arcus aortae (Demonstration des entsprechenden Photographs).

Bemerkenswerth ist noch, dass 8 Tage nach der Röntgenuntersuchung sich beim Patienten auf der Brust, also an der Stelle, die den Röntgenstrahlen zumeist ausgesetzt war, heftiges Jucken einstellte; 2 Tage später zeigten sich kleine Petechien.

Gegenwärtig ist beim Pat. nach je 5—30 Pulsschlägen Aussetzen des Pulses zu constatiren; Differenzen zwischen den Radialpulsen beider Seiten finden sich nicht. Pat. kann nur ganz leichte Arbeiten verrichten, seit 5 Tagen hat er so gut wie nichts schlucken können.

Dr. Th. Schwartz hat Pat. im November 3 Mal sondirt; man gelangte mit der Sonde bis in den Magen, bei 34 cm. stiess man aber auf ein Hinderniss; da die physikalische Untersuchung sonst völlig normale Verhältnisse ergab, auch von Seiten des Kehlkopfes keine Erscheinungen vorlagen, musste man in erster Linie an Oesophaguscarcinom denken; auffallend war dabei allerdings, dass damals jegliche Abmagerung fehlte.

2. Dr. v. Sengbusch hält seinen angekündigten Vortrag: «Ueber das Röntgenverfahren».

Redner giebt einen Ueberblick über die Entwicklung des Verfahrens von der Entdeckung der Röntgenstrahlen an bis auf die neuesten Vervollkommnungen und demonstriert eine Anzahl von in Verwendung gewesenen resp. noch jetzt zur Verwendung kommenden Apparaten.

Hierauf demonstriert und erläutert Redner eine Reihe von ihm hergestellter Radiogramme und radiographischer Platten, hauptsächlich aus dem Gebiete der Fracturen, Luxationen, Knochenerkrankungen und Fremdkörper.

Dr. Krannhals fragt, warum in einem vom Vortragenden als Knochensarcom gedeuteten Fall spindelförmiger Auftreibung der Tibia der Schatten an der Stelle der Auftreibung auf dem Positiv dunkler sei, als an den übrigen Stellen des Knochens; falls es sich wirklich um Sarcom handle, müsste man doch einen weniger intensiven Schatten erwarten.

Dr. v. Sengbusch meint dies Verhalten durch Knochenneubildung in der Umgebung des Sarcoms erklären zu müssen, ähnlich der Knochenneubildung in der Umgebung von osteomyelitischen Herden.

Dr. Krannhals fragt ferner, ob es mathematische Formeln gebe zur Berechnung der Grösse eines Fremdkörpers, resp. der Ausdehnung eines pathologischen Processes, aus der Grösse des von demselben erzeugten Schattens; Redner denke dabei besonders an Aortenaneurysmen.

Dr. v. Sengbusch: Falls die Lage des betreffenden Körpers bekannt ist, lässt sich seine Grösse mit Hilfe gewisser Formeln berechnen, dieselben sind aber sehr complicirt, so dass sie bisher practisch keine Verwerthung gefunden haben. Hierbei ist es nothwendig, das gegenseitige Lageverhältniss zwischen dem Ausgangspunct der Röntgenstrahlen, Platte und durchleuchtetem Körper zu berücksichtigen, die Einstellung muss genau mit dem Loth vorgenommen werden; bei gewissen ungünstigen (schiefen) Einstellungen können die Verzeichnungen colossale sein.

Dr. Gauderer fragt, wie es möglich sei, von Körpertheilen, welche in Gypsverbänden liegen, Röntgenbilder zu erhalten.

Dr. v. Sengbusch: In solchen Fällen kommt es ja meist nur darauf an, zu eruiren, ob die Knochenfragmente einer eingegypsten Fractur richtig zu einander stehen; dies lässt sich ohne Schwierigkeit erreichen, während allerdings die Details der Knochenstructur etc. durch Gypsverbände hindurch nur durch langes Exponiren und intensive Strahlen zur Anschauung gebracht werden können.

d. Z. Secretair Dr. Bertels.

