

8,452.



Mitteilungen

aus der

Gesellschaft praktischer Aerzte

zu Riga.

1904/1905.



St. Petersburg.

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

Mitteilungen

aus der

Gesellschaft praktischer Aerzte

zu Riga.

1904/1905.



St. Petersburg.

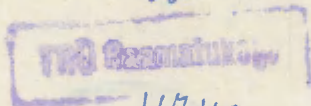
Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer Pr., № 15.

1906.

Дозволено цензурою Спб., 12 Февраля 1906. г.

Типографія А. Винеке, Екатеринбургскій пр. № 15.

Ext. 1001



4740

Sitzung am 1. September 1904.

1) Dr. v. Bergmann hält seinen angekündigten Vortrag «über Peritonitis tuberculosa».

Vortr. giebt einen kurzen Ueberblick über die Entwicklung der chir. Behandlung der tbc. Peritonitis, sowie über die Schwankungen, welche inbezug auf die Indikationsstellung für die Operation gegenwärtig bestehen. Den angeblich 85 pCt. betragenden Heilerfolgen stehen die Fälle gegenüber, bei denen bis zu 45 pCt. d. Operierten Kotfisteln davon trugen.

Vortr. kommt zu dem Schluss, dass bei der Periton. adhaesiva oder sicca auf keinen Fall operiert werden solle, resp. falls man bei der Laparotomie unerwartet einer solchen gegenüberstehe, die Bauchhöhle sofort zu schliessen sei. Indiziert sei die Operation bei der abgesackten, exsudativen Form; hier erhalte man auch die besten Resultate.

Vortr. teilt kurz folgende 2 Krankengeschichten mit:

1) A. v. R., 22-jähriger Dragonerleutnant, erkrankt am 8. August 1903 mit Fieber und Schwellung in der linken Leiste. Pat. hat 3 mal Pleuritis überstanden, 3 Geschwister sind an Tbc. gestorben. Der Vater starb an Diabetes. Die Mutter ist gesund.

14. Oktober 1903. Operation. Sehr schwierige Exstirpation der Leisten- und retroperitonealen Lymphdrüsen aus der linken Beckenschaukel. Die verdünnte Haut wird mit umschnitten, das ganze grosse Drüsenpaket vom Samenstrang aus den Iliacalgefässen, denen es durch Schwarten angelötet war

mühsam abpräpariert. Ein kleines Stück Peritoneum musste mit exstirpiert werden, weil der Tumor nicht von denselben abgelöst werden konnte. Das Peritonum sah normal aus, es wurde vernäht. Die Wunde mit einem Gazetampon versorgt, im übrigen durch die Naht geschlossen.

Nach der Operation beginnt bei reaktionslos heilender Wunde eine Fieberperiode, die sich bis Mitte Dezember hinzieht (Temperatur von 39° und drüber). 9. November. Schmerzen im Abdomen, nach ein paar Wochen tritt Spannungsgefühl im Leibe und darauf Auftreibung des Abdomen und Exsudatbildung auf. Nach einiger Zeit nehmen die Beschwerden und der Umfang des Leibes ab, so dass Pat. an den Strand zur Erholung geschickt wird. Anfangs fühlte sich Pat. am Strande sehr wohl, nach etwa 14 Tagen aber traten heftige, kolikartige Schmerzen auf; Erbrechen, Stuhlverhaltung.

28. Januar 1904. Wiederaufnahme ins Krankenhaus: Pat. blass, elend. Der Leib ist symmetrisch aufgetrieben, mässig druckempfindlich, Zwerchfellhochstand, Dämpfung untenhinten, Undulation. Zunächst förderte eine Darmspülung noch reichlichen Stuhl zu Tage, allein da eine freie Darm-passage sich nicht herstellen lassen wollte, wurde am 30. Januar 1904 die Laparotomie in der Linea alba gemacht: Das Netz ist durch einige Adhäsionen an die vordere Bauchwand gelötet, hinter demselben liegt eine Pseudomembran vor, die wie eine Cystenwand aussieht; sie reißt ein, und es ergiessen sich ca. 2 Liter hellgelber, leicht getrübler Flüssigkeit. Die Wand dieser sackartigen Pseudomembran ist von verschiedener, dazwischen recht ansehnlicher Stärke. In diesem Sack liegen die injicierten, blaurot verfärbten, durch zahllose Pseudoligamente und Fächer mit einander verwachsenen Dünndarmschlingen. An einer Stelle hat sich aus Pseudomembranen ein förmlicher Ring gebildet, durch den eine Dünndarmschlinge hindurchgeschlüpft und stranguliert worden ist: Der zuführende Schenkel ist gebläht, cyanotisch, der abführende col-labiert.

Nach Lösung der Strangulation wird der Sack, soweit es anging, exstirpiert, die Bauchhöhle mit heisser physiol. Kochsalzlösung gespült und durch 2-etagige Naht geschlossen.

Der Verlauf war ein glatter, vom 4. Tage gingen Flatus ab. Am 8. Tage wurden die Nähte entfernt. Pat. blieb noch be-

hufs Beobachtung bis zum 17. März im Krankenhaus, und stieg sein Gewicht in der Zeit von 68,5 bis 74 Kilo; Pat. hat sich weiterhin glänzend erholt, er sieht kräftig und gut genährt aus, die Uniform ist ihm zu eng geworden. Beschwerden hat er keine.

2. Fall. ca. 50-jähriger Fleischer, im Mai 1904 wegen ausgedehnter tuberk. Darmstrikturen laparotomiert. Enteroanastomose zwischen Dünndarm und flexura sigmoidea an 2 völlig intakten Darmabschnitten. Nach 2 Monaten relaparotomiert: ca. 2 Liter gelblichen, fadenziehenden Exsudats. Durch eine mächtige Anhäufung von Tuberkeln ist die Anastomose völlig verschlossen, daher abermalige Enteroanastomosis zwischen einer höhergelegenen Dünndarmschlinge und dem Rektalschenkel der Flexura sigmoidea.

Die Heilung erfolgte glatt, die Passage ist wieder hergestellt. Jedoch für wie lange?

(Autoreferat).

Dr. P. Klemm: Nachdem König im Jahre 1884 die Laparotomie als Heilmittel gegen die Bauchfelltuberkulose empfohlen, hätten sich anfangs die Berichte über günstige Erfolge dieser Operation gehäuft. Doch hätte schon seit 1890 die anfängliche Hoffnungsfreudigkeit einer pessimistischeren Auffassung, die dem exspektativen Verhalten den Vorzug gab, Platz gemacht. König, wie auch Borggrewing hätten den Unterschied zwischen den exsudativen und schwartigen Formen in bezug auf die Prognose zu wenig berücksichtigt. Redner stimmt mit den Ausführungen Dr. Bergmann's durchaus überein, und rät gleichfalls von der Operation schwartiger Formen ab, die nach seiner eigenen, mehrfach gemachten Erfahrung nur schlechte Resultate ergebe. Die eingekapselten Käseherde würden durch die Operation gelockert, es käme zu Fistelbildungen, ja sogar Verjauchungen. Auch die scheinbar geheilten Fälle der Art neigten zu Rezidiven, ähnlich wie die tuberkulöse Osteomyelitis. Zwischen den schwartigen und exsudativen Formen bestanden die verschiedensten Uebergänge, die je mehr exsudativer Natur, um so günstigere Chancen für die Operation böten.

Dr. Schabert hat in diesem Jahr 4 Fälle von Bauchfelltuberkulose beobachtet, eine Zahl die zugunsten der Häufigkeit dieser Erkrankung spricht. Von diesen heilte einer

spontan. Ein zweiter, der ganz akut in 8 Tagen entstanden war, wurde operiert. Bei diesem hatten kolikartige Schmerzen nach dem Essen auf eine adhaesive Erkrankung hingewiesen-ähnlich wie dies nach Laparotomien gelegentlich beobachtet wird.

In einem 3. gleichfalls operierten Fall handelte es sich um eine Mischform von exsudativer und schwartiger Peritonitis. Der 4. Fall kam zur Sektion und bot das typische Bild ausgedehnter peritonealer Tuberkulose.

In Anbetracht der Möglichkeit, aus dem Vorherrschen der Lymphocyten in der Punktionsflüssigkeit den tuberkulösen Charakter der letzteren zu erkennen, tritt Redner für die diagnostische Bedeutung der Probepunktion, deren Gefahren von Dr. Bergmann überschätzt würden, ein. Verwachsungen kämen ja auch bei der Leberzirrhose vor, die doch allgemein punktiert zu werden pflege.

Dr. Krannhals äusserst sich gleichfalls zugunsten der Probepunktion zwecks cytologischer Untersuchung, besonders bei abgesackten Exsudaten, die meist jeder anderen diagnostischen Handhabe entbehrten. Durch vorsichtige Auswahl der zu punktierenden Stelle könnte eine Gefahr so gut wie ausgeschlossen werden.

Dr. P. Klemm bestreitet die diagnostische Bedeutung der Punktion, da sie häufig negativ ausfalle und macht auf die Gefahren aufmerksam, die aus der irrtümlichen Punktion geblähter, mit flüssigem Inhalte gefüllter und dadurch ein Exsudat vortäuschender Darmschlingen, sowie tuberkulöser Herde, die dann oft den Stichkanal in einen tuberkulösen Fistelgang verwandelten, erwachsen könnten.

Dr. v. Bergmann ergänzt die Bedenken Dr. Klemms noch dahin, dass auch ein leerer, kollabierter Darm gedämpften Perkussionsschall ergeben und angestochen werden könnte, und betont ferner die Gefahren durch die mögliche Punktion von Ovarialcysten und Echinokokkusblasen.

Dr. Krannhals: Dann sollten also abgesackte Exsudate überhaupt nicht punktiert werden?

Dr. v. Bergmann und Dr. P. Klemm: «Nein, gewiss nicht!»

Dr. Schabert äussert sich auch nur für die Punktion freien Exsudates, das durch Lagewechsel des Pat. stets als

solches nachweisbar sei. Was die Verwechslung mit einer geblähten Darmschlinge anbetrifft, so spräche das eventuell wahrnehmbare Plätschern, bedingt durch Anwesenheit von Gasen, immer zugunsten einer solchen und müsse als warnendes Moment berücksichtigt werden. In Anbetracht der grossen diagnostischen Schwierigkeiten auf diesem Gebiete müsse man von allen nur zu Gehote stehenden Hilfsmittel Gebrauch machen, mithin auch von der Probepunktion.

Dr. P. Klemm äussert sich nochmals gegen die Punktion abgesackter Exsudate. Auch freie Flüssigkeit solle am besten unangetastet bleiben, soweit es sich um Exsudate, nicht etwa Transsudate handle.

Dr. Hach macht auf die Widersprüche in der Literatur aufmerksam, wo einige Autoren sich für, andere wieder strikt gegen die Laparotomie aussprechen, und äussert sein Bedauern über das Fehlen genauerer statistischer Angaben. Redner selbst hat mehrfach Fälle mit freiem Exsudat operiert und stets eine Wiederkehr desselben beobachtet. Diese seine Erfahrungen ständen zu den äusserst günstigen Berichten anderer in grellem Widerspruch. Ein von ihm noch nicht erprobtes, neuerdings empfohlenes Mittel gegen die Neubildung von Exsudat sei das Formalin.

Dr. Kröger II fragt Dr. von Bergmann, ob die von ihm operierten Fälle mit freiem Exsudat nur solche gewesen, die einer anderweitigen Behandlung getrotzt hatten, oder ob sich seine Operationen auch auf frische Fälle der Art bezögen. Redner hat nur 2 Fälle von exsudativer Form selbst beobachtet. Beide sind ohne Operation geheilt. Den einen erlebte er 1894 als Assistent in der I. Abteilung des Stadtkrankenhauses. Derselbe betraf eine junge lettische Bäuerin, die nach einigen Punktionen genas. Der zweite Fall betrifft eine junge Dame aus seiner Privatpraxis, die vor 2 Jahren durch eine protrahierte Inunktionskur mit *Sapo kalinus* ihr umfangreiches Exsudat in einigen Wochen völlig verlor. Beide erfreuen sich noch heute blühender Gesundheit. Angesichts dieser günstigen Erfahrungen möchte Redner in einschlägigen Fällen doch zuerst immer zu einem exspektativen Heilverfahren raten, und die Operation nur auf Fälle beschränken, wo jenes keinen Erfolg gehabt.

Dr. v. Bergmann präzisiert seine Stellungnahme folgendermassen: Die Laparotomie und das exspektative Verfahren konkurrieren als annähernd gleichwertig bei freien Exsudaten. Bei abgesackten Exsudaten müsse operiert werden. Bei den schwartigen Formen sei die Operation kontraindiziert.

Auf die Frage Dr. Krögers, ob er unter seinen Fällen solche zu verzeichnen habe, bei denen das Exsudat durch einmalige Operation dauernd beseitigt worden, erwidert Redner, sich keines solchen zu erinnern.

Dr. Bernsdorff berichtet von einem Fall aus seiner Praxis, wo nach einer einmaligen Entleerung durch Punktion das Exsudat dauernd fortblieb.

Dr. P. Klemm hat dasselbe durch Entleerung per Laparotomiam mehrfach erlebt, und erklärt das Ausbleiben neuer Exsudationen durch die mechanische Beseitigung der Flüssigkeit, wodurch zugleich günstigere Zirkulations- resp. Resorptionsbedingungen geschaffen würden.

2) Dr. O. Brehm (als Gast) spricht über «Die Naht von Gelenkfrakturen» und demonstriert einen einschlägigen Fall aus dem Krankenhause.

3) Dr. v. Sengbusch demonstriert einige neue Hilfsvorrichtungen für den Röntgenapparat.

d. z. Sekretär: J. Kröger jun.

Sitzung am 6. Oktober 1904.

Dr. Paul Klemm hält seine angekündigte Demonstration: «Ueber unblutige Behandlung der Ellenbogenbrüche» mit Krankenvorstellung.

Dr. Voss fragt an, wann Massage angewandt worden sei, worauf Dr. Klemm erwidert, dass in 8-tägigen Intervallen massiert und dann in gerader Stellung verbunden wurde. Wegen der grossen Gefahren solle die Indikationsstellung zur blutigen Behandlung eine möglichst strenge sein.

Dr. Behr demonstriert ausser der Tagesordnung einen Fall von «Besessenheit», der als Einleitung und Erläuterung eines Vortrages über dieses Thema gelten soll; we-

gen Zeit mangels wird derselbe auf eine der nächsten Sitzungen verschoben.

Herr Dr. Krannhals hält seinen angekündigten Vortrag: «Ueber Pyramidon bei Behandlung des Typhus abdominalis». (Im Druck erschienen i. d. «Münchener med. Wochenschrift» Nr. 49. 1904).

In der Diskussion erkennt Dr. Hampeln den Standpunkt an, nicht auf alle internen Mittel bei der Typhusbehandlung zu verzichten; auch er hat bei Anwendung des Pyr. gute Erfolge erzielt, doch hat er es nicht kontinuierlich gegeben; wenn er es ausliess, so trat sofort eine Steigerung der Temp. ein. Die profusen Schweisse hat er ebenfalls gesehen und empfiehlt daher das Pyr. oxycamphoricum, welches nicht so schweisstreibend wirkt. Das letztere hat er in grösserer Dosis, à 0,2, 1 stündlich gegeben. Auf die Diazoreaktion hat das Mittel keinen Einfluss.

Herr Dr. Wolferz I äussert Bedenken gegen den Gebrauch des Pyr., bes. theoretischer Natur; es sei nicht unsere Aufgabe die Temperatur herabzusetzen. Eine Beschleunigung des Stoffwechsels, die Entfernung der Toxine solle angestrebt werden. Die bisherige Behandlung habe gute Resultate gegeben, man solle bei ihr bleiben; nur wenn man mit ihr nicht zum Ziel komme, könne man die anderen Mittel anwenden. Vor Jahren sei z. B. auch das Na-salicyl. in der preussischen Armee ausgiebig benutzt worden, doch jetzt sei der Gebrauch desselben bei Typhusbehandlung in ihr abgekommen, wegen vorgekommener Collapserscheinungen; auch Pyram. rufe zuweilen Insuffizienzerscheinungen hervor.

Dr. Voss: Aus den von Dr. Krannhals gezeigten Fieberkurven lasse sich vielleicht noch ein 3. Typus der Einwirkung des Pyram. ableiten, in welchen ein ganz steiler Abfall erfolge, dann wieder ein Anstieg unter Schüttelfrost, das wiederholt sich Tag für Tag. In solchen Fällen könne es schwer werden Komplikationen, z. B. Sinusthrombose, auszuschliessen; man müsse wissen, dass Pyr. zuweilen solche Kurven verursache.

Dr. Krannhals gesteht zu, dass er in manchen Fällen ein starkes Ansteigen der Temperatur beobachtet habe, auch wenn Pyram. gegeben wurde, dann ein plötzliches Fallen, dann wieder Anstieg unter Schüttelfrost; in diesen Fällen

mit den zackigen, steilen Temperaturkurven sind Komplikationen mit Pneumonie, Otitis, Osteomyelitis von ihm beobachtet worden. Er hat danu zuweilen Pyram. fortgelassen, um klarer zu sehen. Herrn Dr. Wolferz gegenüber betont Redner, dass er die Bäder vielfach nebenbei gegeben habe, ebenso auch die Darmausspülungen etc.

Dr. W. Lieven hat nach der Publikation Valentinis auch Versuche mit der Pyram.-Behandlung gemacht und ist von ihnen befriedigt; er fragt an, ob unter den 66 Fällen des Dr. Krannhals auch Todesfälle vorgekommen, worauf Dr. Krannhals erwidert, dass die Mortalitätsziffer dieselbe wie früher geblieben sei.

Herr Dr. Wolferz tritt nochmals für die Bäderbehandlung ein, er wünscht sie methodisch angewandt zu sehen, alle 3 St., wenn die Temp. 38,5.

Dr. Krannhals erwidert darauf, dass er sich in bezug auf die Bäderanwendung mehr nach dem subjektiven Befinden der Kranken, nach dem Pulse etc. richte.

Herr Dr. Kikuth erwähnt schliesslich noch die Anwendung des Pyr. in der Phthiseotherapie, in Dosen von 0,2. Er hat einigemal Collapszustände dabei gesehen und hat es dann in geteilter Dosis mit besserem Erfolg gegeben.

Dr. Otto Klemm hält seine angekündigte Demonstration, welche Untersuchungen von Milch, Sputum, Harn eines hiesigen Laboratoriums betrifft und unterzieht diese Analysen einer Kritik.

d. z. Sekretär: Dr. Theodor Schwarz.

Sitzung am 20. Oktober 1904.

Dr. Paul Klemm demonstriert einen Kranken, welchen er im August wegen eines Revolverschusses in die Leber operiert hat, indem derselbe zu einem subphrenischen Abszess geführt hätte. Die Kugel sitzt noch immer in der Leber; bei der bakteriologischen Untersuchung des Abszesses wurden hauptsächlich Fäulnisorganismen gefunden. Sodann zeigt er das Radiogramm des zugehörigen Falles.

In Abwesenheit des Dr. v. G r o o t übernimmt Dr. v. B e r g - m a n n die von ersterem angezeigte Demonstration eines Falles von Leberruptur, welcher chirurgisch angegriffen wurde. Es lag eine Quetschung durch einen schweren Wagen vor; wegen später sich entwickelnden subphrenischen Abszesses wurde nochmals chirurgisch eingegriffen. Der Patient wird vorgestellt.

Dr. W. L i e v e n hat den Patienten des Herrn Dr. B e r g - m a n n 2 Stunden nach der Verletzung gesehen; anfangs war es schwer zu entscheiden, ob eine Leberruptur oder eine Darmverletzung vorlag; er spricht seine Verwunderung darüber aus, dass die Bauchmuskulatur bretthart gespannt war, obschon keine Darmruptur vorlag.

Dr. v. B e r g m a n n erwidert, man habe einige Stunden mit der Operation gewartet, indem eine Darmruptur ausgeschlossen wurde. Das Trendelenburgsche Symptom verschwinde zuweilen auch schnell, wenn keine Darmruptur vorliege.

Auf die Frage Dr. P. K l e m m s, ob in diesem Abszess auch Galle beigemischt war, antwortet Dr. v. B e r g m a n n, dass Galle beigemischt war zum Eiter; bakterologisch ist nicht untersucht worden.

Dr. S c h a b e r t hält sodann seinen angekündigten Vortrag: «Zur Diagnose und Pathologie der Endocarditis acuta».

Dr. v. H a m p e l n interessiert die Abtrennung zweier Hauptformen der Endocarditis; vom klin. Standpunkt empfiehlt es sich an 2 Hauptgruppen festzuhalten, er schliesst sich L e n h a r t z an, welcher unterscheidet: 1) septische Formen, welche ja auch der verschiedensten Art sein können und 2) aseptische akute Formen. Dr. H a m p e l n hält diese Unterscheidung für besser als die von L i t t e n in maligne und benigne Formen der Endocarditis.

Manche der S c h a b e r t s c h e n Fälle seien tödlich verlaufen, vielleicht infolge von Komplikation, nicht durch die Sepsis.

Dr. H a m p e l n giebt ferner zu, dass die Gegenwart eines Klappenfehlers durchaus nicht die Diagnose erleichtere; die Diagnose einer malignen Endocarditis sei immer eine sehr schwere. Es gäbe Fälle von langem Fieber, oft Wochen, ja Monate lang, welche oft unaufgeklärt seien; diese Fälle ent-

puppen sich schliesslich als Tuberkulose oder Endocarditis, es entscheidet bei ihnen der Verlauf. Eben habe er einen ähnlichen Fall in Beobachtung, wo er fürs erste zwischen irregulärem Typhus und Endocarditis schwanke. Wenn Retinal- oder Hautaffektionen fehlen, wenn die Pulsbeschaffenheit im Stiche lässt, wenn die Widalsche Reaktion nicht positiv, so müsse man in diesen Fällen schwanken. Er erinnere sich noch zweier ähnlicher dunkler Fälle aus seiner Praxis; das erste Mal wurde durch die Sektion eine ulcerierende Endocarditis festgestellt, während er eine Cholangitis angenommen hatte. Die differentielle Diagnose bliebe immer eine sehr schwierige, anfangs könne man sie oft nicht stellen.

Dr. Krannhals weist auf die Wichtigkeit der von Schabert angeführten Nebenerkrankungen hin; wenn solche fehlen, sei die Diagnose sehr schwer, namentlich wenn es sich um eine ältere, rezidivierende Klappenerkrankung handelt, und man den Kranken früher nicht gekannt hat. Auch er habe wochenlang in der Diagnose geschwankt. Die haemorrhag. Nephritis sehe er prognostisch sehr ungünstig, fast letal an. Die Pneumonie ist zeitlich oft sehr verschieden gewesen bei der Endocarditis, wie er als Prosektor gesehen; zu seiner Zeit sei die maligne Endocarditis oft mit Meningitis einhergegangen; dann sei wieder lange Zeit vergangen, ohne dass er diese Komplikation gesehen.

Dr. Hampeln hebt hervor, dass prognostisch ein Unterschied bestehe zwischen den Endocarditiden, welche auf Gelenkrheumatismen folgen und denen, welche mit Pneumonie kompliziert sind; die ersteren verlaufen oft günstig.

Dr. Paul Klemm vermisst die Beziehung der Endocarditis zur Osteomyelitis; er hat Fälle gesehen, wo das lokale Bild der Endocarditis zurücktrat. Diese Osteomyelitiden waren als Teilerscheinung der allgem. schweren Infektion zu deuten; in einzelnen Fällen lässt sich das Bild auf den osteomyelitischen Herd zurückführen; er hat Pneumokokken, Streptokokken in diesen gefunden.

Die Leukozytenmenge des Blutes war vermehrt; die L.-menge ging parallel mit dem Befinden des Kranken.

Dr. Schabert führt in seinem Schlusswort aus, dass eine Kette vom leichtesten Gelenkrheumatismus bis zur schwersten Sepsis gebildet werde. Aus didaktischen Gründen

sei eine Trennung der einzelnen Formen nötig, prinzipiell seien jedoch keine Unterschiede. Er befindet sich sonst nicht im Widerspruch mit der allgemeinen Auffassung, stimmt den Ausführungen Dr. H a m p e l n s bei. Deshalb unterscheidet er nur zwischen akuten und chronischen Formen, wie es auch J ü r g e n s o h n tut. Die erste Arbeit des Diagnostikers ist die Exklusion; dann tritt die ganze Gruppe der septischen Formen ein. Es giebt Krankheiten, welche ganz ebenso verlaufen wie die Endocarditis, z. B. die Pericarditis, welche zuweilen mit einer haemorrhag. Nephritis kombiniert ist. Ist die Diagnose Sepsis gestellt, dann ist die 2. Frage, liegt Endocarditis vor oder nicht, ob bereits eine Blutmykose; bei der Sektion lässt sich letzteres nicht mehr nachweisen.

Die Frage, ob der Rheumatismus eine Sepsis, bei welcher es nicht zur Sepsis gekommen ist, ist noch nicht abgeschlossen.

