

Aerztlicher Verein in Hamburg.

(Eigener Bericht.)

Sitzung vom 31. Mai 1921.

Vorsitzender: Herr Kümmell.

Herr **Theodor** demonstriert eine Frau mit **Ostitis deformans fibrosa** des linken Radius, die 1918 begann und vor einigen Monaten neben der im Röntgenbilde charakteristisch sichtbaren Entkalkung zu einer Fraktur mit deformierender Pseudoheilung geführt hatte. Probeexzision ergab die typischen histologischen Veränderungen. Therapeutisch ist die Entfernung des ganzen Radius aus dem Periostschlauch und die Implantation einer Rippe mit Periost an dessen Stelle versucht.

Herr **Eug. Fraenkel** zeigt die Röntgenbilder mehrerer Fälle von **O. d.**, die das ganze Skelett befallen haben. In einem Falle, bei dem besonders die Wirbelsäule stärksten Kalkabbau bis auf kümmerliche Knochenreste und dadurch bedingte Verbiegung und Querschnittsmyelitis, der der Kranke erlegen war, aufwies, ergab die Untersuchung der Epithelkörper die Umwandlung in einen grossen Tumor. Ähnliche Epithelkörpervergrößerungen fanden sich auch in den übrigen Fällen von **O. d.**, so dass Vortr. an einen ätiologischen Zusammenhang dieser Kalkstoffwechselstörung, wie sie bei der **O. d.** vorliegt, mit den Epithelkörperchen denkt. Auch die Tierexperimente an Ratten bestätigen diese Annahme.

Herr **Simmonds** bestätigt an seinem Material diese Befunde. In einem Falle, in dem das ganze Skelettsystem erkrankt war, fand sich eine haselnussgrosse Struma der Epithelkörperchen. Bei der Progredienz des Leidens, das unhaltbar zum Tode führt, dürfte eine chirurgische Inangriffnahme der Epithelkörperchen angezeigt sein.

Herr **Schottmüller** stellt eine Kranke vor, bei der alarmierende hochgradige Hämaturien grosse differentialdiagnostische Schwierigkeiten machten. Schliesslich gelang der Nachweis von **Gonokokken** im steril entnommenen Harn. **Gonorrhoeische Zystitiden** sind in Sch.s. Material relativ selten, ganz selten sind so profuse, rezidivierende Blutungen dabei.

Ferner berichtet Sch. über eine **gonorrhoeische Allgemeininfektion**, die mit septischem Fieber begann und nach dessen Abklingen zu einem **pustulösen Exanthem** führte.

Herr **Reve** empfiehlt die **Jodtinkturbehandlung des Erysipels**. Die Erfolge sind ausgezeichnet und bei richtiger Technik kommen keine Versager vor. Mit 10proz. offizineller Jodtinktur muss die erkrankte Haut und die Umgebung weit bis ins Gesunde hinein gründlich eingepinselt werden. Meist genügen 2—3 Pinselungen. Schon nach der ersten tritt subjektives Wohlbefinden ein, sehr bald nachher Fieberabfall.

Herr **Richter** demonstriert einen von ihm konstruierten **transportablen Inhalationsapparat**, der an die elektrische Lichtleitung angeschlossen werden kann. Der Apparat ist handlich, sauber und bequem, kostet allerdings auch 600 M.

Herr **Brütt**: **Indikationsstellung und Dauerresultate bei der chirurgischen Behandlung des Magen- und Duodenalgeschwürs.**

Die frischen, unkomplizierten Geschwüre sind konservativ zu behandeln, erst bei starker Blutung rückt bei dieser Geschwürsform die Frage der chirurgischen Behandlung näher. Handelt es sich bei einer schweren Blutung um eine Arrosionsblutung aus einem kallösen Ulcus, so ist zu reseziieren (womöglich in Lokalanästhesie). Erfahrungen mit Umstechung nicht sehr günstig; einfache G.E. unbefriedigende Palliatiooperation. Bei akuten Geschwürsperforationen (132 Fälle) 40 Proz. Mortalität; 80 Proz. Männer, 20 Proz. Frauen. Hinweis auf die Bedeutung des Schulterschmerzes bei der Diagnose. Operation: Fast stets Gastroenterostomie und Uebernähung des Geschwürs, Kochsalzspülung; durchweg primärer Schluss der Bauchhöhle. Dauerresultate bei den Ueberlebenden leidlich gute, jedoch in 12 Proz. Neuerkrankung unter den Erscheinungen schwerer Geschwürsblutungen (Ulcus pepticum, Ulcusrezidiv). In letzter Zeit Resektion bei perforierten Geschwüren (6 Fälle, 1 Todesfall).

Die gedeckten Perforationen sind gleich zu behandeln, trotzdem hierbei Spontanheilungen nicht so selten.