---

## Sitzung am 19. April 1900.

1. Dr. W. Lieven stellt einen Kranken mit umschriebenem Gesichtsschwund (*Hemiatrophia facialis progressiva*) vor.

Der Arbeiter einer Asbestfabrik in Biga G. 40 a. n. (ledig) ist angeblich normal gebildet zur Welt gekommen, in seinem

2. Jahre bemerkten seine Angehörigen auf der rechten Hälfte der Stirn einen bräunlichen Fleck, der sich langsam ausbreitete. Zu gleicher Zeit sei die rechte Gesichtshälfte im Wachstum zurückgeblieben, nach einigen Jahren sei der Process zum Stillstand gekommen. Als Krankheitsursache giebt G. ein Trauma an, was von seinen Geschwistern nicht bestätigt wird. Pat. ist niemals ernstlich krank gewesen, hat nie Gesichtsschmerzen oder Convulsionen gehabt; nach Angabe seines Arbeitgebers ist G. ein stiller, ruhiger Mensch, aber sehr unselbstständig und geistig schlecht entwickelt; er erwirbt im Accordlohn annähernd soviel wie seine Mitarbeiter.

**St a t u s:** Die ganze rechte Gesichtshälfte erscheint kleiner, als die linke, die Nase ist nach rechts hinübergezogen; auf der Stirn bemerkt man zwei Hautstreifen, welche von der rechten Augenbraun, resp. rechts von der Nasenwurzel zum Scheitel verlaufen, in deren Gebiet die Haut leicht pigmentirt und verdünnt erscheint. Verfolgt man sie weiter in's Capillitium hinauf, so fällt auf, dass entsprechend diesen Streifen die Haare theils ganz geschwunden sind, theils weniger dicht stehen. Die Blutgefässe scheinen an den erkrankten Hautpartien sehr deutlich durch, um im Gesunden plötzlich zu verschwinden, die Haut fühlt sich an diesen Stellen sehr dünn an, lässt sich nur in ganz feinen Falten erheben. Der Knochen, dem die Haut direct fest anzuliegen scheint, lässt schon bei der Inspection einige Rauigkeiten erkennen, noch deutlicher bei der Palpation. In der Mediane fällt der Kopfschädel wallartig zur rechten Hälfte ab. Der rechte Nasenflügel ist äusserst atrophisch. Der rechte harte Gaumen ist deutlich schmaler als der linke.

Beide Gesichtshälften sind gleichmässig geröthet, weisen keine Temperaturunterschiede auf. Die Sensibilität beider Gesichtshälften ist normal, ebenso die der Schleimhäute und der Cornea. Der Geschmack ist normal. Pupillen gleich weit, reagiren. Zuckungen im Gesicht nicht nachzuweisen, mimische Gesichtsmuskeln und Kaumuskeln frei.

Innere Organe frei, Reflexe erhalten.

Es handelt sich also um einen in der Jugend ohne sicher nachzuweisende Ursache entstandenen umschriebenen Gesichtshautschwund mit folgender Atrophie des rechten Gesichts- und Kopfschädels ohne Betheiligung des Trigemini, Facialis

oder Sympathicus. Es wäre dies ein Fall von «reinem» Gesichtsschwund im Sinne Möbius' (Fehlen sämtlicher nervöser Symptome, vor allen Dingen solcher des Trigeminus), und dürfte er zu Gunsten der Theorie Möbius' sprechen, der ja entgegen anderen Forschern und Beobachtern die Hemiatrophia fac. progr. nicht für eine Trophoneurose, eine primäre Trigemuserkrankung (Stilling, Seeligmüller, Mendel, Vulpian u. A.) hält, sondern für eine, eventuell durch Eindringen von Giftstoffen entstandene Schädigung der Haut mit folgendem Schwund der übrigen Gewebe (Fettpolster, Knochen, Nerven).

Dr. Mandelstamm I erkundigt sich nach dem Sehvermögen des Pat.

Dr. Lieven: Das Sehvermögen ist gut und zwar beiderseits gleich, der Augenhintergrund normal.

Dr. O. Klemm kennt seit vielen Jahren einen ähnlichen Fall, bei welchem das Leiden nach dem 20. Jahr aufgetreten ist. Die Bezeichnung Hemiatrophia fac. progressiva passe freilich auf diesen Fall keineswegs, da das Leiden mit vielfachen Schwankungen verlaufen, dann progressiv besser geworden sei und jetzt Stillstand aufweise. Die Besserung ist nach einer von Schwening er eingeleiteten hydrotherapeutischen Behandlung eingetreten.