Redner wollte nur zeigen, dass eine ununterbrochene Kette zwischen den einfachen Formen des Rheumatismus bis zur Endocarditis gebildet werde.

d. z. Sekretär; Dr. T h e o d o r S c h w a r z.

Sitzung am 3. November 1904.

Vor der Tagesordnung stellt Dr. A. v. B e r g m a n n einen Fall von Aneurysma Aortae vor, welcher die Rippen usurirt hat (rechts); wegen starker Schmerzen, welche in den rechten Arm ausstrahlten, wurde die Subclavia und Carotis unterbunden. Der Erfolg war ein guter, die Schmerzen schwanden.

Auf die Frage von Dr. V o s s, wie die Beeinflussung der Schmerzen durch die Operation zu erklären, meint Dr. v. B e r g m a n n, der Erfolg wäre mechanisch zu erklären, der Druck auf die Nerven sei geringer, der Tumor selbst sei kleiner geworden. Die erschütternde Pulsation, unter welcher die Patientin sehr litt, sei auch bedeutend geringer geworden.

Gleichfalls vor der Tagesordnung spricht Dr. P. K l e m m über einen Fall von Pyelitis calculosa; Dr. S c h a b e r t hatte hier die Operation proponiert. Das Roentgenbild zeigte einen

faustgrossen Schatten; es blieb nun die Frage, ob ein Conglomerat, oder ein einzelner Stein vorhanden sei; die Niere wurde freigelegt, bei dem Schnitt durch die Niere quoll eine Kalkmasse hervor, auch kleinere Konkreme; die Steine gingen auch bis in den Urether hinein. Das Nierenbecken war gewissermaassen austapeziert mit der Kalkmasse. Es wurde das Nierenbecken ausgespült und wegen saurer Beschaffenheit des Harnes entschloss sich Vortragender die gespaltene Niere zu vernähen und zu versenken, also von einer zeitweiligen Drainage des Nierenbeckens abzusehen.

Der Erfolg der Operation war ein guter.

Dr. Schabert giebt die Krankheitsgeschichte des Falles: die Patientin entleerte mit dem Urin Konkreme, welche eine schalenartige Form hatten, woher anzunehmen war, dass die Konkreme gross seien, daher auch die Indikation zur Operation. Weil jedoch ein pyelitischer Katarrh bestand, wurde zuerst Gebrauch von Wildungen verordnet. Die Patientin giebt an, im Anschluss an eine Geburt erkrankt zu sein, hatte auch cystische Symptome; es war die Annahme daher wahrscheinlich, dass ein ascendierender Prozess vorlag; er stellte die Diagnose auf sekundäre Steinbildung, welche durch einen pyelitischen Katarrh verursacht war. Die Patientin hatte auch Harnverhaltungen durchgemacht, welche das Bild der Hydro-nephrose zeigten und nach einigen Tagen schwanden.

Dr. P. Klemm weist auf die Bedeutung der Roentgenstrahlen in diesen Fällen hin; da ein so grosser Schatten gesehen wurde, war auf spontane Ausstossung eines Steines nicht zu rechnen, es musste operiert werden; daher muss frühzeitig die Roentgen-Untersuchung gemacht werden.

Dr. v. Bergmann meint, man kann sich nicht immer auf R.-Untersuchung verlassen; er hat einen Fall erlebt, wo das R.-Bild einen Schatten gab und doch wurde kein Stein bei der Operation gefunden. Die Nierenblutungen hörten jedoch nach der Operation auf. Israel plaidiert in solchen Fällen für die Nephrotomie.

Dr. Schabert schliesst sich Dr. P. Klemm an, jeder Fall soll durch R.-Strahlen untersucht werden; vor 2 Jahren hat derselbe Fall ein negatives Resultat bei der Untersuchung gegeben, jetzt jedoch ein positives. Auch wenn Steine abge-

hen, weiss man nicht, ob viele oder wie grosse vorhanden seien.

Dr. P. K l e m m : In einem Fall, wo bei der R.-Untersuchung ein Schatten von Haselnussgrösse zu sehen war, habe er bei der Operation zuerst keinen Stein gesehen, schliesslich in der Nierensubstanz selbst ein Konkrement gefunden.

Dr. v. S e n g b u s c h erklärt, dass er in dem Dr. B e r g m a n n s c h e n Fall irrtümlicher Weise bei der R.-Untersuchung einen Stein angenommen habe, das Bild sei ohne das Blendenverfahren aufgenommen worden, daher nicht fehlerfrei gewesen. Oft seien 4—5 Aufnahmen nötig, um zur Gewissheit zu kommen, bis erbsengrosse Steine seien dann jedoch nachzuweisen.

Dr. v. B e r g m a n n : Auch wenn kein Stein bei der damaligen R.-Aufnahme angenommen worden wäre, hätte er die Operation gemacht, da wegen der Blutung die Indikation vorlag. Im übrigen bestreite er die Wichtigkeit des R.-Bildes nicht.

Dr. v. S e n g b u s c h : In einem Fall deckte sich der Stein mit dem pr. spinos. des 2. L.-Wirbels, nur durch günstige Lageveränderung bei der Exposition wurde der Stein schliesslich gefunden.

P. I. der Tagesordnung :

Dr. S c h a b e r t hält seinen angekündigten Vortrag über: P y o c y a n e u s p n e u m o n i e .

Votr. berichtet über die Resultate seiner Untersuchungen eines Sputums und eines durch Punktion gewonnenen Pleuraexsudates, die ihn zu der Annahme zwangen, dass es sich um den seltenen Fall einer durch Pyocyaneus veranlassten entzündlichen Lungenaffektion handle.

Die klinische Geschichte des Falles ist kurz folgende: Pat. leidet seit mehreren Wochen an unbestimmter fieberhafter Erkrankung, deren Differentialdiagnose zwischen Typhus abd. und irgend einer Form septischer Erkrankung schwanken müsse. Am XII. Beobachtungstage auf der I. Abt. des Stadtkrankenhauses (Dr. K r a n n h a l s) wird über Husten geklagt und ein schleimig-eitrig-haemorrhagisches Sputum expectoriert; bald darauf Zeichen eines linksseitigen Pleuraergusses. Im weiteren Verlauf metastatische Orchitis und Thrombose ei-

ner vena femoralis; schliesslich Thorakotomie mit Rippenresektion, wobei $1\frac{1}{2}$ Liter Eiter entleert werden.

Die bakteriol. Untersuchung des Sputum hatte folgendes Ergebnis: Im Ausstrich des Sputums fand sich eine auffallend grosse Menge von Stäbchen, in jedem Gesichtsfelde hunderte; die Stäbchen haben eine ziemlich schlanke Form und sind absolut Gram negativ; ausser den Stäbchen keine andere Mikroorg. Auf Agarplatten Reinkultur: zarte, irisierende Kolonien, die rasch zu einem feuchten Pilzrasen verschmelzen. In einer grösseren Reihe von Abimpfungen ergab sich konstant: Verflüssigung der Gelatine und Fehlen von Gasbildung in Rohr-Milch- und Traubenzuckeragar.

Milch gerinnt bald, bald nicht; Kartoffel färbt sich stark braun und bedeckt sich mit feuchtem graubraunem Rasen. Verfärbung des Nährbodens tritt nicht überall auf, am schönsten aber im Rohrzuckeragar, der sich grün färbt, auch in Bouillon und Pepton. Barsickow'scher Nährboden wird bald rot, bald bleibt er unverändert. Blutkörperchen, in Pepton und Bouillon suspendiert, werden nach 24 M. bei 37° prompt gelöst. Weisse Mäuse werden in 12—36 Stunden sicher getötet von $\frac{1}{4}$ Oese Agarkultur, sowohl bei subkutaner als bei intraperitonealer Applikation; bei letzterer haemorrhagische Peritonitis.

Die aus der Pleura gewonnenen Bakterien verhielten sich ebenso wie die beschriebenen und lagen gleichfalls in Reinkultur vor.

Nach dem kulturellen Verhalten müsse er den gefundenen Pilz in die Gruppe des *Pyocyaneus* einreihen, wohin er am ehesten hineingehört.

Da der Mikroorganismus sowohl im Sputum als in dem Pleuraexsudat in Reinkultur und in grosser Menge vorlag, so möchte er sich auch dafür aussprechen, dass derselbe eine pathogene Bedeutung habe und der Ursache entspreche für die entzündliche Lungenaffektion (wahrscheinlich lobuläre Pneumonie, mit consecutiver Pleuritis).

(Autoreferat).

Dr. Krannhals: er wolle einige Worte zum Fall als solchen und einiges im allgemeinen sagen: 1) der Patient habe wochenlang unter dem Bilde eines Typhus in seiner Ab-

teilung gelegen, habe alle Erscheinungen des Typhus geboten, nur die Widal'sche Reaktion sei nicht gemacht worden; plötzlich Anstieg der Temperatur, auf der ganzen linken Seite Bronchitis, dann sehr kleines Exsudat; Sputum schleimig-eitrig, tagelang auch haemorrhagisch gefärbt; die Bronchitis sei sehr hartnäckig gewesen, das Exsudat gestiegen, das ganze Bild habe einen septischen Charakter angenommen; 2 mal sei punktiert worden, zuerst seröses Exsudat, etwas haemorrhagisch, das zweite Mal nur wenig entleert; die Sputumuntersuchung zeigte kolossale Massen von Diplokokken, semmelförmige; später sei plötzlich Pnenmothorax aufgetreten, daher Verlegung des Kranken auf die chirurgische Station; in den letzten Tagen hätte sich Orchitis und Epididymitis eingestellt.

Die haemorrhagische Beimengung des Sputums wisse er sich nicht zu erklären; er dachte zuerst an einen Zerfallsherd, an eine bronchiektatische Caverne, doch war das Sputum geruchlos, daher kam er von diesem Gedanken zurück.

2) Inbezug auf die Pyocyaneus-Infektion bemerke er, dass er früher sich mit diesem Bazillus beschäftigt habe, z. B. bei einem Fall von Sepsis, wo der Pyocyaneus gefunden wurde. Schimmelbusch war damals gegen die pathogene Bedeutung dieses Pyoc.-bacillus, doch könne er dieser Auffassung nicht beitreten; später habe er noch einen zweiten Fall beobachtet. Er habe circa 200 Leichenteile auf Pyoc.-bac. untersucht, überhaupt auf alle die Gelatine verflüssigende und grünfärbende Bazillen, auf den spezifischen Pyoc.-Geruch. Die Platten werden von dem Pyocyaneus ganz überwuchert, die Gelatine verflüssigt; letztere erscheint rot, dann grünlich, dabei sei ein intensiver Geruch. Bei dem Schabert'schen Falle könne er den spezifischen Geruch nicht konstatieren. Seiner Ansicht ist der Pyocyaneus in diesem Falle sekundär in die Lungenhöhlen gedrunen, in den Kulturen überwuchert eben alles. Auf ihn macht der Fall den Eindruck eines Typhus, kombiniert durch spätere Pyocyaneusinfektion.— In Leichenteilen ist der Pyocyaneus sehr selten gefunden worden, findet man ihn, so kann man annehmen, dass er schon intra vitam dagewesen sei.

Dr. P. Klemm: Der Pyocyaneus tritt gewöhnlich als Saprophyt auf, gilt gewöhnlich als nicht pathogen; er schliesst

sich an Eiterungen an, ist dann durch Farbe und Geruch erkennbar; der Verlauf der Eiterung ist in diesen Fällen nicht durch ihn gestört, sie dauert eben so lange als wenn der Pyocyaneus nicht da wäre. Im grossen und ganzen ist es ein Keim, welcher sekundär auftritt; er wuchert sehr stark, verdeckt die anderen Kulturen; in einem solchen Präparat kann man dann nicht sagen, dass der Pyocyaneus allein da gewesen wäre, es ist ein Kunstprodukt, die anderen Bazillen sind verdrängt worden. Später hat man jedoch gesehen, dass auch der Pyocyaneus der Erreger von septischen Krankheiten sein kann. Die Einwände von Schimmelbusch hält er nicht für stichhaltig. In diesen Fällen entwickelt sich ein charakteristisches Krankheitsbild; charakteristisch ist der Befund am Darm, es handelt sich um einen oberflächlichen Zerfall der Schleimhaut; auf der Haut treten Petechien, Ekthyma auf. Der Fall von Schabert gehört seiner Ansicht nach zur ersten Gruppe, er hält ihn für eine sekundäre Infektion mit Pyoc. bazillus. Es steht auch der Befund der Bazillen im Blut aus, was sehr wichtig ist.

Fälle von reiner Pyocyaneusinfektion sind ihm 3 bekannt, z. B. der Fall von Lungengangrän, von Brenner angeführt; letztere trat infolge einer Zahnextraktion auf.

Dr. v. Bergmann: Das Exsudat habe er für nicht charakteristisch nach dem Geruch für Pyocyaneus halten können.

Dr. Voss betont, dass die demonstrierte Kartoffelkultur nicht den intensiven Geruch zeige, den er früher bei den Krannhalschen Kulturen wahrgenommen; bei den anderen Kulturen könne er überhaupt keinen besondern Geruch finden. Im übrigen bemerkt er, dass auch bei Ohrenerkrankungen oft der Pyoc. auftrete und schon gleich nach dem Geruch zu konstatieren sei.

Dr. P. Klemm giebt noch einmal dem Ausdruck, dass die Wunde bei dem Patienten den charakteristischen Geruch hätte haben müssen.

Dr. Schabert: Zuerst sind von Krannhals Kokken gesehen worden; es können dies kokkoide Formen des Pyocyaneus gewesen sein. In seinem eigenen Präparat seien nur Stäbchen, es ist hier keine polymorphe Form.

Er hat versäumt die Reaktion des Pyoc. auf die roten Blutkörperchen anzuführen, welche er ausgeführt hat. Die roten

Blutkörperchen verschwinden, der Pyoc. löst sie auf; dies war hier der Fall. Das Blut ist freilich nicht auf Pyoc. untersucht worden, jedoch das Serum der Pleura; dies genügt, denn das Serum ist nicht mit Luft in Zusammenhang. Die Agglutinations-Probe habe er nicht gemacht, doch sei das eine noch nicht abgeschlossene Frage. Was den Geruch anbelangt, so geben die Lehrbücher nur einen leichten «Jasmingeruch» an. Der Farbstoff ist in einigen seiner Kulturen grünlich, in anderen bei Tageslicht besser zu unterscheiden. Die Frage, ob Typhus vorliegt, ist in diesem Fall nicht entschieden. Dr. Voss gegenüber betont er, dass die Kulturen des Pyoc. gar nicht so intensiv riechen.

Dr. Krannhals: Nach den Grössenverhältnissen der Kokken und Stäbchen ist eine Umwandlung nicht möglich.

Dr. Kröger fragt, ob das Material, aus welchem Dr. Schabert den Pyoc. züchtete, aus der Zeit stammte, wo der Pneumothorax bei den Kranken noch nicht entwickelt war, ob es nach der Entwicklung desselben zur Untersuchung kam.

Dr. Schabert erwidert, dass nach seinen Informationen ihm ein Material übergeben worden, welches aus der Zeit vor dem Pneumothorax stammte.

d. z. Sekretär Dr. Theodor Schwartz.

Sitzung am 17. November 1904.

Vor der Tagesordnung demonstriert Dr. J. Eliasberg einen Fall von Alopecia areata:

Die Krankheit begann vor 2 Jahren, im Verlauf von 2 Monaten ist dann der gesamte Kopf kahl geworden, nur 2, ca. 10-kopekenstück grosse Stellen sind behaart; sonst auch mit der Lupe keine Haare zu sehen. Vortragender hat nach Ray-

mond Acid. salicyl.	1,0
Naphthol β	5,0
Acid. acetic. crystallisat	7,5
Ol. Ricini	50,0

nachts einreiben und am Tage

Hg.Cl ²	0,25
Tinct. Cantharid	12,5
Glycerini.	25,0
Spiritus.	75,0

einpinseln lassen. Diese Kur dauerte 1 $\frac{1}{2}$ Monate. Darauf wurde 5% Chrysarobintraumaticin-Lösung angewandt, bis Reizerscheinungen eintraten, welche mit der Lassar'schen roten Zinnoberalbe beseitigt wurden.

Die angewandte Therapie zeigt schon, dass die Aetiologie der Alop. ar. noch dunkel ist, denn sie trägt sowohl dem eventuell parasitären, als auch dem trophoneurotischen Ursprung des Leidens Rechnung.

Was das Resultat anbelangt, so sieht man bereits an den meisten Stellen feine Lanugohärchen auftreten. (Autoreferat).

Dr. P. Hampeln hält seinen angekündigten Vortrag «Ueber thorakale Ostealgien».

H. beschränkt sich auf eine vorläufige Mitteilung, einmal wegen der vielfachen Unvollständigkeit seiner Krankenbeobachtungen in der Ambulanz, sodann, weil das, was ihm seit Jahren als etwas Neues aufgefallen ist, dennoch überhaupt, vornehmlich in den ihm ferner stehenden Disziplinen, schon lange bekannt sein konnte und ihm nur in der Literatur entgangen war. Er sei darum darauf gefasst, schon in dieser Versammlung eines besseren belehrt zu werden. Wenn er trotz dieser Erwägungen sich gleichwohl zur Mitteilung entschliesst, so geschehe es, weil jene eigenartigen Erscheinungen, gemessen an seiner Erfahrung, was auch ihr Grund sein mag, Beachtung verdienen, die, wie es ihm scheint, ihnen noch nicht zu teil geworden ist.

Es handelt sich hierbei um oft anfallsweise auftretende lebhafte Schmerzen am Brustbein, seinem Anhang und den falschen Rippen, ohne dass irgend welche Abhängigkeit dieser Schmerzen von Laesionen des Knochens oder Periostes, wie primäre oder metastatische Entzündungen, Tumoren etc., oder von Erkrankungen des Brustraumes, der Wirbelsäule oder des Rückenmarkes für ihn erkennbar oder auch nur wahrscheinlich war. Ebenso wenig lagen in seinen Fällen auffallende Zeichen der Hysterie oder Neurasthenie, irgend welche konstitutionelle Krankheiten oder endlich Traumen,

auf die die Erkrankung hätte bezogen werden können, vor. Er nehme daher eine primäre Schmerzerzeugung im Knochen selber aus noch zu ermittelnden Gründen an und bezeichne diesen Zustand in Anlehnung an analoge Fälle als Ostealgie.

Bei den sternalen Schmerzen dieser Art entstände leicht der Verdacht einer wahren Angina pectoris, während der Rippen Schmerz an Pleura und Nierenaffektionen, ren mobilis, Nierenkolik etc. denken liess. Doch war der klinische Befund in allen seinen Fällen nach dieser Seite und überhaupt ein im wesentlichen negativer. Hingegen war ihm die Abhängigkeit dieser Schmerzen von statischen Momenten wahrscheinlich, Lage der Organe, Art der Beschäftigung, Druck der Kleidung etc.

Dieser Auffassung fügten sich leichter die Fälle mit Lokalisation des Schmerzes am proc. xiphoid., der dann auch immer besonders lang war und deutlich vorsprang, während er andere Male garnicht zu fühlen ist. Er erscheine darum bei solcher Beschaffenheit, ebenso wie die falschen Rippen, analog dem os coccygis, mechanischen Insulten besonders ausgesetzt. Weniger leuchte diese Beziehung in den Fällen von Schmerz des corpus sterni ein, wobei jedoch bedacht werden muss, dass auch hier, namentlich bei seinem an das manubrium stossenden Teil, mannigfache Druck- und Zugwirkungen zur Geltung kommen, so dass es sich auch hier um analoge Entstehung der Schmerzen handeln könnte.

Doch wolle er auf diese hypothetische Deutung der Schmerzen an den genannten Stellen vorläufig kein Gewicht legen, da es ihm jetzt nur darauf ankomme, solche ungewöhnliche, vom Knochen ausgehende Schmerzanfälle überhaupt zu konstatieren.

H. geht nun zu den einzelnen Typen dieser Schmerzzustände über.

1. Ostealgie des Corpus sterni. Der Sitz des Hauptschmerzes entsprach der Höhe des 2. und 3. Rippenpaares. Neben dem spontanen bestand starker Druckschmerz der angegebenen Stelle und der angrenzenden Rippenenden, meist auch Hyperalgesie der Haut, regelmässig endlich Druckempfindlichkeit zweier oder dreier oberer Brustdornfortsätze. Andere Sensibilitätsstörungen wurden nicht konstatiert. Der Schmerz trat ähnlich der Angina pectoris in Anfällen, auch mit Op-

pressionsgefühl auf und strahlte seitlich, auch in den Rücken, in einem Falle in den linken Arm aus. Mehrmals lagen Störungen vasomotorischer Art vor. Im übrigen negativer Befund, nur einmal arteriosklerotische Merkmale an Herz und Gefässen.

Gerade der sonst ja so häufige und hinlänglich bekannte sternale Druckschmerz sei ihm in diesen Fällen als ungewöhnlich eigenartiger aufgefallen. Es erscheine ihm von Wichtigkeit, diesem Schmerz in Fällen angenommener und wahrscheinlicher wahrer Stenokardie die Aufmerksamkeit zuzuwenden. Aus seiner eigenen Erfahrung heraus sei er zur Zeit, trotz eines recht grossen Aktenmaterials, nicht imstande anzugeben, wie sich in dieser Beziehung die wahre, coronarsklerotische Angina pectoris verhält. Aber auch sonst sei er auf keine Angaben über diesen doch wichtigen Punkt gestossen. Selbst Rosenbach schweige darüber, obschon er und zwar, soviel Vortragender bekannt, bisher als einziger, einen starken Druckschmerz des proc. xiphoideus und Schmerzen des Sternums bei den seiner Theorie nach myogenen pseudo-stenokardischen Anfällen überhaupt erwähnt. Verhielte es sich nun wirklich, wie es augenblicklich scheint, so, dass dieser Druckschmerz bei der wahren Stenokardie fehlt und ein Merkmal von Anfällen nur ähnlicher Erscheinung, aber doch anderer Natur bildet, so wäre das differentiell-diagnostisch und prognostisch von grosser Bedeutung. Doch könne da seiner Ansicht nach noch nichts entschieden werden, vielmehr bedürfe das ganze Material einer Revision in dieser Beziehung, deren Resultate noch abzuwarten wären. In einem Fall höchst wahrscheinlicher coronarsklerotischer Angina pectoris, beobachtet in diesem Jahre, konnte er einen starken Druckschmerz des Corpus sterni in der Höhe des 3. Rippenpaares entsprechend dem Spontanschmerz feststellen. So mag es sich aber noch in vielen Fällen dieser Art verhalten.

2. Ostealgie des proc. xiphoideus. Die Unabhängigkeit der Schmerzen dieses Typus von Erkrankungen innerer Organe falle hier mehr auf, und um so wahrscheinlicher sei ihre primäre Entstehung im Knochen, mag es sich dabei um eine Knochenneurose auf neurasthenischer Basis oder um palpable arthritische Veränderungen handeln, wofür 2 Fälle sprechen. Auch hier bestand als Hauptphänom neben dem spontanen, in

Anfällen auftretenden und nach verschiedenen Richtungen ausstrahlenden Schmerz lebhaftere Druckempfindlichkeit des hier immer deutlich vorspringenden proc. xiphoideus. Spinalirritation hingegen fehlte, einen Fall ausgenommen. In einem dieser Fälle waren die seit mehreren Jahren bestehenden Anfälle in letzter Zeit sehr heftig und endeten oft mit Erbrechen. Die Fälle des 1. und 2. Typus betreffen meist Frauen. Was endlich den 3. Typus, die Ostealgie der falschen Rippen betrifft, so herrschte hier die Konstanz der Schmerzen vor. Fällen dieser Art war Vortragender schon in früheren Jahren oft im Krankenhaus, meist bei männlichen Personen der arbeitenden Klasse begegnet, wobei ihm zuerst die starke Druckempfindlichkeit besonders der Spitze der 11. oder 12. Rippe oder auch beider, meist einseitig, aufgefallen war, ohne dass sich dafür eine Ursache im Organbefunde finden liess. Hier und da lag auch eine mehr als gewöhnlich bewegliche Niere derselben Seite vor, die jedoch nicht schmerzte und ihm ausser jedem Zusammenhange mit den Beschwerden zu stehen schien.

Auf Grund aller dieser Wahrnehmungen, für die vom Vortragenden als Beleg mehrere Krankenbeobachtungen aus der Privatpraxis verlesen werden, gelangt er zu der Auffassung, dass das Thoraxskelet, insbesondere das Sternum und sein Anhang, sowie die falschen Rippen gelegentlich der primäre Sitz ausstrahlender starker Schmerzen ist, die innere Organaffektionen vorzutäuschen vermögen. Dass hierbei auch der konstitutionelle Faktor von Bedeutung sei, halte er für sehr wahrscheinlich, sei es, dass es sich um blos gesteigerte Empfindlichkeit oder um konstitutionelle Krankheiten, Gicht, Anämie etc. handle. Jedenfalls aber glaube er aus dem Sitze und den anderen Eigentümlichkeiten des Schmerzes auch auf die hervorragende Bedeutung statischer Momente schliessen zu dürfen, die hier, ähnlich wie bei der Coccygodynie von Einfluss seien und zu ähnlichen Erscheinungen führten.

(Autoreferat).

Dr. K r a n n h a l s hat besonders bei Herzneurosen diesen Schmerz am Sternum gefunden, bei den pseudostenokardischen Zuständen, und ebenso oft an der 5. und 6. Rippe in der M.-Linie; oft ist hier schon die einfache Perkussion sehr schmerzhaft und erst recht ein Druck auf den Knochen. Ausgespro-

chenen Sternal-Schmerz hat er auch bei neuropathischen jungen Mädchen oft gesehen, durch Druck der Kleider wurde er oft verstärkt: auf allgemeine Behandlung gegen Anämie schwanden die Schmerzen oft. Er erinnert sich, dass Dr. H a m p e l n schon zur Zeit seiner Tätigkeit im Krankenhause auf diesen Schmerz aufmerksam gemacht hat und dass dann einigemal bei der Sektion an derselben Stelle ein Knochenherd gefunden wurde; in einem Falle wurde eine Rarefizierung der spongiosa des Sternums an dieser Stelle gefunden. Die Druckempfindlichkeit der Rippen hat er immer mit Enteroptose in Verbindung gebracht, hat dann Hängebauch etc. gefunden: er hat den Schmerz hier auf eine Zerrung bezogen; zuweilen ist es ihm gelungen diesen Schmerz durch Massnahmen gegen den Hängebauch, Binden etc., durch Massage zu heben.

Dr. Kröger hat gleichfalls einige Fälle erlebt, wo durch Druck auf die Costae fluctuantes Schmerzen ausgelöst werden konnten. Eine Erkrankung der Interkostalnerven, sowie der interkostalen Weichteile war hier ebenso ausgeschlossen. Dagegen zeigte sich ein eigentümlicher Zusammenhang dieses Druckschmerzes mit einer rheumatischen Erkrankung des M. longissimus dorsi, der sich folgendermassen begründen liess: Bei Fixation der Rippe war der Druck auf dieselbe schmerzlos. Der Schmerz trat nur auf, wenn die Rippe in toto bewegt wurde. Genau derselbe Schmerz wurde bei Druck auf die langen Rückenmuskeln vom Pat. angegeben.

Dass die Rippe hier nicht selbständig erkrankt war, sondern nur die Rolle eines einarmigen Hebels spielte, wobei ihr mit genanntem Muskel verwachsenes Ende eine Zerrung desselben verursachte, ging daraus hervor, dass eine systematische Behandlung des Muskels mit Massage und Bädern den Druckschmerz an den Rippen beseitigte. Auch war es während der Massage gelungen, tiefsitzende — also etwa den Muskelinsertionen an den Rippen entsprechende anatomische Veränderungen in Form von Verdichtungen und Schwielen durch die Palpation nachzuweisen und durch Massage zum Schwinden zu bringen.

Da in den von Dr. H a m p e l n vorgeführten Fällen dieser besprochene Zusammenhang nicht ausgeschlossen worden, so wäre immerhin auch hier an einen solchen zu denken. (Autoreferat).

Dr. E. Schwarz weist auf die Schwierigkeit der Beurteilung des Schmerzes im allgemeinen hin und im speziellen auf die Hampelnschen Fälle. Bei Gelenkneurosen sei oft dasselbe der Fall; die Gelenke sind zuweilen sehr druckempfindlich, so dass man den Eindruck hat, dass dort der Sitz der Krankheit sei. Zur differentiellen Untersuchung hat Thomas Brodie empfohlen, eine Hautfalte über dem Gelenk aufzuheben: in den Fällen von Gelenkneurose ist dies ebenso schmerzhaft wie der Druck selbst auf das Gelenk. Die Gelenkneurosen zieht man in das Gebiet der Hysterie, diese Krankheit muss dabei in Betracht gezogen werden. Die 9. und 10. Rippe war am Rücken z. B. in einem Fall sehr druckempfindlich. Nach Applikation des faradischen Pinsels war der Schmerz verschwunden. Oft ist es sehr schwer zu entscheiden, welcher Teil der Symptome auf das Organleiden und welcher Teil als allgemeines Leiden aufzufassen ist; hier sind auch durch Hypnose Erfolge erzielt worden, was sich dadurch erklären lässt, dass die hysterischen Symptome, welche unter dem Bilde einer organischen Erkrankung auftraten, günstig beeinflusst wurden.

Die Coccygodynie hält er besonders für ein Analogon zu dem von Hampeln erwähnten Schmerzpunkt am Sternum.

Dr. Schabert hat oft bei ptotischen Zuständen über Schmerzen in den Mamillen klagen hören, er fragt, ob Hampeln diese Fälle ausschliesst; zweitens will er wissen, ob keine Hyperaesthesia der Haut vorlag und ob Dr. Hampeln auch die Druckpunkte der J. C. R. in den Bereich der Besprechung hineingezogen wissen will.

Dr. Schönfeldt: Wenn man bei einer Untersuchung glaubt, dass der Kranke an einem funktionellen Leiden erkrankt sei, so wird man den Pat. nicht noch weiter fragen, ob er an anderen Punkten auch Schmerzen habe; man muss bewusst vernachlässigen.

Dr. Kröger hat nicht diese Fälle gemeint, sondern nur solche, welche er als rheumatisch angesehen habe.

Dr. Behr möchte besonders 2 Gruppen unterscheiden: 1) Schmerzen, welche bei Hysterischen vorkommen, 2) Schmerzen, welche auf Schwielenbildung bei den Muskelinsertionen beruhen; er hat z. B. beobachtet, dass Schmerzpunkte im Nacken zurückzuführen waren auf solche Schwielen.

Prof. Bäumler giebt solche Schwielenbildung auch für die Brustmuskulatur an. Was die Hampelnschen Fälle anlangt, so ist ihm aufgefallen, dass die Schmerzen in solchen Fällen oft nachts auftreten; er hat daran gedacht, dass sie wohl durch Zerrungen der Muskeln zu erklären seien, wenn im Schlaf extreme Bewegungen gemacht worden sind.

Dr. E. Schwarz: Wenn Dr. Schabert die ganze Region hineinbeziehen will, so hat er z. B. oft eine Druckempfindlichkeit unterhalb der Mamillen gesehen in Fällen, wo das Herz ganz normal war; hier ist aber dann auch das typische Symptom bei Aufhebung einer Hautfalte zu konstatieren. Doch diese Fälle hat Dr. Hampeln nicht gemeint, er hat jene gemeint, wo, wie es scheint, der Knochen selbst druckempfindlich ist, die Analogie dieser ist die Coccygodynie und der Gelenkschmerz. Die hysterischen Schmerzen, welche man durch eine Hyperaesthesia der Gehirnrinde erklären muss, muss man hier bei Seite lassen. Einmal hat er am obern Drittel der Tibia eine Druckempfindlichkeit gesehen; schon hatte er den Gedanken eine Operation vornehmen zu lassen, als nach dem faradischen Pinsel die Empfindlichkeit schwand.

Dr. Behr fragt, ob auf Anaesthesia geprüft worden ist? (Ja, Dr. Hampeln).

Dr. Schönfeldt hat Dr. Hampeln so verstanden, dass die Schmerzen bei negativem Befund vorkommen, nicht bei Schwielenbildung in den Muskeln.

Dr. Kröger; Erst nach langer Uebung kann man die Schwielen finden; er habe sich speziell mit diesem Gegenstand lange beschäftigt und könne daher die Schwierigkeit der Untersuchung beurteilen.

Dr. Voss stellt die Frage ob die von Dr. Hampeln, geschilderten Schmerzen ein bekanntes Bild der Hysterie darstellen, oder etwas ganz Neues seien.

Dr. Hampeln ergreift das Schlusswort und bemerkt, dass es sich in dem eben Geäußerten zum Teil um ergänzende Beobachtungen handelt, sonst könne es sich ja auch, da keine Beobachtungstatsachen als solche feststehen, nur um abweichende Deutungen der Tatsachen handeln. Von Dr. Behr und Dr. E. Schwarz glaube er am besten verstanden worden zu sein.

Was die Ausführungen von K r a n n h a l s betrifft, so habe er von der bekannten und alltäglichen Herzneurose mit ihren Schmerzlokalisationen ganz abgesehen ebenso von dem so häufigen Sternalschmerz als Teilerscheinung allgemeiner hysterischer Hyperaesthesie. Gegen K r ö g e r bemerkt er, dass es sich sehr wohl um die von K r ö g e r angegebene Aetiology laudeln könne. In seinem Falle scheine sie aber nicht vorgelegen zu haben, da die leiseste Berührung der Rippenden, ohne Bewegung, schon lebhaft schmerzte, auch handelt es sich in einzelnen Fällen um jugendliche Individuen.

S c h a b e r t habe er zu antworten, dass er bei der Aufforderung zu vergleichenden Untersuchungen wesentlich den Sternalschmerz als den klinisch wichtigsten im Auge gehabt habe, da es sich hier um die wichtige Frage nach der etwa vorliegenden wahren Stenokardie handle. Kommt nicht auch bei Stenokardie Druckschmerz des Sternums vor? Darum handelt es sich besonders, und zu Untersuchungen nach dieser Richtung habe er in erster Reihe aufgefordert.

Zu den Ausführungen von B e i r und S c h w a r z endlich bemerkt er, dass er in seinen Fällen keine anderen Zeichen einer Neurose, als die Spinalirritation habe ermitteln können. Allerdings habe es sich nur um grobe Prüfungen gehandelt. Auf die von ihm auch noch festgestellten Analogien des Sternalschmerzes, besonders des proc. xiphoideus mit der Coccygodynie habe er selber hingewiesen.

Im ganzen scheine ihm aus der Diskussion hervorzugehen, dass solche Symptomenbilder, wie etwa die von ihm mitgeteilten, doch nicht wahrgenommen und etwas Unbekanntes seien und es ihm um so mehr daran liegen könnte, darauf hinzuweisen.

Dr. K l e m m: Nach der Ausschliessung des Schmerzes als neurologischen kommen auch noch andere Momente in Betracht. Nach Infektionskrankheiten entstünden z. B. im Knochen zuweilen Herde, Erweichungen, so besonders nach Typhus abdomn. Fränkel hat das Mark der Wirbelkörper untersucht und hier Infiltrationsherde von Leukocyten und Kerne, welche als Knochenmarkzellen zu deuten waren gefunden. Auch nach Influenza sind solche Herde im Knochenmark zu finden.

Gelegentlich könnte auch diese Erklärung als Grund für den Schmerz herangezogen werden, z. B. auch in leichten Fällen von Tonsillarerkrankung; auch die Gonorrhoe kann solche Herde erzeugen. Schliesslich kommt auch noch die Lues in Betracht.

Dr. K r a n n h a l s behält sich vor, nächstens auf die Knochenschmerzen bei Typhus einzugehen; es sei schon möglich, dass zuweilen die von Dr. K l e m m skizzierten Knochenveränderungen an dem Knochenschmerz schuld seien; die posttyphösen Knochenschmerzen sind oft gutartig, vergehen ohne Operation.

Dr. H a m p e l n betont Dr. K r ö g e r gegenüber, dass der Rippenschmerz auch beim Heben der Rippe zur Beobachtung kam, nicht aber nur beim Druck auf dieselbe. Dr. P. K l e m m gegenüber meint er, dass in seinen Fällen der Schmerzpunkt doch zu typisch immer auf derselben Stelle sich befand, als dass man annehmen könnte, dass in allen Fällen früher eine Infektion stattgefunden haben könnte. Er betont noch einmal, dass ihm das Interessanteste das zu sein scheine, zu erfahren, ob dieser Schmerz auch bei Patienten vorkäme, welche an stenokardischen Anfällen leiden.

Zum Schluss und im Anschluss an seinen Vortrag referiert Dr. H a m p e l n über folgenden seines Erachtens Interesse erregenden Fall, der die verschiedensten Auffassungen erfahren hat und dessen Natur natürlich auch jetzt noch diskutabel bleibt:

Frau P. 35 J. alt, leidet seit 3 J. an thorakalen Schmerzen der linken Seite hinten unten. Sie wären teils konstant und schwach, träten aber auch und zwar in den letzten Monaten anfallsweise und recht heftig auf, einmal wöchentlich oder auch einmal im Monat, hauptsächlich links hinten unten über der Wirbelsäule, von da zum Epigastrium, zu den Schultern, zur Mitte der Wirbelsäule und in den Leib ausstrahlend. Dauer der Anfälle 5—15 Min., in letzter Zeit einige Male auch 1—2 St. Sie treten besonders abends auf. Dabei häufiger Schweiss und Urindrang, sowohl vor als auch nach dem Anfall. Zuweilen, unabhängig davon, Arm- und Bein-schmerzen. Stuhl- und Periode normal, überhaupt sonst gesund, «nur nervös». Temper. nicht gemessen. Etwas Abmage-

rung in dieser Zeit, besonders der Brüste. Mann gesund. Drei lebende, gesunde Kinder.

Gelegentlich einer Konsultation in einer Stadt des Reiches wurde, wie Patientin, deren Referaten ich hierin folgen muss, mitteilt, ein «Nierenleiden» angenommen, bei normalem Harn. Der verordnete Gebrauch von Contrexéville hatte keinen Erfolg, es wurde sogar schlechter. Wohl aber ging Harnsand ab. Sie kehrte zu ihrem Wohnort zurück, in dem drei Auffassungen ihres Leidens Vertretung fanden: «Tumor, Pleuritis, Darmaffektion». Darauf konsultierte sie wieder in einer anderen Stadt einen Kollegen, der einen Tumor ausschloss und ein «Nervenleiden» diagnostizierte. Harn auch dort normal. Es wurden warme Seebäder verordnet. Der Gebrauch von 22 dieser Bäder blieb ganz ohne Wirkung. Letzter starker Anfall vor 3 Wochen. Darauf Konsultation an einem vierten Ort, mit dem Ergebnis, dass es sich um «eine Neurose, vielleicht aber auch um eine Rückenmarksaffektion» handele. Hierauf wandte sich Patientin, angeblich zu mir geschickt, an mich.

Ich fand eine wohl aussehende Frau von kleinem Wuchs vor mir mit den von ihr bereits angegebenen atrophischen Brüsten, die aber sonst äusserlich nichts Auffallendes bot, deren Organbefund auch ein völlig negativer war. Keinerlei Anaesthesien oder Analgesien, Hyperaesthesien oder Hyperalgesien an Rumpf und Extremitäten. Dornfortsätze und Bewegungen der Wirbelsäule, sowohl aktive als passive, nicht empfindlich. Linke Niere bei tiefer Inspiration palpabel, aber nicht empfindlich. Das einzige auffallende war ein starker Druckschmerz der Spitze der linken elften, weniger der 10. und 12. Rippe. Geringe Druckempfindlichkeit auch rechts. Rippen (tief liegend, rechts mobil). Keine interkostalen Druckpunkte. Geringe Druckempfindlichkeit des Epigastriums. Wie bereits bemerkt, erscheine ihm die Natur dieses merkwürdigen Falles nach wie vor diskutabel. Seine lange Dauer bei anhaltend negativem Organbefund spräche aber doch gegen ein ernsteres inneres Organleiden oder eine Wirbelsäulenerkrankung. Um so mehr käme die Möglichkeit der Abhängigkeit der Beschwerden von dem von ihm angenommenen Typen der kostalen Osteoalgie in Betracht. Wenigstens war der Rippenschmerz das einzig objektive Lokalsymptom. Angeordnet wurde von ihm Reform der Kleidung und eine im allge-

meinen kräftigende Lebensweise, endlich innerlich Arsen und Eisen. Ob diese Anordnungen von Erfolg gewesen seien, würde er übrigens kaum jemals erfahren.

d. z. Sekretär: Dr. Theodor Schwartz.

Sitzung am 1. Dezember 1904.

Dr. P. Klemm demonstriert vor der Tagesordnung a) eine durch Operation entfernte Cystenniere; b) das anatomische Präparat eines durch Meckelsches Divertikel verursachten, operierten Leistenbruchs.

Dr. Hampeln fragt Vortragenden bezüglich des ersten Präparates, ob es sich um eine zufällige Kombination von Cystenniere und intermittierender Hydronephrose gehandelt, oder ob die Cystenniere selbst die Ursache für letztere abgegeben habe?

Dr. P. Klemm: Diese Frage lasse sich nicht mit Sicherheit entscheiden, doch liessen die aus dem Präparate ersichtlichen anatomischen Verhältnisse eine Abhängigkeit der Hydronephrose von einer der ihr nahe anliegenden Cysten allerdings vermuten.

Punkt I der Tagesordnung:

Dr. A. Berg hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber die Abortivbehandlung der Gonorrhöe.

Vortragender bespricht eine in den Monatsheften für praktische Dermatologie im Jahre 1903 erschienene Arbeit von Dr. Engelbrecht in Kopenhagen, der eine neue Methode der Abortivbehandlung der Gonorrhöe publiziert. Sie besteht in Spülungen der Urethra mit starken Argent. nitr.-Lösungen. Er schreibt eine 4—5-malige Waschung der Urethra nach der Janet'schen Methode mit Argentum-Lösungen in der Stärke von 1:500—1:300 vor und zwar in 10-stündigen Intervallen. Temperatur der Lösung 37° C., Druckhöhe 75 ctm. Die Urethra wird mit einer 2% Kokainlösung anaesthesiert. Als Kontraindikation giebt er Inflammation des orificium urethrae ext. an. Vortragender giebt 47 Fälle aus seiner Praxis bekannt, an denen er nach den Vorschriften Engelbrechts die

Abortivbehandlung versucht hat. Heilung trat in 67% der behandelten Fälle ein. Die Kontraindikationen wären enger zu fassen: keine Inflammation am orificium urethrae, kein Schmerz auf Druck der Urethra, keine Empfindlichkeit der Harnröhre beim Urinieren, kein trüber Urin, kurz es dürfen keine nachweisbaren entzündlichen Erscheinungen an der Urethra vorhanden sein. Vortragender glaubt aus seinen Beobachtungen folgendes feststellen zu können:

1) Könne die Zahl der Waschungen auf 3 reduziert werden, da die Erfolge nicht schlechter sind als bei den 4 resp. 5 Spülungen;

2) sind die den Patienten verursachten Unbequemlichkeiten geringe;

3) scheint diese Coupierkur keine Gefahren für den Patienten zu involvieren, da keine Komplikation und keine Verschlimmerung des gonorrhöischen Prozesses nach missglückter Kur an den 47 Patienten zu beobachten war;

4) ist die Engelbrethsche Abortivkur eine Radikalkur zu nennen, insofern als man dem Patienten am übernächsten Tage nach beendeter Behandlung sagen kann, ob er genesen ist oder nicht. Finden sich dann keine Gonokokken im Sekret, so sind sie definitiv geschwunden und kommen später nicht mehr zum Vorschein;

5) dringen die Gonokokken nicht so schnell in die Tiefe, dass sie für's Medikament unerreichbar wären; in einer nicht unbedeutenden Zahl der Fälle ist bei Beachtung der aufgestellten Kontraindikationen die Anwendung der Abortivkur gerechtfertigt;

6) giebt die Engelbrethsche Methode bessere Resultate als alle bisher publizierten Abortivbehandlungen.

(Autoreferat).

Dr. Voss macht darauf aufmerksam, dass das vom Vortragenden gewählte Thema nach langen Jahren hier zum ersten Mal wieder Gegenstand der Erörterung geworden sei. Dies lasse sich durch den Misskredit erklären, in den das Abortivverfahren durch die früher geübten, äusserst rohen Methoden, wie etwa Aetzen mit dem Lapisstift, geraten sei.

Dr. Engelmann hat verschiedene Heilverfahren bei Gonorrhöe in Anwendung gebracht, und mit den verschiedensten Mitteln gleich gute Erfolge erzielt. Nicht auf die Anwendung eines

bestimmten Mittels komme es an, sondern nur darauf, dass der Sitz der Gonokokken ein oberflächlicher, mithin der Einwirkung des Medikamentes zugänglich sei. Er glaube daher nicht, dass die Höllensteininjektionen mehr leisten sollten, als etwa solche mit Albargin, die er häufig angewandt. Er fragt sodann Vortragenden, wie lange die Patienten noch behandelt worden seien? Dies sei wichtig, da einige nachgebliebene Gonokokken zu Rezidiven führen können.

Dr. A. Berg: Die Nachbehandlung dauerte, wo sie zur Anwendung kam, immer mehrere Wochen. Es handelt sich dabei immer nur um die Beseitigung der durch die Kur gesetzten Irritationen. Gonokokken fehlten dabei stets, auch bei solchen Patienten, die nicht nachbehandelt, sondern nur kontrolliert wurden. Dabei leiste diese Behandlung mehr als die übrigen und könne mit Recht eine Radikalkur genannt werden.

Dr. Engelmann bestreitet die Superiorität der Engelbrechtschen Methode. Säßen die Gonokokken nicht tiefer, als die zerstörten Schleimhäute, so trete Heilung ein, einerlei wodurch die Zerstörung bewerkstelligt wurde. Der Schwerpunkt aller Erfolge läge somit in dem möglichst frühzeitigen Beginn der Behandlung. Dann seien die Erfolge auch mit den sonst üblichen Methoden oft überraschend gut. Die älteren Autoren hätten dies zu wenig berücksichtigt, auch ihre Fälle weniger sorgfältig ausgewählt, als Engelbrecht; daher scheine des letzteren Statistik besser, ohne es in Wirklichkeit zu sein.

Dr. Rulle macht auf die Verschiedenheit der Silberpräparate in bezug auf ihre Affinität zum Eiweiss aufmerksam. Je nach Massgabe entstanden bei der Applikation auf der Schleimhaut mehr oder weniger bedeutende Niederschläge, die ihrerseits ein Tiefgreifen des Medikaments beeinträchtigen. Von diesem Gesichtspunkte aus könnten daher die verschiedenen Präparate als gleichwertig gelten.

Dr. v. Krüden er: Die Gonorrhöe der Konjunkt. zeigt in gewisser Beziehung Besonderheiten gegenüber der Gonorrhöe der Urethra. Während letztere stets ein Krankheitsbild vorstellt, findet man, dass der Gonokokkus am Auge sehr variable Krankheitsbilder zur Erscheinung bringt, von dem leichten Katarrh bis zu der schweren, eitrigen Konjuukti-

vitis, welche im besondern beim Erwachsenen so häufig zur Erblindung führt. Virulenz der Bakterien und Disposition des Krankheitsträgers wirken hier wechselseitig. In meiner Praxis habe ich folgende 2 bemerkenswerte Fälle zu verzeichnen: Vor 7 Jahren stellte sich mir ein Student des Polytechnikums vor mit der Angabe, er habe vor einigen Tagen das Handtuch seines infizierten Kameraden nach dem Gesichtswaschen benutzt. Ich fand eine rechtseitige enorme Schwellung der Lider, welche laut Angaben über Nacht entstanden war, entnahm dem reichlichen eitrigen Sekret einen Tropfen zur Deckglasuntersuchung und behandelte an dem Tage 2 mal die Konjunktiva ausgiebig mit 2% Argentumlösung. Den Studenten hatte ich auf die Langwierigkeit des Leidens vorbereitet und liess den ganzen Tag über Eiskompressen machen. Wie erstaunt war ich am nächsten Tage: Die Konjunktiva war abgeschwollen, das Sekret fast nur schleimig und frei von Gonokokken, während die Präparate des Tages vorher reichliche Mengen von Gram—negativen Gonokokken in den Epithelien aufwiesen. Ich legte den Fall ad acta in der Meinung, dass ich nie im Leben Gelegenheit haben werde, etwas Aehnliches zu beobachten. Im Frühling dieses Jahres erlebte ich folgenden Fall: Herr Dr. M. aus dem Stadtkrankenhaus hier in Riga hatte längere Zeit einen Patienten mit chronischer Gonorrhöe behandelt und erkrankte plötzlich an einer eitrigen Konjunktivitis. Er liess das Sekret der Bindehaut in der Abteilung für Geschlechtskrankheiten untersuchen, wo man ihm mitteilte, Neissersche Kokken seien massenhaft und mit Sicherheit nachzuweisen.