Dr. Lieven: Möbius erklärt die Besserungen bei in Rede stehender Krankheit, die er in 2 Fällen beobachtet, durch Besserung der Ernährung. Sobald das Fettgewebe schwinde, gehe es auch den Patienten wieder schlechter.

Dr. v. Rimscha erwähnt eines Falles von partiellem Gesichtsschwund, wo nach der Entfernung eines harten Polypen aus dem mittleren Nasengang sich allmählich auf der Stirn derselben Seite eine deutliche Rinne gebildet hatte, die so tief war, dass sie nicht ausschliesslich durch eine Verdünnung der Haut und Schwund des Unterhautzellgewebes resp. der Musculatur hervorgerufen sein konnte, sondern dass auch eine Verdünnung des Knochens vorliegen musste. Patient klagt über Parästhesien an dieser Stelle.

(Autoreferat).

Nachtrag: Die polypöse Schwellung hat in unmittelbarer Nähe der Keilbeinhöhle gesessen und ist mit der Zange entfernt worden. 2 Monate nachher — so referirt Pat. — ist

an der Stirn derselben Seite eine schmerzlose Schwellung entstanden, die ca. 1 Jahr angehalten und dann allmählich einer Rinne Platz gemacht hat.

Dr. Lieven fragt, ob es sich in diesem Fall nicht um Sklerodermie im 2. Stadium gehandelt haben könnte.

Dr. v. Rimscha hat Pat. nicht weiter beobachten können.

Dr. Lieven fragt ferner, ob die erkrankte Stelle anästhetisch gewesen sei.

Dr. v. Rimscha: Nein, es bestand keine Anästhesie, wohl aber waren Parästhesien vorhanden.

2. Dr. Johnson demonstriert einen infolge von *Metritis chronica* vergrösserten Uterus.

Das Präparat stammt von einer Patientin, welche im September 1899 in die Abtheilung des Herrn Dr. Keilmann in's Stadtkrankenhaus aufgenommen wurde.

Patientin klagte über Metrorrhagien, welche vor einer Woche aufgetreten waren. Pat. war 41 a. n., vor 11 Jahren letzte Geburt, damals angeblich im Wochenbett gefiebert. Menses seitdem bis zur jetzigen Erkrankung 3-wöchig, 7 Tage lang. Die bimanuelle Untersuchung ergab einen vollkommen gleichmässig vergrösserten, der Consistenz nach aufgelockerten Uterus, der seiner Grösse nach etwa dem Beginn des 3. Schwangerschaftsmonats entsprach. Nachdem eine Gravidität mit Sicherheit ausgeschlossen, wurde die Abrasio gemacht. Die Metrorrhagien sistirten, Pat. wurde entlassen. Am 15. December 1899 wurde Pat. wiederum aufgenommen mit den nämlichen Klagen, wie das erste Mal.

Status wie bei der ersten Aufnahme.

Eine sichere Diagnose liess sich nicht stellen, Carcinom war ausgeschlossen, Myom liess sich wenigstens nicht nachweisen, da aber die Blutungen durch die Abrasio nicht dauernd zum Stillstand gekommen waren, war eine Totalexstirpation in jedem Fall gerechtfertigt.

Totalexstirpation per vaginam am 17. December 1899. Es ergab sich, dass es sich um eine gleichmässige Hypertrophie des gesammten Uterus handelte, von irgend welchen Myomknoten ist nichts zu finden. Neben der Hypertrophie des Myometriums sieht man auch schon makroskopisch eine Verdickung des Endometriums, wie dieses in der Regel bei *Metritis* beobachtet wird.

Der mikroskopische Schnitt zeigt neben den vorhandenen Muskelfassern eine starke Zunahme des interstitiellen Bindegewebes im Myometrium, wodurch die Volumzunahme des Organs bedingt ist. An der Schleimhaut ist gleichfalls eine deutliche Hypertrophie bemerkbar, wenn auch nicht in dem Masse, wie beim Myometrium. Das Präparat ist noch insofern von besonderem Interesse, als die Volumzunahme in diesem Falle eine besonders starke ist, wie sie bei der Metritis selten beobachtet wird.

Masse des Uterus; Länge 13,5; Breite 10,0 cm.

(Autoreferat).