Patient begab sich sofort in meine Behandlung, ich fertigte eine Reihe von Präparaten an, bestätigte den bakteriologischen und zwar Gram—negativen Befund. Der Kollege bezog sofort meine Klinik und begann mit Eiskompressen, welche Tag und Nacht fortgesetzt wurden. Ein Medikament wurde nicht angewandt. Bei der Krankenvisite am Morgen fand ich statt der erwarteten weiteren Schwellung vollständiges Wohlbefinden des Patienten. Die Schwellung war total zurückgegangen und nach weiteren 24 Stunden waren die vermeintlichen Gonokokken nicht mehr vorhanden. Patient, der sich auf ein Krankenlager von sechs Wochen gefasst gemacht hatte, verliess nach 2 Tagen die Klinik. Leider, wie

in so vielen ähnlichen Fällen, ist der Versuch einer Kultur nicht gemacht worden und es fragt sich, trotz der negativen—Gram-Färbung, waren es Gonokokken, die dies Krankheitsbild hervorgerufen, oder nur ein ähnlicher Organismus. Diese 2 Fälle sind jedenfalls nicht in der Lage, die so wichtige Frage über Gonokokken. Pseudogonokokken und andere Bakterien zu entscheiden. Wir wissen aus den Untersuchungen Tiringers, dass stark verdünntes gonorrhöisches Sekret mildere Krankheitserscheinungen hervorruft. Wir wissen ferner, dass Pfeiffer und andere besondere, den Gonokokken ähnliche Bakterien bestimmt zu haben glauben, wir wissen ferner, dass Gonokokken sich verschiedenen Menschen gegenüber verschieden verhalten, dass Impfversuche mit gonorrhöischem Sekret gelegentlich negativ ausgefallen sind. (Bei Trachom von Kalt.) Daher ist es möglich, dass auch bei den rasch geheilten Fällen von Gonorrhöe der Urethra gelegentlich Fehlschlüsse vorkommen, dass einzelne rasch und abortiv geheilte Fälle durch andere weniger virulente Krankheitserreger hervorgerufen wurden. Eine völlig einwandfreie Statistik würde erst mit Zuhilfenahme von Reinkulturen zu erzielen sein. Therapeutisch erlaube ich mir nur noch die Bemerkung, dass ich in letzter Zeit in den Janet'schen Spülungen ein schönes, wirksames Heilverfahren gegen die akute Gonorrhoea adult. am Auge gefunden habe. Es scheint mir, dass die so überaus häufig vorkommende Läsion und Einschmelzung der Hornhaut hierdurch gehindert werden kann. Bei Neugeborenen habe ich eine grosse Anzahl von Fällen genau bakt. untersucht und bin zu dem gleichen Resultat gekommen, wie Groenow, dass nämlich eine Reihe dieser Fälle durch ganz andere Mikroorganismen hervorgerufen ist als durch den Gonokokkus.

Dr. Voss erkundigt sich nach dem Prozentsatz der Heilungen bei unbehandelten Gonorrhöen, oder solchen, die nur mit Bettruhe und Balsamicis behandelt worden.

Dr. A. Berg: Derartige statistische Gesichtspunkte könne er weder aus der Literatur, noch aus seinem eigenen Material entnehmen.

Im ganzen sei der Prozentsatz der sich für das Abortivverfahren eignenden Fälle ein geringer.

Dr. Zwingmann fragt Dr. v. Krüden er, ob es sich in den von ihm berichteten Fällen um ganz frische, oder ältere gehandelt habe?

Dr. v. Krüden er; Nur um ganz frische.

Dr. J. Eliasberg spricht sein Bedauern darüber aus, dass sowohl von Engelbrecht selbst, wie auch von dem Vortragenden die Anlagen von Kulturen unterlassen worden. Die Auslassungen Dr. v. Krüden ers scheinen für die Bedeutung einer jedesmaligen Differentialdiagnose der Krankheitserreger doch sehr bemerkenswert. Andernfalls böte die Darstellung der Nährböden so grosse Schwierigkeiten, dass von einem allgemeinem Gebrauch dieses Hilfsmittels kaum die Rede sein könne. Sehr wichtig erscheinen ihm die von Vortragendem schon hinreichend betonte Ausschliessung aller entzündlichen Formen von der Abortivbehandlung.

Dr. Hampeln berichtet von einem Fall aus seiner Praxis, wo das mikroskopische Kokkenbild gleichfalls zu einer irrtümlichen Annahme einer Gonorrhöe geführt habe. Es handelte sich um einen 8-jährigen Knaben mit Harnbeschwerden, trübem Urin, bei scheinbar normaler Harnröhre. Das mikroskop. Bild entsprach genau den Gonokokken; es musste in Anbetracht des jugendlichen Alters des Pat. an ein Verbrechen gedacht werden. Der Knabe wurde in's Kinderhospital aufgenommen, wo die Diagnose zuerst gleichfalls auf Gonokokken gestellt, später aber zurückgenommen wurde. Es hatte sich nur um einen morphologisch ähnlichen Mikroben gehandelt.

Dr. P. Klemm: Die Gonorrhöe der Knochen und Gelenke pflegt sich in verschiedenen Formen zu äussern. In einem Teil der Fälle handle es sich nur um einen Erguss in's Gelenk, in einem andern Teil wieder um periartikuläre Phlegmonen, in wieder andern Fällen kam es direkt zu Ankylosen. Dabei handle es sich nicht etwa um Mischinfektionen, die diese verschiedenen klinischen Bilder zustande brächten, sondern um eine Gonokokkeninfektion. Das Virus sei immer dasselbe, nur die Gewebe verhielten sich demselben gegenüber verschieden, indem sie in verschiedener Weise reagierten. Analoges lasse sich bei den Eiterkokken beobachten, die in einem Falle einfache Eiterung, in andern Fällen Erysipel er-

zeugten. Die Annahme einer Varietät der Keime sei daher keine Denknöwendigkeit.

Dr. A. Berg entgegnet Dr. Eliasberg, dass der mikroskopische Befund genügend sichere Resultate ergebe, wenn man die intracellulare Lagerung, die Gruppierung, die Form und die Grösse der Diplokokken genügend beachte. Der kulturelle Nachweis der Gonokokken sei daher in der Mehrzahl der Fälle entbehrlich.

Dr. v. Krüden er: So einfach, wie Dr. Berg die Differenzialdiagnose schildere, sei sie in Wirklichkeit doch nicht. Noch immer werde wohl darüber diskutiert und geschrieben. Schon der Name Pseudo-Gonokokken spräche für die Wichtigkeit des Kulturennachweises.

Dr. M. Schönfeldt bemerkte gegenüber Dr. P. Klemm, dass namhafte Autoren, unter andern Erb, der verschiedenartigen Virulenz — speziell bei Lues — eine grosse Bedeutung für die Schwere der Erkrankung beimessen.

d. z. Sekretär: Dr. Theodor Schwartz.

Sitzung am 15. Dezember 1904.

Vor der Tagesordnung demonstriert a) Dr. J. Eliasberg einen Kranken von 54 Jahren, welcher an der einen Hand eine carcinomatöse Wucherung aufweist, die sich aus einem Abszess entwickelt hat.

Dr. Voss fragt an, ob eine mikroskopische Untersuchung gemacht worden sei, worauf

Dr. Eliasberg antwortet, dass dieselbe noch ausstehe.

b) Sodann demonstriert Dr. P. Klemm 2 Präparate von 2 Proc. vermiformes, welche durch Operation gewonnen wurden. Der Krankheitsverlauf war beidemal ein foudroyanter, die Operation geschah nach 36 Stunden. Das 1. stammt von einem 13-jährigen Mädchen; es war keine Resistenz zu fühlen gewesen; chirurgisch eingegriffen wurde, weil Verdacht auf Peritonitis vorlag. Die Därme waren nicht verklebt; im kleinen Becken kotige Flüssigkeit; der pr. vermiformis zeigte eine Perforation durch einen Kotstein. Das 2. Praep. stammt von einem 15-jährigen Knaben; da auch hier der Leib aufge-

trieben war, heftiges Erbrechen bestand, wurde operiert; eine Resistenz war auch hier nicht zu fühlen. Der Befund glich vollständig dem 1. Falle; in beiden Fällen handelte es sich um den Beginn einer jauchigen Entzündung.

In beiden Fällen war zuerst von anderer Seite ein Abführmittel gegeben worden, in dem einen Fall durch den Arzt.

Nach Dr. Klemm werde die Indikation zur Ruhigstellung des Darmes in letzter Zeit nicht allgemein anerkannt; Klemm hält dieselbe durchaus aufrecht, der Darm müsse ruhig gestellt werden. Eine Entleerung des Darmes könne hier auch gar nichts nützen. Iverson und Kummel vertraten den Standpunkt, dass die Erkrankung des Typhlon ein fortgeleiteter Katarrh des Dickdarmes sei; jetzt steht man nicht so, durch bakterielle Infektion an Ort und Stelle entstände die Typhlitis.

Dr. Voss: Vor der Zeit Kummels gehörte die Perityphlitis zu den seltenen Krankheiten. Die Klemm'schen Fälle sind wegen ihres eigentümlich schnellen Verlaufes vielleicht ein Beweis dafür, dass diese Differenz an der Diagnostik gelegen habe und früher diese Fälle unter der Diagnose «Peritonitis» gestanden haben.

Nach Dr. A. Bergmann ist die Erkrankung jetzt schon viel häufiger als früher; von Jahr zu Jahr ist die Krankheit bösartiger geworden; nur so kann man es sich erklären, dass der konservative Standpunkt allmählich verlassen wird. Die Klemm'schen Fälle beweisen, wie wichtig es ist, früh zu operieren. Dr. Bergmann hat kürzlich einen ähnlichen Fall gehabt: am Sonnabend Beginn der Erkrankung, am Sonntag Temp. 39,5, der Puls ging in die Höhe, am selben Tage Operation; der Wurmfortsatz war bereits gangränös, auch Exsudat war vorhanden. Wenn man ganz früh ein Abführmittel giebt, kann man dies zuweilen entschuldigen, z. B. bei der Appendicitis spl., die Temperatur sinkt hier darnach, doch ist dies nach Dr. Bergmann's Ansicht falsch und zu riskiert. Bergmann selbst hat nur Schaden dadurch gesehen.

Der Zusammenhang von Appendicitis und Darmkatarrh ist nicht ganz zu leugnen; die Beschwerden der Appendicitis schwinden, wenn der Darmkatarrh behandelt wird.

Dr. P. Klemm betont, dass in Deutschland sich immer mehr die Neigung bemerkbar macht, möglichst frühzeitig zu operieren. Sonnenburg stellte bestimmte Indikationen auf, mit welchen Klemm sich in Uebereinstimmung weiss; in 24 Stunden kann das Bild sich sehr ändern; daher stellt man sich so, dass man im Anfange immer operiert, wenigstens innerhalb der ersten 36 St., doch kommt in praxi der Chirurg selten dazu; wenn der Chirurg hinzugezogen wird, sind schon die Folgezustände vorhanden, dann müsse man von Fall zu Fall entscheiden, nicht kritiklos operieren; die Operation ist dann nur angezeigt, wenn bedrohliche Erscheinungen auftreten. Bevor der Anfall manifest würde, soll man operieren; solche Patienten haben mehr unbestimmte Symptome. Redner hat einzelne Patienten in diesem Stadium operiert (die sogenannte Colica appendicularis der Amerikaner).

Dr. Hampeln bemerkt zum Vorgetragenen, dass er eine Abführung im Beginn der Erkrankung doch nicht kurzweg abgewiesen sehen möchte. Bei deklariierter Perfor., drohender oder verdächtiger Perf. halte er sie freilich für kontraindiziert, die Ruhigstellung des Darmes für indiziert, im Beginn der Erkrankung aber, ohne diese Merkmale, halte er NB. die einmalige Entleerung des Darmes für wünschenswert. Für den Verlauf und Ablauf keiner einzigen entzündlichen Erkrankung, insbesondere der Abdominalorgane, sei es gleichgiltig, ob der Darm von zersetztem Inhalt erfüllt ist oder nicht. Ist doch der gefüllte Darm oft einzige Ursache des Fiebers, das mit seiner Entleerung schwindet, oder doch erheblich sinkt. Aus diesem Grunde erscheine ihm auch im Beginn einer Appendicitis, die nicht mit Perforationssymptomen einsetze, wie in den Klemm'schen Fällen, eine einmalige Entleerung des Darmes nicht kontraindiziert, sondern wünschenswert, und habe alsdann der üblichen Behandlungsmethode mit Opium resp. der chirurgischen zu weichen.

Allerdings habe der Appendix, wie Kl. mit Recht betont so gut wie nichts mit dem Darminnern zu tun, gerade darum könne die Abführung hier ebenso und aus denselben Gründen indiziert sein, wie bei einer Adnexerkrankung des Uterus, wo noch weniger Beziehungen zum Darne vorliegen. Andererseits meine er, auch wegen der rel. Unabhängigkeit des Appendix, dass die Gefahr der Abführung bei seiner Erkrankung über-

schätzt und übertrieben worden. Kasuistische Belege für diese Gefahr seien ihm nicht bekannt, sie scheint ihm mehr theoretisch deduziert zu werden. Der Mechanismus der Darmentleerung gefährde den Appendix nicht, sofern die üblichen Laxantien, bei denen die Bauchpressung nicht erhöht wird, in Anwendung kommen. Darin liege eben die Sache beim Appendix, zum Unterschied z. B. vom typhösen Darmgeschwüre, günstig. Das Geschwür ist eben wie der Inhalt des Darmes dem Innendrucke direkt ausgesetzt, daher eine Steigerung des Druckes hier, wie das bei der Abführung geschieht, kontraindiziert ist.

(Autoreferat).

Dr. v. Bergmann meint, die Sonnenburg'sche Methode, eine Kongruenz zwischen klinischem Bilde und anatomischem Bilde herzustellen, sei jedenfalls falsch; man kann eben nicht wissen, wie der Wurmfortsatz aussieht; sind schon Verwachsungen da, so bestehen keine günstigen Chancen für die Operation, in diesem Stadium soll man lieber warten.

Dr. O. Klemm: Die Frage, besteht in spez. Fall eine Appendicitis oder nicht, ist besonders bei Kindern oft sehr schwer. Die Intoxikationserscheinungen, welche durch Obstipation hervorgerufen, müssen beseitigt werden; die Diagnose ist eben anfangs unmöglich.

Dr. P. Klemm spricht sich gegen Dr. Hampeln aus; wenn der Verdacht auf Perityphlitis überhaupt vorliegt, ist das Abführmittel zu perhorreszieren; durch die lebhaftere Bewegung des Darmes kann eine Perforation beschleunigt werden; auch Verklebungen des Darmes können dadurch losgelöst werden. Der Vorteil einer Stuhlentleerung ist deswegen zu klein gegenüber den Nachteilen. — Dr. Voss gegenüber in bezug auf das Ueberhandnehmen der Perityphlitis möchte er bemerken: vor dem ersten Auftreten der Influenza 1889 waren die eitrigen Erkrankungen viel seltener als jetzt; wenn man die Perityphlitis damit in Zusammenhang bringt, so ist darin vielleicht die Erklärung für die Vermehrung der Perityphlitisfälle gegeben. Es kann nicht nur an der äusseren Diagnose liegen.

Dr. Woloschinsky stimmt damit überein, dass bezweifelhaften Fällen kein Abführmittel gegeben werden soll; er glaubt nicht, dass der überfüllte Darm hier so wichtig sei.

Bei der Ruhigstellung des Darms auf mehrere Tage sehe man doch fast täglich, dass trotz der Darmüberfüllung alle Symptome besser würden. — Israel ist dafür, dass die Operation in den ersten 24 Stunden ausgeführt werde, dann ist die Prognose gut; nach den ersten 24 Stunden soll man nur dann eingreifen, wenn bedrohliche Symptome vorhanden, sonst soll man warten.

Dr. v. Bergmann ist der Ansicht, dass man sich nicht so genau an die Stundenzahl halten kann; man soll so früh als möglich operieren; bei mittelschweren Fällen am 3. oder 4. Tage soll man überhaupt nicht operieren, sondern lieber warten.

Dr. Woloschinsky giebt noch einmal dem Ausdruck, dass das Berliner Resumé so lautete: nur in den ersten 24 Stunden darf operiert werden; später nur bei bedrohlichen Erscheinungen.

Dr. P. Klemm hält es Woloschinsky gegenüber für unnütz, diese Frage in chirurgischen Kreisen zu diskutieren; bei der angegebenen Stundenzahl handelt es sich doch nur um Grenzwerte; der Organismus reagiere ja auch ganz verschieden.

Dr. Dietrich spricht sich endlich auch strikt gegen ein Abführmittel aus, wenn überhaupt Druckpunkte in der Ileo-coecalgegend vorhanden.

Die Erscheinungen sind immer viel schwerer, wenn vorher Abführmittel gegeben sind. Bei der Ruhigstellung des Darmes ist die Prognose immer viel besser; Redner hat sehr viele Fälle so behandelt und dabei immer gute Resultate gehabt. In anfangs unklaren Fällen kann man oft einen verdickten Wurmfortsatz nach der Opiumbehandlung fühlen; das spricht auch dafür, dass die Ruhigstellung des Darmes nötig sei.

P. I der Tagesordnung: Es demonstriert Dr. A. Schabert nun einen Fall von Nephritis acuta.

Der Vortragende legt 2 Praeparate acuter Nephritis vor, die sich durch ihre excessive Grösse auszeichnen. Rechnet man das normale Gewicht beider Nieren zu 300 gramm, so beträgt dasselbe im ersten Fall 940 im zweiten 1010 gramm. Beim Vergleich der sonst üblichen Messungsmethode zur Bestim-

mung der Grössenznnahme ergibt sich die auffällige Ueberlegenheit der Wägung, die erst die richtige Vorstellung von der Volumzunahme schaffe.

Zweitens sei an den vorliegenden Praeparaten die Aetiologie von Interesse. Im I. Fall war die Grundkrankheit Tuberkulose der Lungen, im II. Fall war einem terminalen Scharlach eine länger dauernde Sepsis (in kryptogen. Form) vorausgegangen. Das makroskopische wie mikroskopische Verhalten beider Nieren repraesentieren die bekannte Form der acuten resp. subac. haemorrhagischen Nephritis, wie sie Weigert in allen Einzelheiten, die hier zutreffen, beschreibt. Dieser Umstand lässt in den vorliegenden Fällen mit grosser Bestimmtheit den Schluss ziehen, dass weder in dem einen noch in dem anderen Fall die Nephritis mit den spezifischen Infektionen zusammenhängt, sondern dass beide von einer, auch bakteriologisch nachgewiesenen, Streptomykose abhängen. Die haematogene, haemorrhagische diffuse Nephritis gehöre nicht zu den Wirkungen des tuberkul. Virus, und ob sie in reinen Scharlachfällen vorkomme, sei noch zweifelhaft resp. schwer zu entscheiden. Sicher sei, dass sie am häufigsten die grosse Gruppe der septischen Infektionen begleite (kryptogen. Septicaemie, Endokarditis, puerperale Sepsis, den sogen. ac. Gelenkrheumatismus u. s. w.) und dass ihr Vorkommen daher bei einer erfahrungsgemäss sich nicht mit ihr komplizierenden Erkrankung, wie z. B. die Tuberkulose, sofort die Frage einer Sekundär- oder Mischinfektion aufwerfen lasse. Unter Berücksichtigung dieses Gesichtspunktes seien erst manche, sich widersprechende Angaben über die einzelnen Nephritisformen in der Literatur verständlich.

(Autoreferat).

In der Diskussion meint Dr. Voss, dass die klinische Erfahrung am Sektionstisch gegen die Ausführungen des Dr. Schabert spreche; weder im klinischen Bilde der chirurgischen septischen Erkrankung noch auf dem Sektionstisch findet sich die haemorrhag. Nephritis in hervorstechend häufigem Grade, auch nicht bei den septischen Ohrenerkrankungen (Sinusthrombose und Pyämie ex otitide); bei der letzteren (ca. 50 Fälle) habe er nie haemorrhagische Nephritis beobachtet.

Anders beim Scharlach, hier sei die acute haemorrhag. Nephritis eine häufige Komplikation, doch will Schabert ja dieser eine Sonderstellung geben.

Dr. Hampeln stimmt mit Dr. Schabert überein, wenn derselbe den Erkältungsbegriff speziell für die Aetiologie der Nephritis eliminieren will; Dr. Schabert wendet in seinen Deduktionen das Exklusionsverfahren an, meint nach diesem, dass die septische Infektion in diesen Fällen schuld sei, — welche septische Inf. jedoch, das muss die bakteriologische Untersuchung der Zukunft ergeben.

In einzelnen Fällen könnte es sich auch um Autointoxikation handeln. Lünning vertrete in seiner Arbeit über Nephritis auch die Anschauung, dass in allen unbekanntem Fällen von Nephritis die Sepsis wohl die Hauptrolle spiele.

d. z. Sekretär: Dr. Th. Schwartz.

Sitzung am 5. Januar 1905.

P. I. Dr. A. Behr hält seinen angekündigten Vortrag «Ueber einen Fall von Besessenheit» im Anschluss an eine Demonstration der Kranken, welche ca. 2 Monate vorher stattfand.

Der Vortragende demonstriert eine Geisteskranke, welche behauptet, sie sei vom bösen Geiste besessen und müsse daher alles tun und reden, was er ihr vorschreibe. Sehr auffallend waren in diesem Falle die Zwiesgespräche, welche die Kranke nach Art eines Bauchredners mit ihrem Geiste führte. Der Vortragende bespricht an der Hand dieses Falles die motorischen Begleiterscheinungen psychischer Krankheiten und entwickelt den Begriff der Spaltung der Persönlichkeit, der Sejunction nach Wernicke. Weiter erörtert der Vortragende die kulturhistorische Bedeutung der Besessenheit und die Entstehung und die Entwicklung dieses Aberglaubens bis in unsere Zeit. (Der Vortrag erscheint an anderer Stelle ausführlich im Druck.)

(Autoreferat).

In der Diskussion führt Dr. Tiling aus, dass Dr. Behr mit Recht betont hat, dass Aberglaube und Wahnsinn eigent-

lich nichts mit einander zu tun haben; ein Mensch der an Hexen glaubt, ist noch lange kein Geisteskranker; nach den Worten Spechts in Erlangen kann jeder Mensch an Hexen glauben so viel er will; wenn er aber sich selbst für eine Hexe hält, dann ist er wahnsinnig. Es handelt sich darum, dass der Mensch, das Ich, im Zusammenhang mit der Welt bleibt. Nach Dr. Tilings Meinung ist es unwahrscheinlich, dass der Aberglaube aus der Welt verschwinden werde; das einzige Mittel, dieses Ziel zu erreichen, ist die richtige Erkenntnis der Psychologie, doch sind diese Kenntnisse noch sehr wenig im Publikum verbreitet. Die Psychiatrie hat bisher nicht den richtigen Weg eingeschlagen, sie hat sich auf den anatomischen Standpunkt gestellt, wenigstens die bekanntesten Vertreter der Psychiatrie. Meynert, z. B. hatte die Assoziationsfasern gefunden und baute eine, wie er meinte, anatomische Psychiatrie auf; auch Wernicke denkt sich, dass die Psyche auf ebensolchen Bahnen wandle, wie die Fasern im Gehirn verlaufen. Der Dualismus in der Psyche der Kranken wird von diesen Forschern anatomisch gedacht, sie stellen es sich vor wie einen Einriss der Fasern, der Zusammenhang der Zentren höre auf, und so entstehe der Dualismus in der Psyche.

Tiling glaubt an eine andere Erklärung: die verschiedenen Kreise in der Psyche haben eine gewisse Selbständigkeit; der Mensch kann ein praktischer, gebildeter Mensch sein und zugleich sehr abergläubisch, er hat Vorstellungen in seinem Gehirn, welche uns ganz unwahrscheinlich sind; solche Gebiete ruhen neben einander in seinem Gehirn; wenn derselbe Mensch in Aufregung gerät, so greift er zu den sonderbarsten Mitteln, was nach Tilings Meinung psychologisch ist. Tiling hofft endlich, dass die Psychiatrie in Zukunft einen besseren Einfluss auf den Aberglauben ausüben wird, wenn sie nicht mehr so anatomisch denkt.

P. II. Dr. Hampeln referiert «Ueber einen Fall seiner konsultativen Praxis» aus der letzten Zeit, der wieder einmal so recht die ausserordentlichen diagnostischen Schwierigkeiten in inneren Erkrankungsfällen illustriert und darum der Mitteilung wert erscheint. Entweder muss nämlich in diesem Fall ein schweres Krankheitsbild und

zwar in 2 Etappen, in ungewöhnlicher Weise vorgetäuscht worden sein, oder es hat eine schwere innere, richtig beurteilte Erkrankung einen ungewöhnlichen, spontanen, günstigen Ausgang genommen. Er selber hat den Patienten, einen 13-jährigen Knaben, Kind armer Eltern, nur 3mal und unter folgenden Umständen gesehen. Das erste Mal wurde er konsultiert, weil in der vierten Woche einer fieberhaften Allgemeinerkrankung, Mictionsstörungen aufgetreten waren, häufiges mit Drängen verbundenes Urinieren, etwas Schmerz im Abdomen rechts. Zugleich lag ein Laboratorinnsattest vor, dass der Urin trüb, etwas eiterhaltig und dem Eitergehalt entsprechend albuminhaltig sei. Ich schloss mich nach Untersuchung des Kranken der Auffassung des Kollegen an, dass es sich um einen schweren Abdominaltyphusfall in der vierten Woche handele und eine ihn komplizierende Cystitis resp. Cysto-Pyelitis derselben Provenienz. 2 Tage darauf, also nach 2 mal 24 Stunden wurde ich wieder hingebeten. Es hatte sich in der letzten Nacht plötzlicher Leibschmerz und häufiges Erbrechen eingestellt; kein Stuhl, keine Flatus; ich fand den Kranken kollabiert, mit beschleunigtem, fadenförmigen Pulse, aber warmen Extremitäten, Abdomen etwas aufgetrieben und gedämpft in den abhängigen Partien und sehr schmerzhaft, galliges Erbrechen. Auf Grund dieses Befundes und in Berücksichtigung der plötzlich eingetretenen schweren Erscheinungen einigten wir uns dahin, dass es sich sehr wahrscheinlich um die Perforation eines typhösen Geschwüres handele und proponierte die Konsultation eines Chirurgen. Lange Zeit nun hörte ich vom Kranken nichts mehr. Etwa 14 Tage später teilte mir die Schwester des Patienten mit, dass die Eltern sich doch nicht hatten entschliessen können, einen Chirurgen hinzuzuziehen. Auch hätte am folgenden Tage das Erbrechen aufgehört u. wäre reichlicher, stinkender wie «Tumm» aussehender Stuhl unter Abgang von viel Flatus entleert worden. Keine Aufbewahrung des Stuhles. Am nächsten Tage wäre der Stuhl noch flüssig, normal gefärbt und ohne auffallenden Geruch gewesen. Dieses alles wurde natürlich nur erst auf spezielles Fragen hin erzählt, nicht spontan. Der Leib sei weich geworden, und etwas schmerzhaft bei Druck. Urin noch trübe. Das Aussehen habe sich gebessert. Puls 96 Temp. 37°.

Wieder vier Wochen später, am 22. Dezember a. p., brachte der Vater den Patienten in meine Ambulanz, der nun von mir u. Dr. Kieseritzky untersucht wurde. Der Sohn sei recht wohl gewesen, doch hätte sich eine auffallende Schiefhaltung des Körpers nach dem Verlassen des Bettes ohne Schmerzen eingestellt. Deswegen kam er in die Ambulanz. Massige Anaemie und Magerkeit. Starke Skoliose der Wirbelsäule im Dorsalteil nach rechts, im Lumbalteil nach links. Becken links niedrig, rechts hochstehend, scheinbare starke Verkürzung des rechten Beines, auch in Horizontallage, sonst Skeletteile normal. Schwellung, Prominenz, Druckschmerz, intensive Dämpfung der rechten Lumbalgegend. Die Dämpfung reicht RH. bis zur 8. Rippe hinauf, vorne am Thorax bis zur 5. Rippe. Grenzen immobil. Im Bereich der thoracalen Dämpfung, kein Atemgeräusch, unmittelbar oberhalb Normalatmen. Pectoralfremitus überhaupt nicht produziert. Thoraxhälfte rechts unten erscheint voller, sehr wenig beweglich gegen links, doch ergibt die Messung beiderseits einen Umfang von 36 Cm.; Herz nicht verdrängt, normal. Abdomen voll, rechts gedämpft und im Bereich der Dämpfung voller anscheinend fluktuierend. Dämpfungsgrenze medianwärts konkav. Bei Lagewechsel keine Veränderung der Dämpfung, die nach oben in die thoracale, nach hinten aussen in die lumbale Dämpfung übergeht.

Dieser auffallende Befund veranlasste die Ueberführung des Kranken sofort in die chirurgische Abteilung, da ein Exsudat des Abdomen rechts, mit Hinaufdrängung des Zwerchfelles in den Brustraum, wahrscheinlich hervorgegangen aus der früher angenommenen und relativ günstig verlaufenen Perforation diagnostiziert wurde. Aber auch zu diesem Schritt konnte sich der Vater, wie ich am 5. Januar 1905, also 14 Tage später, von der Schwester erfuhr, nicht entschliessen. Er habe 10 Tage gewartet, in welcher Zeit die Haltung des Kranken wieder normal geworden wäre. Auch sonst habe er sich wohl gefühlt. An den Ausleerungen sei nichts Besonderes aufgefallen. 2 Stühle täglich, meist flüssig. Beobachten konnte man sie nicht, da stets der offene Abtritt benutzt wurde. Nach 10 Tagen wären sie in die chirurgische Ambulanz gegangen, wo aber nichts Besonderes gefunden wurde. Am 5. Januar präsentierte sich mir der Kranke wieder und zwar in normaler Körperhaltung, noch etwas blass und mager, aber doch ziem-

lich wohl aussehend. Abdomen etwas voll, aber weich, überall normaler, gewöhnlicher Perkussionsschall, kein Exsudat, keine Schwellung. Ueberhaupt negativer Organ-Befund, nur besteht noch eine Dämpfung des Thorax rechts hinten hinauf bis zur 8. Rippe mit immobiliter Grenze, während vorne normale Grenzen sind. Auskultatorischer und palpatorischer Befund wie früher. Links untere Lungengrenzen normal.

Vortragender lasse sich an dem Referat genügen und verzichte auf eine Erklärung des ungewöhnlichen Falles, den er ja nur in einzelnen Stadien, aber nicht fortlaufend gesehen hätte. Wahrscheinlich dünke ihm aber der ungewöhnliche spontane günstige Ausgang einer Darm- oder Appendixperforation, da er sich die einzelnen objektiven Befunde und auch die noch nachgebliebene thoracale Dämpfung nicht anders erklären könne.

(Autoreferat).

d. z. Sekretär Dr. Theodor Schwartz.

Sitzung am 19. Januar 1905.

1. Herr Dr. Bosse hält seine angekündigten Vorträge:

a. «Ueber einen klinisch interessanten Fall von Oesophagus-Karzinom».

(Erschienen in der St. Petersb. Med. Wochenschr.)

In der Diskussion führt Dr. P. Klemm aus, dass durch die Sondierung Verletzungen des Oesophagus vorkommen; er hat dies bei Kindern mit Oesophagusstrikturen gesehen; in einem Falle wurde durch das Sondieren die Striktur ganz impermeabel, es trat dicht an der Clavicula eine fluktuierende Stelle auf, ein perioesophagischer Abszess; es musste eine Magen fistel angelegt werden und die Striktur später durch einen Gummidrain erweitert werden.

Dr. P. Hampeln referiert, dass er zu diesem Falle in einer früheren Periode der Erkrankung konsultiert worden sei; er habe damals geglaubt, dass es sich wahrscheinlich um ein hochsitzendes Oesophagus-Karzinom mit sekundärer Be-

teilung des Mediastinums handele. Er sieht das Ungewöhnliche des Falles nicht in dem Uebergreifen auf den Oberlappen der Lunge, sondern in dem Zurücktreten der gewöhnlichen Erscheinungen, der Stenosenerscheinungen; die Perforationserscheinungen überwiegen hier, auch dies sei selten. Bei hochsitzenden Karzinomen habe er dies jedoch beobachtet, gerade diese Karzinome perforieren rasch und dadurch würden die Stenosenerscheinungen in den Hintergrund gerückt. Klinisch lagen hier keine Stenosenerscheinungen vor und deshalb war die Diagnose schwierig. Man musste annehmen, dass es sich um einen Abszess handele, als Ursache dafür nahm er ein Oesophagus-Karzinom an. Unter ca. 60 Todesfällen an Karzinoma oesophag. habe er 10 mal die Perforation gesehen und zwar habe er 10 mal mediastinale Eiterungen resp. Gangrän gesehen; davon richtige Abszesse 5 mal; 3 mal wallnussgross, 2 mal gänseeigross, und einen Abszess, umgeben von alten Schwielen, kombiniert mit Lungenabszess.

Eine Perforation in den linken Bronchus lag in diesem Falle jedoch nicht vor; bei der Sektion (von ihm im Verein mit Dr. Kranhals u. Dr. Bosse gemacht) lag freilich eine Perforation vor, jedoch nur eine ganz kleine und nicht die angenommene; es müsse sich hier um Eiterausammlungen im dilatierten Bronchus gehandelt haben unter dem klinischen Bilde eines Abszesses; dies sei das Ungewöhnliche des Falles. Ungewöhnlich sei auch dies, dass sich anatomisch keine Stenose fand, doch decke sich seiner Ansicht nach der anatomische Befund nicht immer mit dem klinischen; während des Lebens wird der linke Bronchus hochgradig komprimiert gewesen sein, ohne dass dies anatomisch nachweisbar war.

Dr. v. Bergmann betont, dass hier tatsächlich kein Abszess vorgelegen habe; das Röntgen-Bild und das klinische Bild haben ihn irregeführt. Bei der Operation war nirgends Eiter zu erreichen. Bei Oesophagus-Karzinomen mit Strikturen sei die Souden-Behandlung ja auch oft die einzige indizierte und sähe man ja auch davon Erfolg.

Dr. P. Klemm erwidert, er habe nur im allgemeinen gesagt, dass durch Sondierungen sich später ein Abszess entwickeln könne, aber nicht den konkreten Fall gemeint. Sodann fragt er an, ob die Eiteransammlung nicht nur eine Epistode war.

Dr. v. Bergmann entgegnet, dass die Eiterexpectoration mehrere Male geschah, vorher war die Temperatur stets höher.

Dr. Voss giebt der Ansicht Ausdruck, dass es sich doch um einen Abszess bei Lebzeiten gehandelt haben könne, da im Sektionsprotokoll von einem Hohlraum, umgeben von Karzinommassen, kommunizierend mit dem Bronchus gesprochen werde.

Dr. Hampeln widerspricht dieser Ansicht, er hat keinen Abszess gefunden, jede Entzündung im Mediastinum war hier ausgeschlossen; im übrigen halte er jede diagnostische Sondierung für absolut ungefährlich, eine Sondierung jedoch, welche eine Verengerung zu passieren sucht, ist natürlich mit einer Gefahr verbunden.

Dr. Schabert findet, dass die Deutung des Falles auch nach der Sektion noch nicht einwandfrei sei. Die Meinungen der sich äussernden Kollegen teilten sich in der Annahme eines Mediastinal-Abszesses, eines Lungen-Abszesses, einer Eiteransammlung im Bronchus. Nicht erwogen ist seiner Meinung nach die Möglichkeit eines Empyems, welches mit dem Oesophagus vielleicht zusammengelassen hat, vielleicht auch nicht. Am rechten Oberlappen sei eine Dämpfung konstatiert worden. Die Annahme eines Empyems wäre die 4. Möglichkeit. Auch vermisst er eine genaue Untersuchung der expectorierten Eitermassen.

Dr. Bosse zitiert Fränkel, welcher mehrere Fälle veröffentlicht hat, wo durch eine ganz kleine perforierte Stelle im Oesophagus sich ein Abszess gebildet hätte.

Dr. Hampeln bestreitet, dass man bei der Sektion Eiter gefunden habe, es müsse bei der Protokollierung ein Versehen vorgelegen haben.

b. Dr. Bosse hält seinen 2. Vortrag: «Ueber einen Fall von arteriosklerotischer Schrumpfniere mit Endarteriitis thrombotica pulmonaris».

(Erscheint ebenfalls in der St. Petersb. mediz. Wochenschr.).

Dr. Hampeln betont, die Sektion habe ergeben, dass die klinische Annahme berechtigt war. Es hätte sich um eine genuine und eine arteriosklerotische Schrumpfniere handeln

können; die hochgradige Hypertrophie des linken Ventrikels war dadurch zu erklären: die Erkrankung der Lunge kann nur sekundär zum Bilde beigetragen haben. Es bestand immer ein hoher Blutdruck. — Die Arteriosklerose mit Nierenschwund wurde durch die Sektion bewiesen. Auffallend war, dass die Hypertrophie des rechten Ventrikels so gering war, derselbe muss insuffizient gewesen sein; vielleicht ist in der sehr starken Hypertrophie des linken Ventrikels ein intracardiales Hindernis für die Hypertrophie des rechten Ventrikels zu sehen.

Dr. Schabert nimmt an, dass die partielle Thrombose der pulmonaris sub finem vitae entstanden ist und daher wohl von keiner Bedeutung für das langdauernde Leiden gewesen sei. Bei der Untersuchung der Nieren habe er nicht den Eindruck gehabt, als ob die Nierensklerose auf arteriosklerotischer Basis so vorgeschritten sei, dass sie alle in für das Zustandekommen des ganzen Krankheitsbildes verantwortlich zu machen sei. Er nehme als eigentliche Krankheitsursache eine allgemeine Arteriosklerose an. Von diesem Gesichtspunkte aus zähle er die Fälle, wie den eben referierten, nicht zu den häufigen Erscheinungen, obwohl die Arteriosklerose auch im Sinne der Todesursache heute von Laien und Aerzten häufig angegeben wird. Der nosologische Begriff der Arteriosklerose und der anatomische decken sich nicht; ersterer sei konventionell, indem diejenigen Fälle von Herzhypertrophie zur Zeit der Arteriosklerose zur Last gelegt werden, die eine andere, eindeutige Ursache für die Hypertrophie des 1. Ventrikels nicht zulassen (Klappenfehler, Myocarditis, sekundäre Schrumpfniere). Von diesem Gesichtspunkte aus könne er beispielsweise unter 551 Sektionen des verflossenen Jahres nur 7 Fälle als Arteriosklerose ansprechen, die als Todesursache zu gelten haben oder gelten können. Ungewöhnlich sei es, dass Personen im mittlern Alter und unter günstigen Lebensbedingungen, wie im vorliegenden Fall, an universeller Arteriosklerose zugrunde gehen; darin stimme er dem Vortragenden völlig bei. Häufiger als die universelle und unkomplizierte Arteriosklerose führe die lokalisierte Arteriosklerose zur tödlichen Katastrophe (Koronarsklerose, Gehirnhaemorrhagie).

(Autoreferat).

Dr. H a m p e l n wendet S c h a b e r t gegenüber ein, dass nach seiner und wie er glaube, auch allgemein gültigen Anschauung die Hypertrophie des linken Ventrikels auftrete 1) bei der Schrumpfniere, 2) bei hochgradiger Arteriitis der Aorta oberhalb des Zwerchfells und endlich bei Alkoholikern, auch unabhängig von der Arteriosklerose. — In betreff der S c h a b e r t'schen 7 Fälle von Arteriosklerose käme doch noch in Frage, ob es sich nicht da um Trinker gehandelt habe. Was die Veränderungen der Pulmonalis betrifft, so handelt es sich hierbei nach seiner Erinnerung in diesem Fall, und nach allgemeiner Erfahrung um einen höchst ungewöhnlichen Fall von multipler, insularer Endarteriitis des rechten Astes der Art. pulmonalis und ausgedehnter Gefäßstombosis im rechten unteren Lungenlappen, jedenfalls um keine bloß «finale» Erscheinung. In dieser Gefäßlaesion erblickte er auch den Grund der klinischen pulmonalen Erscheinungen rechterseits. Genaueres für oder wider diese Auffassung könne natürlich nur die mikroskopische Untersuchung ergeben.

(Autoreferat).

Dr. S c h a b e r t erwidert, dass der Alkohol an sich nicht zu Herzhypertrophie führe, es sei denn, dass er Arteriosklerose erzeuge; diese sei aber der Gesamtausdruck der ganzen Summe von Schädlichkeiten und Arbeitsleistungen, die den Organismus betreffen. Im einzelnen werden sich unsere Vorstellungen erst klären, wenn, nach Ueberwindung der hergebrachten mechanischen Lehre des Zirkulationsvorganges, die modernere Vorstellung von der funktionellen Einheit von Herz und Gefäßsystem geklärt sein werde.

(Autoreferat).

d. z. Sekretär Dr. Theodor Schwartz.

Sitzung am 2. Februar 1905.

Vor der Tagesordnung stellt Herr Dr. v. Krüdener einen Fall von beiderseitiger Iristuberkulose vor.

M. H. Vor Jahresfrist hatte ich Gelegenheit, Ihnen einen Tuberkelknoten in der Iris zu zeigen, und ich nehme heute Gelegenheit, Ihnen über den Verlauf der Erkrankung Bericht zu erstatten. Wir haben den Knoten im Verein mit H. Dr. Zwingmann aus der Iris excidiert, die Heilung ging anstandslos von statten, das Auge hat seine ursprüngliche Form und Grösse völlig beibehalten, nur liess sich das Sehvermögen natürlich nicht wiederherstellen; auch die Knochentuberkulose ist nach einem Sommeraufenthalt in Arensburg vollständig zurückgegangen.

Der zweite Fall von Iristuberkulose, den ich Ihnen heute vorstelle, ist viel traurigerer Art. Das 16-jährige Mädchen, sonst kräftig gebaut, leidet an ausgedehnter Tuberkulose der rechten Lunge. Vor 7 Monaten zeigte sich im linken Auge ein Knötchen, vor 5 Monaten begann die Iristuberkulose gleichfalls auf dem rechten Auge. Sie sehen jetzt links die untere Hälfte der Iris von 3 erbsengrossen Knoten besetzt, der mittlere ist bereits käsig zerfallen, das Auge ist dabei reizfrei, trotzdem die hintere Hornhautfläche mit einer Reihe von weissen, runden Präzipitaten besetzt ist. Rechts sehen Sie gleichfalls aussen in der Substanz der Iris, aus dem Kammerwinkel heraufsteigend, einen Tuberkelknoten nahe an's Hornhautniveau sich erheben. Innen sitzt auf dem Circulus minor ein hirsekorngrosses Knötchen, und oben, so wie unten im Kammerfalz sitzen je drei kleine, weisse Knötchen. Auch hier besteht etwas seröse Iritis mit Niederschlägen, das Auge ist aber reizfrei und die Iris erweitert sich auf Atropin nahezu ad maximum. Wenn wir auch von vorneherein auf diesen Befund die Diagnose Iristuberkulose beider Augen stellen können, und der Lungen-Befund dieses vollauf bestätigt, so erlaube ich mir doch kurz hervorzuheben, dass der Verdacht auf irgend einen Tumor völlig auszuschliessen ist, und ebenso Lepra und Lues, welche in ihrer äussern Erscheinung bei Iriserkrankungen ja ähnlich sind, aber einen andern Verlauf aufweisen. Die Sehschärfe ist hier auf dem rechten Auge

nahezu $\frac{1}{2}$, auf dem linken etwa $\frac{1}{3}$. Therapeutisch und prognostisch ist der Fall desolat, eine Inunktionskur, welche vor einigen Monaten ein anderer Kollege angestellt hat, hat das Leiden eher zum Fortschreiten gebracht.

(Autoreferat).

Zu p. I. a. der Tagesordnung, der Demonstration der Dr. Dr. A. v. Mühlen und O. Klemm, giebt Dr. Anspach, welcher zuerst den Kranken behandelt hat, einige nähere anamnestiche Daten, die das plötzliche Auftreten einer gefahrdrohenden Stenose illustrieren, weswegen er Herrn Dr. v. Mühlen zur Konsultation bat. Dr. Anspachs Referat lautet:

Den 18. Dezember 1904 erkrankte plötzlich das 9-monatliche Kind E. D. mit Fieber von $38,5^{\circ}$ und sehr schwerer Atmung. Letztere wich nach einigen Stunden. Am nächsten Tage trat sie wieder auf und blieb bestehen. Am 4. Tage der Erkrankung wurde die Tracheotomie vorgenommen. Die Temperatur war bis dahin kontinuierlich. Kurz vor der Operation stieg die Temp. bis $39,5$. Nach der Tracheotomie ging die Atmung ruhig und glatt vor sich. Der Erfolg der Operation war momentan eklatant. In der Nacht nach der Tracheotomie trat aber ein sehr schwerer asphyktischer Anfall auf, bei welchem die kleine Patientin durch die Kanüle einige Membranen expektorierte, die diphteritischer Natur zu sein schienen. Eine Seruminjektion erwies sich erfolglos. Das Kind überstand den Anfall trotz grosser Herzschwäche und auch den nach einigen Stunden eingetretenen zweiten Anfall. Erst beim dritten ging es zu Grunde.

(Autoreferat).

Herr Dr. v. Mühlen referiert folgendes: Die Stenosenkrankungen boten zuerst den Charakter einer laryngealen Stenose, das Gerhardsche Symptom war vorhanden; da durch lang anhaltende Stenose das Herz zu sehr angegriffen wird, machte er am zweiten Tage die Tracheotomie, unter wenig Chloroform, um 7 Uhr abends; die Atmung war darnach frei, in der Nacht jedoch trat plötzlich Asphyxie auf; er ging nun mit einer Kanüle bis zur Bifurkation ein, die Atmung wurde nun wieder frei; um 2 Uhr Mittags trat wieder Asphyxie ein, wieder ein Erfolg durch Kanülen; beim dritten Anfall, einige Stunden später trat jedoch der Tod ein. Die

Sektion brachte die Erklärung für das merkwürdige Krankheitsbild: eine vereiterte Lymphdrüse fand sich an der Trachea, welche dieselbe offenbar zeitweise komprimierte. Der n. recurrens wird wohl in den Druck hineingezogen worden sein, dadurch ist die partielle Lähmung zu erklären, indem nach dem Semon'schen Gesetz zuerst die Glottiserweiterer gelähmt werden, dadurch eine Postikuslähmung entsteht und infolgedessen die Stimmbänder aneinander liegen.

Dr. Otto Klemm demonstriert das Präparat: Epiglottis normal, die Trachea unterhalb der Operationswunde nicht irritiert, schleimig-rötliches Sekret überall in der Trachea bis in den Bronchus; die Lungen waren kollabiert gefunden bei der Sektion; sie enthielten wenig Luft; der Befund an den Lungen spricht für eine Erstickung; unterhalb des medialen Lappens der Thymus wurde ein Abszess gefunden, $\frac{1}{2}$ Cmt. unterhalb der Bifurkation, zwischen ihr und dem Aortenbogen, dort, wo der n. recurrens verläuft; dadurch sind die klinischen Erscheinungen zu erklären. Der Eiter war dickflüssig; zeigte eine Reinkultur von Fränckelschen Diplokokken oberhalb des Abszesses war noch eine streifige Infiltration in geringer Ausdehnung nachzuweisen. Wodurch der Abszess entstanden ist, ist unklar. Die Thymusdrüse war normal.

Vielleicht ist die Infektion von den Rachenorganen aus erfolgt, obgleich eine Angina nicht zu entdecken war.

Ihm ist ein ähnlicher Fall aus der Literatur nicht bekannt.

Dr. E. Schwarz schliesst sich Herrn Dr. v. Mühlen in bezug auf die Genese der Atemnot an; ähnliche Erscheinungen treten zuweilen bei Tabikern mit Postikuslösung auf, auch hier ist zuweilen die Tracheotomie nötig gewesen. Eine periphere Neuritis des n. recurrens liegt hier meistens vor. Die Anfälle sind besonders nachts sehr hochgradig, er selbst hat einmal einen solchen Fall im Krankenhaus erlebt.

Dr. v. Mühlen ergänzt seine Mitteilung dahin, dass er noch 2 ähnliche Fälle mit diesen Stenosenscheinungen operiert habe, beide starben, doch konnte in ihnen keine Sektion gemacht werden; im ersten war Scharlach vorausgegangen, im zweiten Influenza.

b) Dr. v. Mühlen demonstriert seinen 2. Fall, nämlich ein Sarkom des Larynx, das chirurgisch angegriffen wurde.

Dr. v. Bergmann fragt, ob die Drahtsuturen durch den Knorpel gelegt wurden.

Dr. v. Mühlen bejaht dies, hat Aluminiumsuturen gemacht.

Dr. v. Bergmann äussert Bedenken, mit starren Nähten den Knorpel anzufassen, er hat stets die Seide gewählt. Auch in bezug auf die Stimmbildung nach der Operation hat er gute Resultate gehabt. Bei einem 5-jährigen Knaben mit Laryngitis hypoglottica dauerte allerdings die Heiserkeit durch Jahre nach der Operation. Später aber trat doch noch normale Stimme ein.

Bei der Naht mit starren Suturen können leicht Nekrosen eintreten.

Dr. v. Mühlen führt aus, dass er nach Semon tief die Fascie gegriffen habe und nur wenig den Knorpel.

Im jugendlichen Alter werde die Tendenz zur Verwachsung ja besser sein, bei alten Menschen sei es vielleicht sicherer mit Draht zu nähen. Eine Heiserkeit besteht in seinem Fall nicht; bei malignen Neubildungen habe die Rücksicht auf die Funktion der Stimmbildung zurückzustehen, in diesen Fällen könne man ganz ruhig den Knorpel stark mitnehmen; in den meisten so operierten Fällen ist die Stimme trotzdem ausreichend gewesen.

P. 2 der Tagesordnung, die Demonstration zweier Fälle von Aniridie durch Dr. v. Hedenström, fällt wegen Erkrankung einer der Kranken aus.

P. 3. Dr. v. Bergmann hält seinen angekündigten Vortrag:

«Zur Kasuistik der Bauchschüsse».

Dr. v. Sengbusch zweifelt daran, dass das Mantelgeschoss garnicht deformiert werden soll; im übrigen meint er, man müsse daran denken, dass der betreffende Schuss doch ein direkter gewesen sein könne.

Dr. v. Bergmann stellt dem gegenüber fest, dass es durch viele Untersuchungen, z. B. durch Bruns, sichergestellt ist, dass das Geschoss auf kurze Entfernungen nicht deformiert zu werden braucht.

Die beiden Soldaten hätten freilich direkt getroffen werden können, doch sagen sie bestimmt aus, dass sie den Schuss bekommen haben, als die beiden Kompagnien sich gegenüber

standen; wenn sie in tangentialer Richtung getroffen worden wären, dann würde es nicht stimmen, dass die Kugel durch den Nebenmann geht und beim andern nur einen Streifschuss macht, da die Entfernung zwischen der Aufstellung beider Kompagnien höchstens 200 M. betragen habe, das Geschoss kann dann nicht im zweiten Mann stecken bleiben.