3. Dr. Johnson demonstirt ein Myoma ovarii.

Die Pat. welcher der Tumor extirpirt wurde, war seit einem Jahr steril verheirathet. Menses normal. Pat. kam in's Krankenhaus, um von dem Tumor, den sie seit einem Jahr im Leibe bemerkt hatte, befreit zu werden. Ausser einem geringen Druckgefühl verursachte der Tumor der Pat. keinerlei Beschwerden.

Die Untersuchung ergab einen ca. mannskopfgrossen, gut beweglichen Tumor in der Unterbauchgegend von harter Consistenz. Der Tumor steht mit dem Uterus im Zusammenhang; neben dem Tumor Uterus abtastbar und neben diesem noch ein taubeneigrosser dem Uterus aufsitzender Tumor. Somit konnte die von Dr. B. v. Holst bereits gestellte Diagnose unsererseits bestätigt werden; Fibroma ovarii. — Laparotomia, Ovariectomia 29. Januar 1900 von Herrn Dr. Keilmann.

Der Tumor erweist sich als vom linken Ovarium ausgehend, war breit gestielt, die Oberfläche desselben stark vascularisirt; das Gewicht des Tumors betrug 2050 g. Die Länge 18 cm., Breite 16 cm., Dicke 12 cm. Der Tumor ist von steinharter Consistenz, die Oberfläche desselben uneben, höckerig. Auf der Schnittfläche ist der Tumor ebenfalls von derselben überall gleichmässig harten Consistenz; auf der oberen Fläche verläuft die Tube mit dem gut erhaltenen Fimbrien-Ende, sie setzt sich in den ca. 10 cm. breiten Stiel des Tumors fort.

Neben diesem Ovarialtumor fand sich ein ca. taubeneigrosses (4 cm. langes) subseröses Uterusmyom, welches enucleirt wurde. Auch bei dem später noch zu erwähnenden, von Orthmann beschriebenen Fall befand sich neben dem

Ovarialmyom ein myomatöser Uterus. Auf dem mikroskopischen Schnitt sieht man, dass der Tumor seiner Hauptmasse nach aus Muskelgewebe besteht, zwischen dem theils schmale, theils etwas breitere Bindegewebszüge sich hinziehen.

Die Myome und Fibrome des Ovariums sind sehr selten. Pfa n n s t i e l berechnet in seiner Monographie über Ovarialtumoren ihr Vorkommen auf 2—3% aller Ovarialtumoren, er selbst hat nur 2 Fälle von Myomen des Ovariums gesehen. Der erste, welcher ein Myom des Ovariums beschrieb, war S a n g a l l i. Soweit mir die Literatur zur Verfügung stand, konnte ich noch folgende Fälle zusammenstellen:

J a k o b y (Greifswald) hat 1898 zwei Fälle von doppelseitigem Myom der Ovarien bei gleichzeitiger Carcinombildung in anderen Organen beschrieben.

D o r a n veröffentlichte 1898 einen weiteren Fall von Myom des Ovariums. Der Tumor war 7,5 cm. lang, 4,5 cm breit und fand sich neben einer 6 cm. grossen Cyste bei einer 27-jährigen Patientin.

1899 hat O r t h m a n n in Berlin zum Gynäkologencongress, ein Myom des Ovariums demonstirt und später in der Monatschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie veröffentlicht. Die Länge und Breite des Tumors betrug 6 cm., die Dicke 4 cm. In dem von O r t h m a n n mitgetheilten Fall war der Uterus kindskopfgross, mit Myomknollen durchsetzt.

Ebenso selten wie die Myome sind auch die Fibrome des Ovariums.

O r t h m a n n demonstirte neben dem Myom ein Fibrom (1899).

B o r r e m a n n s hat in dem Centralblatt für Gynäkologie 4 Fälle von big 6 kg schweren Fibromen veröffentlicht.

Ausserdem ist von Dr. K e n t m a n n in Breslau ein Fibrom des Ovariums exstirpirt worden und neuerdings von W i l n e r in München ein Ovarialmyom beschrieben.

Die Myome der Ovarien sind so selten, weil im eigentlichen Stroma des Ovariums keine Muskelfasern vorhanden sind, ausser der glatten Musculatur der Gefässe und den vom Hilus ausgehenden glatten Muskelfasern, welche als Ausläufer der Musculatur des Lig. ovarii proprium und Lig. latum uteri zu betrachten sind. (Autoreferat).