In der noch folgenden Diskussion geht als Tatsache hervor, dass Soldaten durch Soldaten verletzt wurden.

Dr. v. Sengbusch weist zum Schluss noch darauf hin, dass die projizierte Kugel auf der Platte viel breiter und länger, als die Kugel selbst ist, dass man daraus Schlüsse auf die Lage der Kugel hätte ziehen können.

d. z. Sekretär Dr. Theodor Schwartz.

Sitzung am 16. Februar 1905.

Vor der Tagesordnung stellt 1) Dr. Paul Klemm einen Patienten mit einem perforierenden Brustschuss vor; es bestand auch ein Haematothorax, welcher sich von selbst resorbierte. Der Schuss ist von RHU im Thoraxraum nach RVO gegangen, die Ausschussöffnung befindet sich in der Nähe der Brustwarze; 2) demonstriert Dr. Cossart einen Patienten, welcher einen Blaseschuss erhalten, etwa aus der Entfernung von 500 Metern; der Kranke war noch mehrere 100 Schritt gegangen, wurde ins Krankenhaus transportiert und ist noch selbst in die Baracke gegangen. Wegen Mangels an Zeit konnte er erst 4 Stunden nach der Einlieferung operiert werden. Der Einschuss befand sich in der Mittellinie, der Ausschuss an der linken Darmbeinschaukel; vorne aus der Oeffnung sickerten einige Tropfen Harn; es wurde durch den m. rectus etwas lateral eingegangen, die Blase dann vorgezogen; die Blase wurde mit der fascia transversa vernäht; 7 Tage später wurden alle Nähte entfernt. Das Allgemeinbefinden ist gut. Einige Tropfen Urin entleeren sich noch eben aus der Operationswunde.

Dr. P. Klemm bemerkt hierzu, dass er eben einen ganz ähnlichen Fall operiert habe; hier war die Kugel in den rechten Oberschenkel in der Höhe des Trochanter

eingedrungen, war durch den Mastdarm gegangen, dann schräg nach oben und hatte offenbar die Blasenkupe verletzt. Anfangs griff er nicht ein, da die Verletzung unterhalb des peritoneums war; später schnitt er auf, und es wurde eine Menge von nur ganz leicht zersetztem Urin gefunden; nach einigen Tagen waren jedoch auf der rechten Seite, unterhalb des Poupart'schen Bandes, die Zeichen eines Aneurysma der art. femoralis, ein deutliches Schwirren zu konstatieren.

P. I der Tagesordnung.

Dr. Fr. v. Berg demonstriert einen Fall von «Oesophagusstenose mit Operation». Die Aetiologie blieb hier lange Zeit unklar, erst vor einigen Tagen scheint sie ihm klar geworden zu sein. Im Mai 1904 hatte Patientin einen Abort; darauf wurde die Abrasio gemacht wegen Puerperalfieber; darauf ist sie wegen einer Hautaffektion behandelt worden, ist gebeizt worden; bald darauf Schluckbeschwerden; im September waren die Schlingbeschwerden bedeutend schlimmer geworden und wurde damals eine Oesophagusstriktur konstatiert und die Operation proponiert, was jedoch von der Patientin verweigert wurde; später ist sie auch auf Hysterie behandelt worden. Beim Eintritt ins Diakonissenhaus konnte sie kein Wasser trinken, dasselbe kam sehr bald zurück. In der Narkose ergab sich ein Hindernis 20 Cm. von der Zahnreihe; es wurde zuerst die Oesophagotomie gemacht, doch stiess man an der genannten Stelle auf ein absolutes Hindernis für die Passage, deshalb wurde sofort die Gastrotomie angeschlossen, von hier aus mit einer starren Sonde bis auf die Striktur eingegangen und dann von oben auf den Kopf der Sonde eingestossen. Zur Erweiterung der Striktur wurde dann ein Drain eingelassen, das später entfernt werden konnte. Die Kranke schluckt jetzt anstandslos; nach der Operation sind ca. 6 Wochen verflossen. Ein Aortenaneurysma, ein Neoplasma und Syphilis waren nicht zu konstatieren und glaubt Dr. v. Berg daher, dass bei der Aetzung des Kehlkopfes im Mai die ätzende Flüssigkeit eventuell die Schuld an der Striktur trage.

Dr. v. Hampeln erscheint es durchaus unwahrscheinlich, dass die Verätzung (die medikamentöse) des Kehlkopfes zur Striktur beigetragen habe; ihm scheint die Syphilis in diesem Fall der Grund zu sein; widerlegt sei sie ja auch nicht, und ein Abort habe vorgelegen. Es käme dann noch die tuberku-

löse Stenose und die Stenose nach einem *ulcus oesophagi* in Betracht, letzteres jedoch sei unwahrscheinlich, da sie mehr zur *Cardia* hin sitzt.

Dr. Paul Klemm hat einmal bei einem Kinde mit Verätzungsstriktur die Operation gemacht; es bildete sich beim Sondieren am Halse ein Abszess; er hat dann später auch den Magen eröffnen müssen; durch den Magen wurde eine feine Sonde durch den Oesophagus hinaufgestossen; an die Sonde wurde ein Faden befestigt, welcher eine Reihe von Schrotkugeln aufwies; dieser so armierte Faden wurde mehreremal täglich durchgezogen; nach einigen Tagen wurde ein Stück Gummi in die Striktur gezogen, bis es ihm endlich gelang, mit den Oliven durchzukommen. Dann schloss er die Magenwunde. Die Striktur war durch diese Methode genügend gedehnt worden.

Dr. v. Berg betont, dass die luetischen Strikturen des Oesophagus sehr selten seien, er selbst habe noch keine luetische Striktur des Oesophagus gesehen; viel häufiger kämen die syphilitischen Strikturen des Mastdarms vor. Da jedoch die Patientin angiebt, dass sie wegen eines «Soor»artigen Belages mehrfach gebeizt worden ist, so ist es seiner Meinung nach doch wahrscheinlich, dass die Verätzung eine Rolle spielte. Ganz ausschliessen kann er die Lues natürlich nicht, doch kommt sie ihm in diesem Falle unwahrscheinlich vor. Dr. P. Klemm gegenüber bemerkt er, dass er in seinem Fall gar keine Oeffnung finden konnte, daher musste er auch die Oesophagotomie machen.

Dr. Behr glaubt aus dem so vielfachen Konsultieren so vieler Aerzte von seiten der Patientin auf eine Neurose bei ihr schliessen zu dürfen; er fragt an, ob sie nicht einmal einen Suicidversuch gemacht habe und warum sie in der Anstalt Rothenberg gewesen sei. Man könnte auch an einen Selbstbeschädigungstrieb bei ihr denken.

Dr. v. Berg erwiedert, dass sie nur 1 Tag in Rothenberg gewesen; von einem Suicidversuch sei nichts bekannt.

Dr. v. Hampeln betont noch einmal, dass die Behandlung des Halses die Striktur des Oesophagus nicht zu Wege gebracht haben könne; übrigens wisse man auch nichts näheres über die ätzende Flüssigkeit, man sei ganz auf die Angaben der Kranken hingewiesen. Er möchte sich der Annahme des

Dr. Behr zuneigen, dass vielmehr ein Selbstmordversuch vorgelegen habe, welcher nicht zugestanden wird.

Dr. Theodor Schwartz kann die Annahme des Dr. Behr insoweit bestätigen, dass es sich nebenbei um ein neuropathisches Individuum handele, indem er bei der auf Dr. Bergs Wunsch damals vorgenommenen Untersuchung von objektiven Symptomen einen vollkommenen Mangel des Würger reflexes, eine Anaesthesie der Pharynxschleimhaut gefunden habe.

Dr. Buchholz hat im September keine besonderen nervösen Erscheinungen bei ihr gefunden; sie wollte sich damals operieren lassen, blieb dann jedoch aus. — Auf die Frage des Dr. Mühlen nach der näheren Natur des Aetzmittels antwortet Dr. v. Berg, dass es eine starke Sublimatlösung gewesen zu sein scheint; er werde sich noch bei dem behandelnden Arzt erkundigen, wozu er noch keine Gelegenheit gehabt.

Dr. v. Mühlen erwidert darauf, dass dabei eine Striktur des Oesophagus nicht vorkommen könne; wenn die Lösung sehr stark war, hätte die Patientin eher durch die Sublimatvergiftung zu Grunde gehen können.

Dr. Voss erinnert daran, dass der verstorbene Gerichtsarzt Schulz einen Fall von tödlicher Vergiftung mit Carbonsäure gezeigt habe, wo die Aetzwirkung erst im Magen begann, nicht jedoch schon im Oesophagus; ein Aetzmittel könne also erst weiter an einer anderen Stelle wirken. Er hat gerade bei Soor starke Aetzmittel anwenden sehen, z. B. Salpetersäure, daher wäre in diesem Fall doch wohl eine derartige Aetiologie möglich.

Dr. v. Hampeln ist es wohl bekannt, dass jedes Aetzmittel erst weiter zur Wirkung kommen könne; doch hier sei garnicht nachgewiesen, dass die Patientin überhaupt ein Aetzmittel genommen habe. Er giebt nochmals seiner Ueberzeugung Ausdruck, dass er es für unwahrscheinlich halte, dass auf dem Wege der Behandlung des Halses eine Aetzstriktur im Oesophagus entstehen könne.

Im Schlusswort betont Dr. v. Berg, dass er ja auch alle anderen Möglichkeiten erwähnt habe, und meint nur, man könne an ein Aetzmittel denken, da die Patientin dies angibt.

P. II der Tagesordnung:

Dr. Otto Klemm hält seinen Vortrag über «Anaemia gravis».

Dr. S. Kröger kann keinen Widerspruch in der Behandlung dieser Kranken zwischen ihm und Dr. Klemm finden, wie letzterer meint. Seine Patienten hatten die ganze Zeit über As ohne Erfolg gebraucht; als er jedoch anfang sie Abreibungen in Wasser brauchen zu lassen, ging es ihnen gut. Wichtig erscheint ihm eben die Kombination von Bädern mit As.

Dr. Otto Klemm berichtet das interessante Faktum, dass die kleinen subdermalen Blutungen aufhörten, als der Blutbefund ein besserer geworden war.

Dr. Sokolowsky fragt, ob Teilabreibungen, oder ganze angewandt wurden und ob die Patientin dabei im Bett lag.

Dr. Otto Klemm: successive im Bett wurden die Abreibungen gemacht.

Dr. Woloschinsky fragt nach der Höhe der As-gaben.

Dr. Klemm erwidert, dass er mit 2 Tropfen der Sol. Fowleri 3 mal täglich begonnen habe und bis auf 5 Tropfen gestiegen sei.

Dr. Woloschinsky erinnert daran, dass neuerdings die Chlorosen mit starken As-injektionen behandelt worden sind. Man hat das Na kakodyl. in 20% Lösung angewandt, davon 1 mal täglich 1 Spritze (Pravatz) injiziert; bis auf 20 Injektionen ist man gelangt. Diese Injektionen sind ungiftig.

Er selbst hat 8 Patienten so behandelt. Bei innerlicher Darreichung könnte man keine solche Dosis geben.

Dr. v. Hampeln findet in dem Klemmschen Fall besonders die Zahl der roten Blutkörper pathologisch; die weissen würden der Norm entsprechen; er hat bei einem Fall, welcher mit einem Milztumor kombiniert war, durch die As-kur guten Erfolg gesehen.

Dr. O. Klemm erwähnt schliesslich, dass dieser Fall die Diagnose «Anaemia gravis» in einem relativ leichten Fall gebe, Megalocyten waren vorhanden, wenn auch die Zahl der roten Blutkörper nicht so sehr reduziert war; äusserlich sah die Patientin auch nicht besonders anämisch aus. Die Blutbestimmung hat hier den richtigen Weg zur Therapie gegeben, der Wert derselben ist aus diesem Fall ersichtlich.

Ausserhalb der Tagesordnung demonstriert Dr. v. Mühlen endlich einen Fall von Mastoiditis bei Diabetes. Die Pat. ist 65 Jahre alt; seit 3 Jahren Diabetes konstatiert.

Im Dezember vorigen Jahres bekam sie eine Otitis media, dann Mastoiditis; 4—5% Zucker; 40—60 gr. Zucker täglich ausgeschieden. Die Kranke wurde mit wenig Chloroform vor 4 Tagen operiert, bis jetzt geht es ihr gut. Körner hat 33 Fälle von Operation wegen Mastoiditis bei Diabetes zusammengestellt, er kommt zum Schluss, dass die Einschmelzung, die Nekrose in ihnen eine sehr grosse sei und dass operiert werden müsse. Körner teilt die Fälle in leichte, mittelschwere und schwere; die leichten (nach Körner) sind alle geheilt, allerdings dauerte die Heilung viel länger, 3 Monate, während sonst dazu 4—6 Wochen genügend seien.

Von den mittelschweren ist die Hälfte im Coma nach der Operation gestorben. Die Gefahr, dass ein leichter Fall nach der Operation in einen schweren übergeht, scheint nicht zu bestehen.

Operationen ex indicatione vitali dürfen auch bei mittelschweren und schweren vorgenommen werden.

Seinen eigenen Fall zählt Vortragender zu den leichten nach der Körnerschen Einteilung.

d. z. Sekretär Dr. Theodor Schwartz,

Sitzung am 2. März 1905.

Vor der Tagesordnung demonstriert Herr Dr. v. Sengbusch 2 Fälle von Patellarfrakturen. Die Patella war mit Draht genäht worden und die Patienten waren ihm zur mechanischen Behandlung in seinem Institut überwiesen worden. Die durch die Uebungen erhaltenen Resultate sind befriedigend. Sodann hält Herr Dr. v. Krüdenener seinen angekündigten Vortrag a) Ueber Cysticercen im Gehirn und Auge; b) Ueber Streptotrixerkrankung des Auges.

In ausgiebiger Weise werden dabei vom Vortragenden mikroskopische Präparate unter dem Mikroskop und mit dem Skioptikon zur Anschauung gebracht.

Dr. v. Krüden er: Betreff der ersten Lokalisation berichtet er über 2 Fälle und demonstriert die zugehörigen Präparate. Das erste Mal handelt es sich um einen 20-jährigen Rekruten, der wegen Verdacht auf Simulation vor der militärischen Kommission stand. Im Vordergrund des Krankheitsbildes standen Kopfschmerzen, ganz unbestimmter und vager Natur. Ferner wurden epileptiforme Krämpfe angegeben, welche gelegentlich den Arm befallen haben sollten und mit mehr oder weniger Bewusstseinsverlust einhergingen. Eine Therapie, welche wegen Verdacht auf Lues cerebri eingeleitet worden war, blieb erfolglos. Motorische und sensible Ausfallserscheinungen fehlten. Bei der Augenuntersuchung fand sich nach längerem Hospitalaufenthalt deutliche Stauungspapille. Auch ein rechtseitiger beiderseitiger hemianoptischer Defekt schien sich herauszubilden, liess sich aber nicht sicher in seinen Grenzen bestimmen, weil Patient in höchstem Masse agravierte. Eines Tages, ganz unvermutet, erfolgte der Tod durch Respirationslähmung. Bei der Sektion fand sich eine Cysticerkusblase von 2 Zentim. Länge links an der Teilungsstelle von Cornu Ammonis und Calcar avis. Die andere, ebenso grosse, im 4. Ventrikel, wo sie an dessen caudalem Ende eine kleine Impression hervorgerufen hatte.

Vortragender untersuchte den ganzen Sehnerven und fand eine Quellung der Nervenfasern, welche einen völligen Verschluss der Arteria und Vena centralis Retinae, von ihrer Eintrittsstelle in den Sehnerven bis zum Bulbus hervorgerufen hatte. Zwischen Dura und Pia lag ein zellarmes Exsudat, dessen Vorhandensein eine ampullenförmige Ausdehnung des intervaginalen Raumes hervorgerufen hatte. Diese Präparate werden am Projektionsapparate demonstriert. Hieran schliesst sich eine Demonstration normaler Schnitte durch den Sehnerven, das Chiasma, die Tractus und die anliegende Carotis. Eine Reihe von van Gieson-Schnitten zeigen den Recessus chiasmatis und seine Beziehungen zum 3. Ventrikel. Der 2. Fall betrifft einen Echinokokkus, der auf dem Chiasma sitzt. Der 30-jährige Patient war zuerst von Dr. Sokolowski auf verschiedene nervöse Symptome behandelt worden. Dr. Krüden er fand ein zentrales Skotom und dachte zuerst an eine Neuritis retrobulbaris, zumal Nikotin-Abusus vorlag. Als jedoch weitere cerebrale Erscheinungen sich einstell-

ten, Erbrechen und Puls-Verlangsamung, wurde an eine schwere organische basale Gehirnerkrankung gedacht. Motorische und sensible Störungen fehlten völlig. Patient suchte Dr. Krüdeners Klinik auf und hier kam dieser wegen des eigentümlichen Wechsels der Symptome auf den Verdacht, dass ein Blasenwurm vorliege. Patient lebte darauf längere Zeit auf dem Lande und ging dann nach Dorpat, wo es Dr. Lakschewitz gelang, auf eine bitemporale Hemianopsie hin die Diagnose einer, auf das Chiasma drückenden Bildung zu stellen. Patient starb in einer Art epileptischen Anfalls und die Sektion erwies die Richtigkeit von Dr. Lakschewitz' Diagnose: Der Echinokokkus sass im 3. Ventrikel, drückte von oben auf das Chiasma und hatte nach unten das Infundibulum eingenommen, die Corpora mamillaria nach hinten drängend. Auf die Degeneration waren zunächst nur einige Sehnerventeile vom Vortragenden nach Marchi untersucht worden. Es fand sich Degeneration der im Zentrum liegenden Sehnervenfaser und der an der inneren Seite verlaufenden. Hier waren Axenzylinder und Markscheiden total degeneriert, ferner fanden sich Fettkörnchen, Zellen, Astrocythen, Wucherungen der Glia von der Peripherie her und Quellung der bindegewebigen Elemente.

Der Fall wird nach unserer Bearbeitung der aufsteigenden Degeneration an anderem Orte publiziert werden. — Vortragender geht darauf auf die Symptome des Cysticercus am Auge über, beschreibt 3 Fälle, die er gesehen, und demonstriert einen subretinalen Blasenwurm. Das Krankheitsbild täuschte zuerst einen Tumor vor, bis die Bewegung des Blaseuwurms zur richtigen Diagnose führte. Der Träger ging nicht auf Ex-traktion des Parasiten ein und wartete, bis eine sekundäre Entzündung eintrat, welche schliesslich die Enukleation nötig machte. In einem zweiten Fall, den Vortragender beobachtete, sass die erbsengrosse Cyste im inneren geraden Augenmuskel. Die bei Menschen vorkommenden Cysticercen stammen meist von *Taenia solium* und gelangen in den meisten Fällen durch Auto-Infektion in den Menschen, indem die Onkosphären, nachdem sie in den Magen des Menschen gelangt, hier ihrer Chitinhülle beraubt werden und dadurch die Möglichkeit erwerben, weiter zu wandern. Der gewöhnliche Zwischenwirt ist das Schwein. Die Cysticercen der *Taenia mediocanellata*, deren

Zwischenwirt das Rind ist, gehören zu den grossen Seltenheiten; zu den noch grösseren die der *Taenia cucumerina*. *Botriocephalus latus* bildet nach Braun keine Gefahr für den Menschen. In Nr. 2 lag eine Echinokokkusblase vor, welche, soviel wir wissen, von *Taenia Echinokokkus* des Hundes stammt. Merkwürdigerweise litt Patient aber selber an *Taenia solium*. — Zum Schluss demonstriert Vortragender eine erbsengrosse Streptotrixkolonie aus dem Thränensack; die zarten Mycelien mit ihren Sporangien erinnern lebhaft an *Aktinomyces*. An den Basidien sitzen zahlreiche Leukocyten, die wie Insekten an einer *Drosera* angeordnet sind. Da keine Phagocythose nachweisbar, könnte man auf den Gedanken kommen, dass die Lymphkörperchen von diesem Pilze als Nahrung gebraucht werden, wofür auch ihre Degeneration sprechen würde.

(Autoreferat).

In der folgenden Diskussion führt Dr. M. Schönfeldt aus, dass nach Dr. Krüden er gerade die Tatsache, dass in dem einen Fall die Abnahme des Sehvermögens nur vorübergehend war, bei Aenderung der Lage besser wurde, zur Diagnosenstellung auf *Cysticercuserkrankung* verwandt werden konnte. Dr. Schönfeldt fragt, ob die vorübergehenden Besserungen und Verschlimmerungen darauf zurückzuführen sind, dass die Blase (vor ihrer Einkapselung) durch Ortsveränderung die Oirkulation des *Liq. cerebrosp.* mehr abschliesst.

Die ante mortem bei beiden Kranken Krüdeners beobachteten epileptiformen Krämpfe hat Redner ebenfalls Gelegenheit gehabt zu sehen in einem Fall, wo eine ganze Anzahl von *Cysticercen* im Gehirn und seinen Häuten verstreut war.

Beim späten Auftreten von Krämpfen (im 30–40 Jahr) bei Menschen, welche früher nie an Krampfanfällen gelitten, müsse man an *Cysticercen* denken.

Dr. v. Krüden er meint, dass nur durch die Eigenbewegungen der *Cysticercen*, in denen der Kopf vorgestossen und eingezogen wird, die Störung zustande komme.

Dr. Stavenhagen betont die Seltenheit der Erkrankung mit *Cysticercen* des Auges, er hat nur 2 Fälle gesehen von *Cysticercen* des Auges.

Dr. v. Krüden er erklärt, dass die Cysticercen-Erkrankung im Gehirn oft ganz symptomlos verläuft, dass eben daher die Diagnose so selten gestellt werde; so ist von Klein z. B. ein Fall referiert, wo ein 6-jähriger Knabe plötzlich starb, und wo im 4. Ventrikel ein Cysticercus gefunden wurde.

Dr. Zwingmann giebt dem Ausdruck, dass speziell die Augenmuskelerkrankung mit Cysticercus sehr selten sei.

Dr. Krüden er bejaht dies; Im Uebrigen käme die Cysticercen-Erkrankung des Auges gewiss häufiger vor, nur sei die Diagnosenstellung unmöglich, da oft gleich Glaskörpertrübungen eintreten und dann die Untersuchung unmöglich ist. Er hat eben einen Fall bei einem Fleischer in Beobachtung, wo er den Verdacht auf diese Erkrankung habe.

Dr. Voss fragt an, ob eine Wiederherstellung der Sehkraft nach der Operation möglich sei.

Dr. Krüden er: Besser ist es, den Cysticercen totzustecken, dann tritt Resorption ein.

Dr. Voss teilt endlich mit, dass seines Wissens in Deutschland die Cysticercenerkrankung sehr abgenommen habe.

Dr. Zwingmann bestätigt dies, indem nach den Angaben von Hirschberg jetzt 1 Fall auf viele tausend Augenranke käme, früher dagegen 1 auf 900.

d. z. Sekretär: Dr. Theodor Schwartz.

Sitzung am 16. März 1905.

Vor der Tagesordnung demonstriert Dr. Paul Klemm 1) einen Patienten, über welchen er am 16. Februar a. c., im Anschluss an den Vortrag des Dr. v. Berg «Ueber einen Fall von Oesophagusstenose», referiert hatte; es lag eine Verätzungsstriktur des Oesophagus vor, bei welcher die Gastrotomie gemacht werden musste; von dem Magen aus wurde eine feine Sonde durch die Striktur gezogen, dann zuerst durch einen mit Schrot armierten Faden die Striktur allmählig erweitert; nach 4 Wochen konnte die Magenwunde geschlossen werden. Jetzt führt der kleine Pa-

tient (ca. 8 Jahre alt) sich selbst die Sonde anstandslos ein.
(Demonstration.)

2) Demonstriert Vortragender ein Präparat: beim Patienten fand sich eine walzenförmige Geschwulst in der rechten Darmbeingrube; er dachte an einen Tumor oder eine Tuberkulose; bei der Operation wurde in der Tat eine Tuberkulose konstatiert und zwar des Coecums, an der Einmündungsstelle der Appendix.

In den Lungen und auch in den übrigen Teilen des Körpers konnte er keine Tuberkulose entdecken, es scheint daher hier ein Fall von primärer Tuberkulose vorzuliegen. Der Patient soll ca. 2 Jahre lang vorher krank gewesen sein.

In die Tagesordnung eintretend, erteilt der Präses 1) Herrn Dr. Keilmann das Wort, welcher seinen angekündigten Vortrag hält: «Ueber Extrauterin-Gravidität mit Demonstration». (Erscheint ausführlich im Druck in der St. Petersb. med. Wochenschr.).