4. Dr. v. Rimscha demonstrirt: a) einen Nasentumor mit folgender Krankengeschichte.

Im Januar a. c. stellt sich Vortragendem eine Patientin vor, die seit der Kindheit an Nasenbeschwerden leidet; seit einigen Monaten ist die Nase vollständig fest; verschiedene Mittel ohne Erfolg gebraucht. Nasenrücken verbreitert, Nasengänge beiderseits durch einen schmutzig grau verfärbten Tumor, von geringem übelriechenden Secret umgeben, ausgefüllt, der nach vorn bis zur Nasenöffnung und nach hinten bis in den Nasenrachenraum, ohne Vorwölbung des weichen Gaumens, reicht. Beim Cocainisiren ziemlich heftige Blutung.

Wahrscheinlichkeitsdiagnose: bösartiger Nasentumor.

In Uebereinstimmung mit Dr. F. Berg wird von der Bruns'schen Operation vorläufig Abstand genommen und am anderen Tage № Temp. 38,0 — macht Vortragender den Versuch, mit der kalten Schlinge soviel vom Tumor zu entfernen, um der Patientin wenigstens auf der einen Seite die Durchgängigkeit für Luft zu verschaffen. Nachdem einige Stücke mit der kalten Schlinge abgetragen sind, tritt heftige Blutung ein, es gelingt nicht mehr, die kalte Schlinge um den Tumor zu legen und Vortragender versucht, mit einer grossen Kornzange die Operation fortzusetzen. Die Kornzange reisst wiederholt aus und Vortragender muss wegen heftiger Blutung die Operation unterbrechen und tamponiren.

Am anderen Tage Tamponwechsel, Blutung steht. Es reisst dabei ein kleinapfelgrosser Tumor ab und wird von der Patientin angespien. Mit einem Schlage sind beide Nasenhälften frei und die jetzt vorgenommene Untersuchung ergibt, dass im knorpeligen Theil des Septums ein grosses Loch ist, durch welches der rechtsseitige Tumor nach links durchgewachsen ist.

Mikroskopische Untersuchung: in Zerfall begriffener Schleimpolyp; der Fall ist insofern interessant, als er zeigt, dass ein einfacher Schleimpolyp unter Umständen schwere Allgemeinerscheinungen hervorrufen kann, der Art, dass einerseits dadurch ein bösartiger Tumor vorgetäuscht wird, andererseits, dass Pat. ohne Operation wohl mit Wahrscheinlichkeit an Sepsis zu Grunde gegangen wäre.

In der Nachbehandlung konnte bei der Pat. alte Lues festgestellt werden.

b. Dr. v. Rimscha demonstirt ferner einen Schleimpolypen des Nasenrachenraumes, dessen Entfernung Interesse beansprucht.

Schleimpolypen des Nasenrachenraumes — es ist nur von solchen die Rede — haben meistens einen dünnen Stiel, doch bietet die Entfernung derselben grosse Schwierigkeit, weil es ihrer Grösse wegen sehr schwer fällt, die Schlinge herumzulegen, die Methode, mit dem Finger im Nasenrachenraum beim Anlegen der Schlinge nachzuhelfen, ist bei ängstlichen Kindern kaum durchführbar. Es ist nun Vortragendem einige Mal gelungen, einen solchen Schleimpolypen von der anderen Seite mit der Schlinge zu fassen und abzureissen, was bei dünnem Stiel sogar ohne Blutung vor sich geht.

Vortragender demonstirt einen Schleimpolypen des Nasenrachenraums der linken Seite, den er bei einem ängstlichen 7-jährigen Knaben ohne Widerstreben desselben von rechts entfernt hat und empfiehlt die Methode.

(Autoreferat).

Dr. Gauderer fragt, ob der Nasentumor gestielt war oder mit breiter Basis aufsass.

Dr. v. Rimscha erklärt, dass hierüber eine Orientirung nicht möglich war.

Dr. Gauderer hat auch neulich einen Tumor, der von der hinteren Wand des weichen Gaumens ausging und das Ansehen eines bösartigen Tumors zeigte, operirt. Pat. fieberte und es fanden sich grosse Drüenschwellungen am Halse. Nach der Operation fiel das Fieber ab; Redner hat auch in diesem Fall den Eindruck gehabt, drohender Sepsis durch die Entfernung des Tumors vorgebeugt zu haben.

d. Z. Secretair Dr. Bertels.