In der folgenden Diskussion erwähnt Dr. von Stryk einen Fall aus seiner Praxis, wo die Schwierigkeiten der Diagnose bis zum Schluss der Gravidität bestanden; er operierte 13 Monate nach Beginn der Gravidität, die Frucht war bereits abgestorben. Nach dem Aufhören der Kreissbewegungen fing die Frau an sich zu erholen; er wartete daher noch 14 Tage mit der Operation, bis die Frau kräftiger geworden war. Es erwies sich, dass hier offenbar eine Tubengravidität vorlag; die Frucht war ausgewachsen; es bestanden Verwachsungen mit dem Darm, welcher bei der Operation einriss; die Frau erholte sich gut und konnte drei Wochen nach der Operation gesund entlassen werden. Hätte man frühzeitig die Operation gemacht, so hätte man ein lebendes Kind haben können. Der Fall lag hier um so tragischer, als es sich um eine ältere Erstgebärende handelte.

Dr. Keilmann bestätigt, dass hier eine Tubengravidität vorlag, indem er selbst Gelegenheit hatte, den Fall zu untersuchen.

Dr. Knorre möchte in bezug auf die Temperaturkurven, welche Dr. Keilmann erwähnt hat, bemerken, dass Temperatursteigerungen oft vorkommen, oft bis 39° . Durch die Temperatursteigerungen wird die Diagnose oft erschwert, man muss sich dann auf die genaueste Anamnese stützen,

oft auch durch Probepunktion zur Gewissheit zu kommen suchen.

Dr. Knorre demonstriert weiter ein Präparat, wo die Frucht am Fimbrienende gelagert ist (Eierbecherstadium), und dann ein anderes, wo der Foetus schon teilweise aus dem Fimbrienende heraus war und im Abdomen lag.

Dr. Keilmann bemerkt dazu, dass er dieses Stadium der halbgeborenen Eier während seines Breslauer Aufenthaltes auch beobachtet habe; einmal seien an einem Tage durch die Operation 2 derartige Präparate gewonnen worden.

In bezug auf die Temperatursteigerung bemerkt Herr Dr. v. Stryk, dass bei abgestorbenen Foeten diese die Regel sei, beim lebenden jedoch seltener; ob die Temperaturen im ersten Fall auf Resorptionerscheinungen zurückzuführen, müsste der einzelne Fall entscheiden.

Nach Dr. Keilmann macht die Extrauteringravidität oft keine Temperaturen; der Temperatursteigerung liegt gewöhnlich eine Infektion zu Grunde, wenn die Haematocele dem Darm aufliegt; diese Temperaturen schwinden zuweilen auch wieder von selbst; diese Temperaturen beruhen vielleicht auf Infektion mit dem Bac. coli communis; in solchen Fällen findet man die Haematoceleumembran besonders stark.

Dr. Keilmann hat auch einige tote Foeten gesehen, wo keine Temperatursteigerung vorhanden.

2) Dr. E. Schwarz hält seinen angekündigten Vortrag: «Zur forensischen Beurteilung von Kopftraumen».

Diskussion:

Die von Jahr zu Jahr vermehrte Anwendung der Lumbalpunktion und die damit gesicherteren Erfahrungen über dieselbe besprechend, betont Dr. Voss die Wichtigkeit der Lumbalpunktion als diagnostisches Hilfsmittel auch für die Ohrenärzte, z. B. bei der Diagnose der serösen Meningitis und Ausschluss der eitrigen. Einmal wurde bei einem seiner Fälle Luft aspiriert; er fragt daher nach der Technik der Lumbalpunktion; grosse Druckschwankungen sind ja immer in der Literatur angegeben worden, bei einem Fall von Punktion ist der Druck = 0 angegeben. — Voss hat gewöhnlich eine Hohlnadel eingestossen und dann einfach die Cerebrospinalflüssigkeit abfließen lassen; einmal trat hierbei Luft

ein. Der Fall ging zu Grunde, doch trat der exitus durch eine Lungengangrän, welche bei der Aufnahme schon vorhanden war, vielleicht unterstützt durch eine Sinusblutung, und nicht durch die Luftaspiration ein.

Dr. E. Schwarz ist aus der Literatur nicht bekannt, dass bei solchen Krankheitsbildern, welche Kopftraumen die Entstehung verdanken, die Cerebrospinalflüssigkeit untersucht worden sei; seiner Meinung nach kann man bei seinem ersten Fall keine seröse Meningitis annehmen, ein meningealer Reizzustand hat jedoch sicher bestanden; er wolle nicht entscheiden, wo die Lymphocyten (in der Cerebrospinalflüssigkeit) hergekommen seien. In betreff seines 2. Falles nimmt er eine Meningitis an, und muss dieselbe seiner Ansicht nach mit dem Trauma in Zusammenhang gebracht werden; vielleicht ist dieser Fall auch mehr als eine seröse Meningitis. Bei der Meningitis serosa wirke die Lumbalpunktion direkt heilend; bei einem Fall von cerebraler Lues wurde durch die Lumbalpunktion starke Lymphocytose durch die Punktion konstatiert; nach der Punktion fiel die Temperatur, die Konvulsionen schwanden ebenfalls und es trat Euphorie auf.

Dr. Behr fragt an, ob die Röntgenuntersuchung in diesen Fällen von Kopftraumen von Dr. Schwarz angewandt worden sei; er meine nicht die R.-Untersuchung bei Fällen von Frakturen, sondern gerade bei den von Schwarz erwähnten, wo keine Frakturen diagnostiziert worden seien; Prof. Benedikt habe in solchen Fällen sofort nach der Verletzung die R. Untersuchung durchgeführt und hat derselbe bei späteren Aufnahmen ein Kleinerwerden der Schatten auf den Platten konstatieren können, und auch ein Verschwinden im Laufe der Zeit.

Dr. Behr hat Gelegenheit gehabt diese Benedikt'schen Platten zu sehen.

Dr. E. Schwarz verneint das R.-Verfahren bei seinen Fällen angewandt zu haben.

Dr. Voss erklärt, dass er ebenfalls die Benedikt'schen Bilder gesehen habe, doch kann er sich nicht recht von ihnen überzeugen; er habe sich in dieser Frage mit Dr. Sengbusch in Verbindung gesetzt und habe letzterer die Meinung geäußert, dass beim Erwachsenen klare Bilder in solchen Fällen wohl nicht auftreten würden, höchstens noch

beim jugendlichen Schädel. Sodann erwähnt Dr. Voss, dass man auch den Menière'schen Symptomenkomplex mit der Lumbalpunktion zu behandeln proponiert habe, weil in solchen Fällen eine Vermehrung der Cerebrospinalflüssigkeit konstatiert worden sei.

Dr. E. Schwarz meint dazu, dass man vielleicht seinen 2. Fall als Menière'schen Symptomenkomplex deuten könne; der Kranke habe angegeben, dass er vom Februar bis Mai ein so starkes Schwanken gehabt habe, dass er deswegen nicht habe arbeiten können; vielleicht hätte man hier mit der Lumbalpunktion Besserung erzielt.

Dr. Bernsdorff hat diesen Kranken mehrfach gesehen; die Hauptsymptome waren ein starkes Schwanken und Kopfschmerzen; gelegentlich auch Temperatursteigerungen; wenn es dem Kranken besser ging, hat er dazwischen auch gearbeitet.

Dr. Voss: Noch Prof. Böttcher hat die Anschauung vertreten, dass der M. S.-Komplex keine Erkrankung der Bogengänge sei; bei den Experimenten sei zugleich auch immer eine Verletzung des Kleinhirns aufgetreten.

Dr. L. Schönfeldt: Dr. Schwarz hat davor warnen wollen, dass man bei der Begutachtung von Kranken mit solchen Kopftraumen in den ersten Monaten einer zu optimistischen Auffassung huldige; er, Schönfeldt, meine, dass in solchen Fällen wohl kein Neurologe derart verfahren werde; man würde solche Kranke in jedem Fall wohl wenigstens ein Jahr lang beobachten, ehe man ein Urteil fällt. Was die Cystodiagnose anbelangt, so ist noch kein abschließendes Urteil in der Frage erzielt worden; bearbeitet worden ist sie besonders von französischen Aerzten und es sind sehr viele Fälle beobachtet worden, wo bei vorliegender Lues eine Vermehrung der Lymphocyten in der Cerebrospinalflüssigkeit gefunden wurde, so dass eine Vermehrung der Lymphocyten noch nicht gestattet, eine Meningitis anzunehmen. Wenn in den Fällen von Sch. nach der Punktion die Lymphocyten schwanden, so ist dies auffallend. Sehr oft beobachtet man bei der Meningitis serosa trotz Fehlens der Lymphocytose dauernd die bekannten Krankheitssymptome.

Dr. Tiling bemerkt, dass die traumatischen Neurosen, welche sich aus solchen Kopftraumen entwickeln, immer erst

sehr viel später zur Begutachtung gelangen; es erscheint für die Begutachtung ihm in solchen Fällen nicht richtig, zu sehr auf den Defekt eines Sinnes, wie hier des Ohres (cf. Dr. Voss) zu achten, sondern auf das Ensemble, indem gewöhnlich alle Sinnesorgane betroffen sind; so ist die Sensibilität vielfach modifiziert, es findet sich Einschränkung des Gesichtsfeldes, oder das vasomotorische Gebiet ist gestört etc.

Dr. E. Schwarz anerkennt den Wert der Schönfeldtschen Bemerkungen; wenn jedoch bei einem seiner Fälle zuerst eine milchig trübe Flüssigkeit bei der Punktion gefunden wurde, dann nach 8 Tagen eine ganz klare, so rege dies Faktum zum wenigsten an, den eventuellen therapeutischen Wert noch weiter zu beobachten.

Dr. Voss meint, dass Dr. Schwarz hauptsächlich davor warnen wollte, dass ein Trauma, welches anfangs leicht aussieht, auch als leicht beurteilt werde.

Dr. E. Schwarz weist darauf hin, dass Koppe's Meinung nach das Trauma nicht einmal den Kopf getroffen zu haben braucht, und dass trotzdem Laesionen im Gehirn vorkommen können.

Dr. Max Schönfeldt: Bei der Beobachtung von traumatischen Neurosen denken viele Aerzte eigentlich recht hartherzig, indem häufig Simulation und Uebertreibung angenommen wird; daher sind die Erörterungen des Dr. Sch. sehr wichtig. So wäre z. B. ein Mann mit seinen Klagen beinahe abgewiesen worden und war als ein Arteriosklerotiker erklärt worden, ohne dass man seine Anamnese näher studiert hatte und als endlich sein Krankenbogen bei der entscheidenden Gerichtssitzung vorgelegt wurde, ergab sich, dass von Dr. Bergmann eine Basisfraktur konstatiert worden war, und dass die Atrophie eines Sehnerven die Folge des Unfalls war. Schönfeldt möchte betonen, dass in allen Fällen, wo eine Verletzung des Kopfes vorliegt, die Kollegen die Möglichkeit einer organischen Ursache der Beschwerden nicht ohne weiteres abweisen sollten. Man sollte solche Kranke monatelang beobachten; bei Sektionen würde man viele Fälle finden, in denen man sieht, dass die Klagen der Patienten ganz berechtigt waren.

d. z. Sekretär: Dr. Theodor Schwartz.

Sitzung am 6. April 1905.

P. 1 der Tagesordnung: Dr. Engelmann demonstriert einen Fall von *Pityriasis rubra chronica universalis*. Der 50 Jahre alte Patient, Hebräer, ist seiner Angabe nach bis vor ca. 6 Monaten gesund gewesen. Das Leiden begann mit roten Flecken, die sich bald über den ganzen Körper verbreiteten, dabei Schelferung der Haut und zeitweise stärkeres Jucken. Niemals Nässen oder Blasenbildung.

Seit ca. 3 Monaten befindet sich der Patient in der dermatologischen Abteilung des Krankenhauses. Bei seinem Eintritt bot derselbe folgenden Status:

Die Haut des ganzen Körpers stark gerötet, deutlich infiltriert, namentlich an den Unterextremitäten, am wenigsten ist das Gesicht betroffen. Ueberall starke kleienförmige, an den Unterextremitäten und den Vorderarmen mehr lamellöse Abschelferung der Haut. Die Schuppen sitzen lose auf, und fallen beim Darüberstreichen in Massen ab. Es besteht Haarausfall, die Kopfhaut ist gleichfalls mit Schuppen bedeckt. Die Nägel sind glänzend und brüchig. Die Inguinal- und vorderen Cervikaldrüsen vergrößert.

Nirgends finden sich Knötchen, Bläschen oder Papeln; an einigen Stellen Kratzaffekte (Excoriationen). Organbefund normal, Urin normal. Es besteht zeitweise auftretendes Jucken von wechselnder Intensivität, gestörtes Allgemeinbefinden. Während seines Aufenthaltes im Krankenhause (seit dem Januar) hat sich dieser Befund nicht wesentlich verändert. Infolge der Therapie ist die Rötung etwas zurückgegangen, die Abschelferung hat stark nachgelassen, ebenso ist die Infiltration etwas geringer geworden.

Efflorescenzen, wie Knötchen oder Bläschen, auch Nässen ist nie aufgetreten. Zeitweise auftretende Hyperidrosis und vorübergehende Temperatursteigerung wurden beobachtet; das Jucken besserte sich unter Salbenbehandlung. Das Körpergewicht hat abgenommen. Befund und bisheriger Verlauf lassen diejenigen Krankheiten, die bei universeller Ausbreitung zeitweilig ein ähnliches Bild liefern können, wie: Psoriasis, Lichen ruber, Ekzema etc., vollständig ausschliessen.

Dieser Fall muss daher unter die Gruppe der seltenen Hautkrankheiten eingereiht werden, die man jetzt unter dem Namen der *Erythrodermia* oder *Dermatitis exfoliativa* zusammenfasst, als deren Typus Hebra seinerzeit die *Pityriasis rubra* beschrieb.

Hebra verstand darunter eine maligne chronisch verlaufende Hautkrankheit, die während ihres ganzen Verlaufes keine anderen Erscheinungen zeigt, als intensive, über den ganzen Körper sich ausbreitende Rötung und hochgradige kleienförmige Abschelfung, ohne bedeutende Infiltration, ohne Knötchenbildung, ohne Bläschenbildung und Nässen.

In der Folge wurden von verschiedenen Autoren Krankheitsbilder beschrieben, die in Einzelheiten, was Verlauf und Erscheinungen anbetrifft, von diesem Typus gewisse Abweichungen zeigten und zur Aufstellung verschiedener Nebengruppen führten. Eine Einigkeit ist darüber nicht erzielt. Folgt man der von Besnier und Brocq proponierten Einteilung, so wäre der vorliegende Fall als *Dermatitis exfoliativa chronica generalisata* zu bezeichnen, während, falls man der Einteilung Jadassohn's folgt, welcher zur Vereinfachung eine Erweiterung des Begriffes der *Pityriasis rubra* Hebra empfiehlt, dieser Fall eben als *Pityriasis rubra* gelten muss.

Die Prognose dieser äusserst seltenen Erkrankungen ist bei den chronischen und mit universeller Ausbreitung verlaufenden Fällen keine günstige. Wenn sie auch nicht immer so ungünstig zu stellen ist, wie bei der typischen Hebraschen *Pityriasis rubra*, so führt doch die zunehmende Störung im Allgemeinbefinden zu Marasmus, oder die Kranken erliegen interkurrenten Krankheiten, unter denen die Tuberkulose einen auffallend hohen Prozentsatz einnimmt; ob diese in ursächlichem Zusammenhang mit der aetiologisch dunkelen Erkrankung steht, erscheint jedoch sehr fraglich; von Jadassohn sind in einigen Fällen tuberkulöse Herde in den oberflächlichen Lymphdrüsen gefunden worden.

Die histologische Untersuchung der Haut hat für die Erklärung des Prozesses nichts Positives ergeben.

Was die Behandlung anbetrifft, so ist der Patient anfangs mit Arseninjektionen, später als dieselbe erfolglos blieben, innerlich mit Karbolsäurepillen und ausserdem mit verschiede-

nen Salicyl- und Schwefelsalben, sowie Schwefelbädern behandelt worden. Eine gewisse Besserung lässt sich wohl konstatieren, doch beweist der Verlauf den ausserordentlich chronischen Charakters dieses Falles.

(Autoreferat).

Dr. Hampeln fragt, ob die in Rede stehende Hautaffektion mit den bei der Pseudoleukämie beobachteten Ähnlichkeit habe.

Dr. Engelmann bejaht dies, pseudoleukämische Erscheinungen seien bei dieser Erkrankung beobachtet worden.

Nach Dr. J. Eliasberg's Meinung gehört der Fall nicht zur Pityriasis rubra Hebrae, weil die Entwicklung der Krankheit eine zu rapide war, und die Haut Infiltrationen aufweist, was bei dieser Krankheit nicht vorkommt. Eher würde das klinische Bild zur Kategorie der benignen exfoliativen Dermatitis (Brocq-Widal) zu rechnen sei, jedoch scheint ihm, dass das heftige Jucken, welches seit dem Beginn der Krankheit besteht, auf ein ganz anderes Leiden hinweist, nämlich die Mycosis fungoides, deren prämykotisches Stadium man hier vor Augen hätte. Bei der Mycosis fung. kämen gerade diese ausgedehnten teils erythematösen, teils ekzematösen Hauterkrankungen mit Infiltration der Haut, verbunden mit heftigem Jucken, vor.

Sicher könne man zur Zeit die Diagnose nicht stellen, es müsste der Verlauf entscheiden.

(Autoreferat).

Redner fragt dann noch, ob Blutuntersuchungen gemacht worden seien von Dr. Engelmann, was dieser verneint.

Dr. Engelmann: Dass es sich nicht um einen Fall von Hebrascher Pityriasis rubra im engeren Sinne handelt, habe ich bereits auseinandergesetzt. Nach der Besnier-Brocq'schen Einteilung liegt hier, wie gesagt, eine Dermatitis exfoliativa chronica generalisata vor. Symptome und Verlauf stimmen damit überein; als Pityriasis rubra ist der Fall nur im Jadassohn'schen Sinne anzuführen. Die Mycosis fung. kann vorübergehend zu juckender Hautrötung führen, doch wäre dieselbe erst in Betracht zu ziehen, wenn charakteristische Symptome aufgetreten wären, wie zum Beispiel circumscriphte Hautinfiltrationen,

während hier diffuse Infiltration vorliegt. Ich glaube auch dem Verlauf dieselbe ausschliessen nach zu können.

Dr. Eliasberg meint, es gäbe auch bei der Mycosis fung. eine generalisierende Form.

P. II. Dr. Voss hält seinen angekündigten Vortrag «über die Differentialdiagnose bei otitischer Sinusthrombose». (Ist erschienen später in der Zeitschrift für Ohrenheilkunde Bd. 50, Heft I, 1905).

In der Diskussion referiert Dr. Wolferz jun. über einen Fall von Sinusthrombose, welcher keinerlei Symptome gemacht hatte; beiderseits hatte Mittelohreiterung bestanden der Pat. wurde mit Eiterung aus dem einen Ohr entlassen; 2 Wochen darauf Schwellung hinter dem Ohr und bei der Operation wurde eine Sinusthrombose aufgedeckt. — Wolferz hat auch beobachtet, dass Endokarditis bei Scharlach den Verdacht auf Sinusthrombose aufkommen lasse; später auftretende Herzgeräusche liessen entscheiden, dass keine Sinusthrombose, sondern Endokarditis vorlag.

Dr. Voss ist es wohl bekannt, dass solche Fälle vorkommen, wo die Sinusthrombose symptomtenlos verläuft; doch habe er nicht diese Fälle in seinem Vortrag besprochen, sondern solche, wo andere Krankheiten den Grund für das Fieber abgeben.

Sodann erwähnt Dr. Voss, dass es zuweilen ihm Schwierigkeiten gemacht habe zu entscheiden, welche Seite druckempfindlich sei; in einem Fall z. B. bestand eine Schwellung auf der rechten Seite; bei der Sektion zeigte sich jedoch, dass linksseitig im Sinus ein Eiterherd vorhanden war; die Infektion war von rechts ausgegangen. Besonders bei kleinen Kindern, welche durch langdauernde Infektionskrankheiten herabgekommen sind, sei die Diagnose schwierig.

d. z. Sekretär: Dr. Theodor Schwartz.

Sitzung am 20. April 1905.

Vor der Tagesordnung demonstriert :

1) Dr. Paul Klemm ein Präparat; es handelte sich um ein Carcinoma recti, und noch eines, etwas oberhalb an der

Flexur gelegen; der untere Rand war gerade noch mit dem Finger tastbar. Nach partieller Entfernung des Kreuzbeins wurde das Peritonäum durchtrennt, der Darm von hinten eröffnet und die erkrankte Partie reseziert; 8 cm. oberhalb fand sich ein neuer Tumor, der gleichfalls entfernt wurde; der Darm konnte bis zum After herausgezogen werden, wurde hier befestigt; da der Sphincter erhalten war, so behielt der Patient einen schlussfähigen After.

2) Dr. v. Mühlen demonstriert nachträglich zum Vortrag des Dr. Voss von der vorigen Sitzung eine Fieber-Curve, welche die Schwierigkeiten bei der Diagnose der Sinusthrombose zeigen soll und auch wie die Sinusthrombose spontan ausheilen kann. Bei der Aufnahme ins Hospital war die Temperatur 40,5 Grad; es bestand ein typisch-pyämisches Fieber, die Blutuntersuchung (von Dr. O. Klemm ausgeführt) ergab «auf der Agarplatte reichliche kleine, tropfenförmige weisse Kolonien, die auf Glycerinagarstrich rasch zu einem speckigen Rasen auswuchsen, in Bouillon unter diffuser Färbung derselben rasch wuchsen und stets Gram-negative kleine Kokken darstellten, die in Bouillou meist zu zweien gelagert waren, ohne Kapsel; selten in Tetradenform, noch seltener in Kettchen zu vieren. Die nähere Bestimmung durch den Tierversuch musste aus anderen Gründen unterbleiben, nach 2 Tagen fiel die Temperatur, die beschickten Platten blieben steril; der Patient wurde ohne Operation gesund. Die Krankheit hatte nach einer Otitis media eingesetzt, der äussere Gehörgang war mit Borsäurepulver vollkommen verstopft worden. Die spontane Heilung sei ein Unikum.

Dr. Voss bestreitet, dass hier mit Sicherheit der Beweis erbracht worden, dass es sich um eine Sinusthrombose gehandelt habe; man bezeichnet diese Fälle ja auch in der Literatur als Pyämia ex otitide. Der Kokkenbefund bei der Blutuntersuchung kann auch auf eine einfache Infektionskrankheit zurückgeführt werden; ohne Operation und Sektion müsse die Deutung dieses Falles unentschieden gelassen werden.

Dr. v. Mühlen betont, dass die übrigen Organe alle gesund waren, was Dr. Fahrbach bestätigt

Dr. V o s s: Auch die Pneumonie macht solche Kurven, wie in einem Falle, wo erst nach 3 Wochen die Pneumonie aufgedeckt wurde.

Dr. H a n s S c h w a r t z findet die demonstrierte Kurve sehr ähnlich den Kurven von Scharlachkranken bei der diesjährigen Epidemie, gerade wo sonst in den anderen Organen nichts vorgelegen hat. Meistens nach 3—14 Tagen hörte das Fieber auf. Derartige Fälle hat er während der Epidemie sehr oft gesehen. Zuerst hat er an kleine Abszesse in der Niere gedacht, doch später hat er dieses Fieber auch bei anderen Scharlachkranken gesehen, wo keine Nierenerkrankung vorlag, keine Otitis und keine Pneumonie. Eine Blutuntersuchung hat er nicht gemacht.

Dr. M ü h l e n hält eine Blutuntersuchung in den seinen ähnlichen Fällen für durchaus nötig; K ö r n e r habe gezeigt, dass durch die Kokken kleine Thrombosen in den peristalen Venen entstehen können, welche auch ausheilen können.

Dr. P. K l e m m hat oft Nachkrankheiten von Scharlach, Streptomykosen gesehen; zuweilen wird dabei ein Depot gebildet, zuweilen auch nicht; derartige Fälle sind als eine sekundäre Infektion mit Streptokokken anzusehen. In der Corticalis der Knochen, besonders in der Nähe der Gelenke, etablieren sich oft kleine Herde, welche oft nur stecknadelgross sind, diese können ausheilen. In diesen Fällen ist die Depotbildung zu klein, so dass sie der Diagnose entgeht. Eine derartige Erklärung hält er für berücksichtigungswert in betreff der M ü h l e n'schen Fieberkurve.

Dr. v. M ü h l e n betont nochmals, dass in seinem Fall gar kein Scharlach vorgelegen hat, die Krankheit ist direkt nach einer Ohrenerkrankung aufgetreten.

Dr. H a n s S c h w a r t z: Das gehäufte Auftreten derartiger Fieberkurven habe er nur bei der diesjährigen Fieberepidemie beobachtet, in früheren Jahren nicht.

Dr. P. K l e m m findet, dass es beim Typhus genau ebenso sei; in manchen Epidemien wurden keine sekundären Infektionen beobachtet, in anderen dagegen sehr häufig; dies sei auch von F ü r b r i n g e r beobachtet worden.

Nach Dr. v. H a m p e l n beweist eine hohe Temperatur noch nicht die Schwere des Fiebers; es giebt auch einen fa-

miliaren Typus des Fiebers; die Eigenartigkeit des Individuums bestimmt oft die Kurve des Fiebers. Z. B. die Tuberkulose verläuft gewöhnlich unter der Form einer Continua, daher eine Verwechslung mit Typhus oft möglich; zuweilen jedoch auch intermittierend, wie bei der Malaria; aus einer solchen Fieberkurve folgt also nicht die Schwere der Erkrankung und die Form der Erkrankung. Hampeln hat bei Typhus oft gesehen, dass dazwischen in Jahren keine Knochenerkrankungen vorkommen, dann hat er wieder andere Epidemien mit gehäuften Knochenerkrankungen gesehen; in einer Familie erkrankten z. B. 4 Kinder mit Knochenerkrankungen; es wirken da eigenartige Momente mit, die individuelle Konstitution, und daher sei die Folge die individuelle Reaktion.

(Hampeln führt dann auch die verschiedene Wirkung einzelner Arzneimittel auf die einzelnen Individuen näher aus.)

Dr. v. Mühleu betont in seinem Schlusswort noch einmal, dass es eine ganze Reihe von Erkrankungen mit ähnlicher Fieberkurve geben könne; wenn jedoch, wie in seinem Fall, die Krankheit mit einer eitrigen Erkrankung des Ohres begonnen hat, wenn dann die interne Untersuchung ganz negativ ausgefallen, so wird keine andere Diagnose möglich sein, als die Sinusthrombose. In der Praxis müsse man sich die Frage stellen, ob man operieren soll; hier hat das Fieber 6 Tage gedauert, nur durch einen Zufall wurde nicht operiert, denn die Spontanheilung ist nicht zu erwarten.

Pkt. I der Tagesordnung: Dr. Max Schönfeldt stellt seinen Fall von «Sklerodermie» vor, bei dem besonders schön die Sklerodactylie sowohl an den Händen als an den Füßen ausgeprägt ist; derartige Fälle sind als selten auch in den Monographien von Cassirer und Heller angegeben. In folgendem giebt Schönfeldt auf Grundlage der neuesten Literatur eine klinische Schilderung der Sklerodermie:

Bei der Sklerodermie hat die Affektion vorzugsweise ihren Sitz in der Haut, es findet eine Infiltration derselben statt; die Veränderungen treten entweder fleckweise oder strichweise auf, oder auch die Veränderung der Haut kann diffus sein. Darnach könnte man diesen Fall als eine Sklerodermia diffusa partialis bezeichnen; die Hände

föhlen sich etwa wie die Hände einer Leiche an, oder wie Hände aus Holz geschnitzt. — Der Sitz der Krankheit ist im subkutanen Zellgewebe; die letzten Untersuchungen haben ergeben, dass auch die inneren Organe, Leber, Niere, Herz und Nierensystem an der Veränderung teilnehmen können; es hat sich jedoch schon einmal der Name eingebürgert. Man kann den Krankheitsprozess bei der Sklerodermie in 4 Perioden teilen: a) das nervöse Vorstadium, hier traten die Parästhesien auf, wie bei allen acro-vasomotorischen Neurosen; b) das Stadium oedematosum, anfangs in kleinen Herden, dann in grösseren Partien; c) das Stadium der Sklerosierung, die betreffenden Partien werden jetzt bretthart; d) das Stadium der Atrophie. Bei dem vorgestellten Patienten finden sich auch atrophische wellenförmige Hautstellen, die ausgesprochensten Veränderungen finden sich jedoch, wie gesagt, an den Extremitätenenden; auch dieser Kranke erkrankte zuerst mit den vasomotor. Störungen, vor etwa 2 Jahren, jetzt ist er 15 Jahre alt.

In den späteren Stadien atrophiert auch das Knochengewebe, wie das durch die Röntgenuntersuchung bewiesen worden ist (Akromikrie genannt).

Die Haut ist beim Patienten alabastern, der Kranke ist nicht mehr fähig die Faust zu machen, kann sich nicht ankleiden; der Fuss steht fest im rechten Winkel zum Unterschenkel. Die vorgeschrittenen Krankheitssymptome in diesem Falle lassen einen Zweifel an der Diagnose nicht aufkommen.

Die Pathogenese der Sklerodermie ist ganz dunkel; es sind manche Hypothesen aufgestellt worden, z. B.: 1) die toxische, weil man vielfach Kombinationen von Sklerodermie mit Morb. Basedowii, oder Sklerod. mit Akromegalie gefunden hat; man teilte dann der Thyreoidea oder Hypophysis die Rolle als Krankheitserreger zu, 2) die infektiöse Aetiologie, da man an einem Orte zuweilen mehrere Fälle beobachtet hat; weil in der Anamnese mancher Patienten heftige Gelenkschmerzen angegeben wurden. Doch können diese «gelenkrheumatischen» Schmerzen schon die ersten Manifestationen der Krankheit in den Fällen sein, wo dieselbe sich periartikulär entwickelt, 3) hat man den Lymphatikus, die vasomotor. Zentren als Sitz der Erkrankung

angenommen, 4) endlich hat man die Sklerodermie als Angio-trophoneurose bezeichnet, und diese Anschauung hat wohl heute die meisten Anhänger. Die vorzugsweise Beteiligung der Endglieder, viele Symptome, welche auch bei der Syringomyelie vorkommen, alles dies spricht dafür, dass die Krankheit keine Hauterkrankung, sondern die Erkrankung des Gesamtorganismus ist.

Die Prognose ist natürlich sehr traurig, es entwickeln sich Cachexie, Ankylosen, der Thorax kann ganz unbeweglich werden, und tritt dann leicht der Tod durch interkurrente Krankheiten ein.

Durch einen Zufall hat er vor kurzem eine 27-jährige Frau gesehen, welche ebenso schwer wie der vorgestellte Patient erkrankt ist, vorzugsweise in den 4 Extremitätenenden.

Dr. Hirschberg hat in einem Fall von Sklerodermie mikroskopische Präparate gemacht; bei Färbung mit Methylenblau sah man, dass die elastischen Fasern auseinandergedrängt waren, die Haarbälge waren verschwunden; es lag eine Infiltration der Haut vor; man ist geneigt, an Degenerationszustände der Haut, wie beim Myxoedem zu denken; daher könnte eher eine Autointoxikation der Erkrankung zu Grunde liegen. Zambaco-Pascha zählt die Sklerodermie zur Lepra. Nach seiner (Hirschberg's) Ansicht würde das meiste für eine Infektion oder für eine Stoffwechselerkrankung sprechen. Das Zusammentreffen mit angioneurotischen Erscheinungen könnte man auch anders erklären, als Dr. Schönfeldt; die Gefäße sind durch das collagene Gewebe atrophiert, dadurch treten dann die bekannten Erscheinungen der Raynaudschen Krankheit auf.

Dr. M. Schönfeldt meint, dass das Auftreten der Sklerod. entsprechend den einzelnen Rückenmarkssegmenten für die nervöse Aetiologie spreche; die Gefässerkrankung ist vielleicht oft eine periphere sekundäre, indem sich natürlich eine Periarteriitis etc. im weiteren Verlauf anschliessen kann; andererseits sind primär sklerosierende Veränderungen an den Gefäßen beschrieben worden, wo noch keine Veränderungen der Haut vorhanden waren, wo also keine Druckerscheinungen vorlagen.

Dr. A. Behr fasst seine Meinung über die Sklerodermie apqin zusammen, dass die Sklerodermie nur eine Form des

Ausdrucks sei, dass unter diesem Namen sich viele Erkrankungen verbergen; er erinnert z. B. an den Zusammenhang mit Morbus Basedowii; in solchen Fällen tritt zuerst der Basedow auf, dann später die Sklerodermie an den Unterextremitäten, oder nach einem anderen Typus erkranken das Gesicht und die Oberextremitäten; eine 3. Reihe von Fällen sei der Schönfeldt'sche; verschiedene Momente könnten also auch verschiedene Bilder verursachen. Behr meint, dass die Aetiologie eine verschiedene sei; in einem Fall werde z. B. ein Tumor im Armplexus aufgedeckt. Die Sklerodermie stelle also keine Krankheitseinheit dar, es ist nur ein Name für Erkrankungen spinaler Natur.

Dr. M. Hirschberg wirft Dr. Schönfeldt gegenüber ein, dass man bei allen Infektionskrankheiten einen segmentären Typus der Effloreszenzen beobachten könne, z. B. bei dem syphilitischen Exanthem, dass eine derartige Anordnung also gar nicht für den nervösen Charakter der Krankheit spreche.

Dr. M. Schönfeldt wiederholt in seinem Schlusswort, dass er nicht seine subjektive Meinung über die Sklerodermie ausgesprochen habe, sondern den Stand der heutigen Literatur referiert habe. Dr. Behr gegenüber betont er, dass ein Fall mit sklerodermischen Symptomen noch kein Fall von Sklerodermie sei; in dem angezogenen Fall sind durch einen chronischen Reizzustand Entzündungen der Haut hervorgebracht worden, doch ist das noch keine Sklerodermie. Dr. Hirschberg gegenüber möchte er feststellen, dass die meisten Autoren sich dafür entschieden haben, die primäre Ursache im C.-N.-System zu suchen.

Das Krankheitsbild ist jedenfalls eine nosologische Einheit.
d. Z. Sekretär: Dr. Theodor Schwartz.

Sitzung am 4. Mai 1905.

P. 1. Dr. P. v. Hampeln hält seinen angekündigten Vortrag: «Ueber die perkutorische Bestimmung der Herzgrenzen».

Vortragender weist darauf hin, dass sich zur Zeit die Aufmerksamkeit wieder mehr der Ermittlung der Gesamtherzdämpfung zuwende. Untersuchungen von Moritz, de la Camp und Goldscheider haben die Uebereinstimmung dieser durch schwache Perkussion ermittelten Grenzen mit dem Orthodiagramm ergeben. Sie fehlte aber doch in ca. 25 pCt., zudem sei der Beweis vorläufig nur an gesundem Material geführt. Wie es sich damit in pathologischen Fällen und bei fettreichen Körpern verhält, wüssten wir noch nicht. Die Unsicherheit der perkutorischen Bestimmung der wahren Herzgrenzen sei darum noch nicht widerlegt und bestände links sogar in der Regel, auch unter normalen Verhältnissen (Moritz). Hier präzisiert sich die linke Seitenfläche des Herzens bei der Perkussion als eine Zone dämpferen Schalles auf die seitliche Thoraxwand und kann das Herz grösser erscheinen lassen, als es ist. Dennoch gelingt bei Berücksichtigung dieses Umstandes in der Regel die richtige Bestimmung der linken Herzgrenze, wobei der Spitzenstoss einen wichtigen Anhaltspunkt gewährt. Wir haben uns, scheint es, gewöhnt, jene weiter über ihn hinausreichende Dämpfung anzuschalten. Genau genommen ist sie aber meist vorhanden und kann, bei fehlendem Spitzenstoss doch zu Täuschungen führen. Davor schützt s. A. nach die Erfahrung, dass die Abwesenheit eines Spitzenstosses gegen Herzvergrösserung, wenigstens über die Papillenlinie hinaus spricht, da durch Herzvergrösserung nach links der früher nicht wahrnehmbare Spitzenstoss (Guleke) wohl stets wahrnehmbar wird.

Eigentliche Schwierigkeiten bereitet auch jetzt noch die Bestimmung der rechten Herzgrenze. Auch jetzt gilt noch als rechte Normgrenze der «absoluten Dämpfung» der linke Sternalrand von der 4.—6. Rippe. Dagegen ist Krönig, sodann Oestreich aufgetreten, nach deren anatomischen und damit übereinstimmenden klinischen Untersuchungen die rechte Herz-Lungengrenze links zwischen der 4.—5. Rippe am Sternalrande beginnt und von da schräg nach rechts abwärts über das Sternum hin zur Insertion des 5. oder 6. rechten Rippenknorpels hinzieht und hier in die Lungen-Lebergrenze übergeht. Vortragender schliesst sich dieser Auffassung an, doch kämen immerhin Fälle vor, in denen die rechte Grenze der bisher angenommenen Norm entsprechend verläuft. Aus

jenem ersten Verhalten ergebe sich, dass eine Ausdehnung der Herzdämpfung nach rechts auf das Sternum noch nichts Pathologisches, keine Vergrösserung des Herzens beweist. Für diese und zwar für Vergrösserung des rechten Ventrikels sei nach Auffassung Krönigs und Oestreichs die «Treppenform» der rechten Grenzlinie absolut charakteristisch. Auch Vortragender hat diese von ihm als «Stufenform» bezeichnete Eigenart der rechten Grenze schon lange beachtet, und darüber hier berichtet, muss aber, wie damals, vor 5 Jahren, bekennen, dass er sie doch nicht für so charakteristisch halte. Er begegnete ihr auch bei anscheinend normalem Herzen und vermisste sie, wo auf Grund des klinischen Befundes Dilatation und Hypertrophie des rechten Ventrikels angenommen werden musste. Das Ergebnis aller dieser Untersuchungen sei darum eigentlich eine gewisse Enttäuschung. In diagnostischer Beziehung, scheint es, hätten wir nichts gewonnen, wohl aber an Einsicht in die tatsächlich vorliegenden normalen Verhältnisse. In diagnostischer Beziehung gewährt die wichtigsten Anhaltspunkte die meist sicher zu bestimmende linke Herzgrenze (Spitzenstoss) und der auskultatorische Befund.

Welche Herzgrenzen aber auch und wie man sie bestimmen mag, immer müsste man dessen eingedenk bleiben, dass eine grosse Dämpfungsfigur in der Herzgegend noch nicht «Herzdämpfung» (incl. Pericardium) bedeutet. Als Grund dafür seien extraperikardiale Fettauflagerungen zu beachten, auf die er schon einmal hingewiesen hat. Sie bewirken bei einiger Mächtigkeit genau solche Dämpfungen, wie das vergrösserte Herz und werden in ihrer Eigenart nur auf Grund klinischer allgemeiner Erwägungen erkannt. Völlige Sicherheit könne im Zweifelsfalle die Radioskopie gewähren, da die X-Strahlen das Fettlager durchdringen und das von ihm umgebene Herz in seiner wahren Grösse erkennen lassen.

(Autoreferat).

Dr. Kranhals hat die Stufenbildung der Dämpfungsfigur nach rechts bei sonst ganz normalen Herzen gefunden; er hat den Eindruck empfungen, dass sie von der Bedeckung des Herzens von der rechten Lunge abhängig sei er hat sie bei Individuen gesehen, welche absolut keine Zeichen einer Herzaffektion boten, er hat daher die Bestimmung der rechten

Herzgrenze bald wieder aufgegeben, weil er hierdurch keine Schlüsse ziehen konnte. *Krannhals* hat sich immer bemüht, die grösste Herzdämpfung herauszuperkutieren. Die Bestimmung der linken Herzgrenze ist oft schwierig, oft gar nicht möglich; wenn man jedoch alle Anhaltspunkte hinzunimmt (Hochstand des Zwerchfells etc.), so hat er in den meisten Fällen eine Grenze finden können, welche später der Sektion entsprach. Auch die untere Grenze hat er gewöhnlich unter Hinzunahme der Grenzen des Magens finden können.

Die Grenze nach links hängt auch mehr oder weniger vom Alter, vom Fettreichtum etc. ab; eine allgemeine Regel für die Perkussion, also die schwache oder starke, kann man nicht aufstellen. *Krannhals* möchte sich nicht streng an die Regeln halten, welche *Hampeln* für die Bestimmung der rechten Herzgrenze angegeben.

Dr. Voss fragt, ob die palpatorische Perkussion mehr Aufschlüsse gebe.

Dr. v. Hampeln interessiert es, dass *Krannhals* die Stufenform auch oft gefunden habe, wie *Oestreich*, welcher seine Ergebnisse durch die Sektion bestätigt fand. Die Schwierigkeit besteht darin, dass auch bei anscheinend normalen Herzen die Stufenform gefunden worden, andererseits bei Mitralinsuffizienz und -Stenose wieder vermisst worden ist, wo doch eine Vergrösserung angenommen werden musste. *Hampeln* stimmt auch damit überein, dass wir im ganzen nicht viel weiter durch die Herzgrenzenbestimmung gekommen sind, gerade bei geringfügigen Vergrösserungen des Herzens; für die Diagnose der Septumlücken, bei denen ein systol. Geräusch sich findet, ist es bekanntlich sehr wichtig, ob sich eine Vergrösserung nach rechts nachweisen lässt. *Hampeln* hat hier oft keine Vergrösserung nach rechts nachweisen können, während die Ausdehnung nach links sich perkutorisch und palpatorisch immer viel leichter feststellen liess, gerade auch bei geringfügigen Vergrösserungen. Deswegen ist die Aktinoskopie auch so wichtig.

Dr. Voss wünscht Auskunft darüber, ob gerade die hochgradigen Vergrösserungen des Herzens diese Stufenformen geben.

Dr. v. Hampeln verneint dies, diese Form finde sich mehr bei geringfügigen Vergrösserungen.

Im übrigen ist für ihn die Gehörswahrnehmung immer wichtiger gewesen als die Tastempfindung zur Bestimmung der Grenzen.

Auch Dr. Deubner giebt dem Ausdruck, dass die Gehörs- wahrnehmung ihn bei diesen Untersuchungen sicherer als die Tastempfindung geleitet hätte.

Dr. Voss meint, die Rad-Rennfahrer würden ein besonders gutes Objekt für derartige Untersuchungen abgeben, da hier die Vergrößerungen doch vorübergehend seien.

Dr. Kranhals: Manchmal hat man bei der Unter- suchung den Eindruck, als ob man das dahinter liegende Herz fühlt, manchmal jedoch auch nicht, es wird hier die Dicke der Thoraxwand etc. in Betracht zu ziehen sein. Weil die Fälle eben verschieden sind, so kann man von Hause aus nicht eine Methode für besser halten, man wird sich je nach dem für die eine oder andere entscheiden müssen.

Dr. v. Hampeln: Die Ergebnisse der Autoren sind nich- ohne weiteres zu vergleichen, da die Untersuchungen in der- selben Lage des Untersuchten stattfinden müssten; je nach der Lage ändert sich der Befund. Zuweilen wird die Däm- pfungsfigur im Liegen eine grössere sein (wie z. B. Gold- scheider angiebt); es kommt jedoch auch das entgegenge- setzte Verhalten vor, wie Hampeln es selbst gesehen hat.

Dr. Kranhals meint, dass die Aenderung der Grenzen in erster Linie vom Zwerchfellszustand abhängen werde.

P. 2. Dr. Max Schönfeldt demonstriert einen Fall von familiärer amaurotischer Idiotie.

Jüdischer Knabe 1½ a. n.; einziges Kind, dem der Vater unterdessen gestorben. Kann weder sitzen noch stehen, noch überhaupt sich aufrichten; infolge schlaffer Haltlosigkeit des Oberkörpers pendelt der Kopf nach vorne auf die Brust über und es hat sich eine deutlich kypnotische Verkrümmung der Wirbelsäule herausgebildet. Die passiv erhobenen Aermchen — schlaff paretisch — fallen haltlos herunter, wenngleich das Kind über eine gewisse aktive Bewegungsfähigkeit verfügt (wenn auch mit einiger Anstrengung sich die Nase kratzt oder dergleichen).

An den völlig gelähmten unteren Extremitäten leicht spas- tische Erscheinungen. Nur 2 Schneidezähne unten. Das Kind bietet das Bild eines hilflosen Klumpens dar. Psychisch ist et-

zudem ganz unentwickelt : absolute Apathie, Gesichtsausdruck blöde, spricht nicht, scheint auch nicht zu hören und lässt nur selten ein leises wimmerndes Weinen vernehmen. Die Mutter ahnte nicht einmal etwas von der völligen Blindheit des Kindes: Pupillen sehr weit, refl. reaktionslos. Beiderseits primäre genuine Atrophia N. optici totalis, und in der Macula-Region eine c. 2 Papillen-Durchmesser grosse, unregelmässige graue Partie mit dem charakt. roten Tupfen in der Mitte. — Bei plötzlichen Erschütterungen in der Umgebung des Kindes (Klatschen, Stampfen) oder stärkerem Anblasen, hochgradige allg. Reflexerregbarkeit desselben.

Während der Demonstration ein typischer petit — mal Anfall: 4—5 Sec. während tonische Erstarrung, die Arme vorgestreckt und gleich darauf Erschlaffung unter leichten Kaubewegungen. — Auch anamnestisch festgestellt.

Die Bezeichnung «Idiotie» (S a c h s) ist nicht ganz zutreffend, da es sich um einen fortschreitenden, meist in kurzer Zeit durch Marasmus zum Tode führenden Degenerations-Prozess des CNS handelt, beruhend auf einer fehlerhaften Anlage. Dieses zunächst noch rätselhafte Krankheitsbild gehört zu der familiären Gruppe der «endogenen Erkrankungen» (spastische Diplegie, infantile Cerebrallähmung etc.) All' diese einzelnen Typen zeigen nicht nur Uebergangsformen zu einander, sondern es sind auch diese verschiedenen Typen in derselben Familie beobachtet worden.

(Autoreferat).

Dr. E l i a s b e r g kann die Diagnose, speziell die des Augenbefundes, nur bestätigen; er demonstriert eine Skizze des Augenhintergrundes des Patienten, welche er angefertigt hat.

In diesem Fall waren die Eltern des Kindes nahe verwandt, bei seinen anderen Fällen, welche er früher demonstriert hat, war keine Verwandtschaft der Eltern nachzuweisen.

Dr. O t t o K l e m m hat c. 5 Fälle gesehen, welche er damals freilich nicht mit dieser Diagnose belegt hat; nachdem seine Erfahrung in derartigen Fällen sich jedoch vergrössert hat, möchte er sie doch zur selben Gruppe gehörig rechnen, wie der vorgestellte Fall; einen Augenbefund hat K l e m m in seinen Fällen nicht erheben können; doch sind gerade in letzter Zeit 2 Fälle bekannt gegeben worden, wo auch der Augenbefund fehlte. Bei andern Kindern tritt auch die Idiotie

mehr hervor, als bei dem heutigen Fall. Im vorigen Jahr hat er den letzten derartigen Fall gesehen, ohne Augenbefund; die Eltern waren Blutsverwandte: das erste Kind dieser Ehe soll unter ähnlichen Krankheitserscheinungen gestorben sein. Im ganzen kann man sagen, dass die Anlage des Zentralnervensystems eine normale ist; die vitalen Fähigkeiten des Organismus erschöpfen sich jedoch bald, so tritt dann die Degeneration auf. Der letzte anatomisch untersuchte Fall zeigte tinctoriell Verwaschenheit der Nissl'körperchen der Gehirnrinde, dieselben traten nicht distinkt hervor; die Ganglienzellen schienen an Zahl weder in der Gehirnrinde noch im Rückenmark auffallend vermindert zu sein; es fehlten auch sichere Degenerationen der Faserzüge des Rückenmarks (Dr. Th. Schwarz).

Dr. Sokolowsky meint, dass ein früher Verschluss der Fontanellen oft als Aktrologie angegeben werde.

Dr. Otto Klemm bestätigt, dass er einen Fall gesehen habe, wo schon im 2. Monat die grosse Fontanelle verwachsen war.

Dr. M. Schönfeldt bemerkt, dass die Erscheinungsformen der Krankheit natürlich je nach der Stelle, wo der Prozess einsetzt, verschieden sein werden; hierdurch wird die Langlebigkeit oder Kurzlebigkeit des Kranken bedingt.

Ausserhalb der Tagesordnung demonstriert

Dr. M. Eliasberg einen 5-jährigen Patienten mit Erblindung infolge von Neuritis optica nach Masern. Das Mädchen erblindete vor 2 Wochen, am 4. Tage der Masern. Vor den Masern war das Sehvermögen ein gutes gewesen. Es litt häufig an Kopfschmerzen, welche auch während der Masern vorhanden waren und noch heute fort dauern. Die Komplikation mit Neuritis optica nennt Ostwald (Zeitschrift für Augenheilkunde 1904 Bd. 41) eine «seltene» und berichtet von einem Fall von Fage, wo auch bei einem 3-jährigen Kinde nach Masern infolge einer Neuritis optica Erblindung eintrat. In seinem (Eliasberg's) Falle ist die Erblindung die Folge einer in Atrophie übergehenden Neuritis optica utraque lat. Es ist keine Stauungspapille zu konstatieren. Die nicht prominenten Papillen sind verwaschen.

(Autoreferat).

Dr. Zwingmann fragt, ob die Nieren untersucht worden sind.

Dr. Eliasberg erwidert, dass diese Untersuchung noch aussteht.

Dr. v. Krüden er hat vor 4 Wochen ein 16-jähriges Mädchen beobachtet, wo einige Tage nach dem Masernexanthem die Erblindung eintrat, er stellte die Diagnose auf Atrophie der Sehnerven, meningitischen Ursprungs; er machte 12 mal die Lumbalpunktion, entleerte jedesmal ca. 30 ccm. Cerebrospinalflüssigkeit; die damit beschickten Platten blieben steril. Das Sehvermögen schien sich anfangs etwas zu bessern, doch später war keine Besserung mehr zu konstatieren.

Uthoff erwähnt auch einen Fall von Neuritis optica nach Masern; Krüden er selbst hat ebenfalls einen Fall von Neuritis nach Masern gesehen, welcher ausheilte.

d. z. Sekretär: Dr. Theodor Schwartz.