Chronische Geschwürsformen: das kallöse, pylorusferne Geschwür ist, wenn möglich, zu reseziieren (63 Fälle: 7,5 Proz. Mortalität). Bevorzugung der Querresektion (6,3 Proz. Mortalität). Die Dauerresultate sind nach der Resektion wesentlich bessere als nach der einfachen G.E., bei der ein nicht geringer Prozentsatz der Operierten noch nach Jahren an der Grundkrankheit oder Komplikationen zugrunde geht. Bei den juxta-pylorischen Geschwüren (154 Fälle) sind einfache Ulzera, kallöse Geschwüre (Ulcustumoren) und Narbenstenosen zu unterscheiden. Anamnese und klinisches Bild ähneln bis zu einem gewissen Grade denen des Ulcus duodeni. Normalverfahren hier die G.E. mit einer Operationsmortalität von 2,7 Proz. Die Spätergebnisse bei den Operierten (128 Nachuntersuchungen) sind im allgemeinen gute, nur bei den Ulcustumoren am Pylorus ist nicht nur die Verwechslung mit einem Karzinom möglich, sondern auch die Spätodesfälle an Karzinom sind hier häufig, so dass Resektion zweckmässig. Bei duodenalen Geschwüren (Betonung des klinischen Bildes) gute Resultate mit der G.E. und Pylorusverschluss mit Lig. teres. Die Spätergebnisse werden dadurch etwas getrübt, dass oft noch nach Jahren sich Neuerkrankungen einstellen unter dem Bilde des Ulcus pepticum jejunum, aber nicht annähernd in der Häufigkeit wie es bei den mit der Eiselsberg'schen Methode behandelten Fällen nach den Literaturangaben der Fall ist.

Die Spät mortalität an Magenkarzinom nach früherem Ulcus ist ausserordentlich gering; bei Berücksichtigung aller Geschwürsformen (gegen 300 nachuntersuchte Fälle) fand sich Karzinom als wahrscheintliche Todesursache nicht einmal. 5 Proz. als autopsisch festgestellte Todesursache in nur 1,9 Proz. Demgegenüber ist zu vergleichen, dass die Mortalität an Magenkarzinom überhaupt nach Sektionsstatistiken 3 Proz. beträgt.

Aerztlicher Kreisverein Mainz.

(Offizielles Protokoll.)

Sitzung vom 4. März 1921.

Herr **Gg. B. Gruber** weist **pathologisch-anatomische Befundstücke** vor, von denen als seltenerer Vorkommnisserwähnung verdienen eine **Fistula tracheo-oesophagea** auf Grund **primären Trachealkrebses**; ein walnussgrosses, mykotisches **Aneurysma der Arteria maxillaris** bei einem

9 Monate alten Kind auf Grund eitriger, phlegmonöser Entzündung im Bereich der Gefässscheide; das **hypertrophische Herz** eines plötzlich verstorbenen 18-jährigen Mannes mit Stenose der aus zwei Taschen bestehenden schwierigen Aortenklappen, vereint mit durchgängigem Ductus Botalli.

Sitzung vom 17. März 1921.

Herr **Kupferberg** weist vor ein **chondrodistrophes Neugeborenes mit Polydaktylie** der Hände, ferner eine **Placenta succenturiata**, als **Placenta praevia** lokalisiert, nach Metreuryse mit der Frucht (im Fruchtsack) ausgestossen, sodann **retroperitoneale Fibromyxome**, die nach wiederholter Operation wiederkehrten und erst auf Bestrahlung ausblieben, endlich das **Zangenmodell von Kielland**, das er in 10 Fällen mit sehr gutem Erfolg angewendet hat.

Aussprache über die Frage der Aenderung der §§ 212—220 des RStGB. (Abtreibungsparagraphen).

Herr **Kupferberg** lehnt die im Reichstag eingebrachten Anträge für Streichung der Paragraphen ab. Die Geburtshilfe könne stolz darauf sein, in ihren Erfolgen dem nahezukommen, was der kirchlich-katholische Standpunkt für richtig ansieht. Bei Freigabe des künstlichen Abortes wird sich eine hohe Mortalität und andererseits eine häufige Unfruchtbarkeit als Folge ergeben. Staatliche Findelhäuser sind dagegen sehr nötig. Die Strafen für die abtreibende Schwangere erscheinen zu hoch. Für sie sei eine Milderung, ja Straffreiheit zu empfehlen.

Herr **Busch** will das soziale Moment als Anzeige des künstlichen Abortes stärker berücksichtigt wissen. Aus Gründen der Humanität rate wohl ein Hausarzt eher zur Unterbrechung der Schwangerschaft, als ein Gynäkologe. Es bestehe ein Widerspruch zwischen Gesetz und Leben. Die Anträge der USP. und der MSP. seien abzulehnen; der Schritt von den jetzigen Verhältnissen zur vollen Strafflosigkeit sei doch wohl zu weit.

Herr **Puppel** vertritt den Einspruch des deutschen Aerztevereinsbundes in dieser Sache. Anstatt die Frauen den gefährlichen Methoden der Abtreibung zu überantworten, könnten die radikalen Antragsteller doch auch zur Unterbindung der männlichen Samenstränge raten, was nach Steinach auch noch verjüngend wirke! Die Frucht ist kein Teil der Mutter, über den sie frei verfügen kann. Die Heiligkeit des keimenden Geschöpfes muss wieder Gemeingut des Volkes werden.

Nach längerer, lebhafter Aussprache wird ein Antrag **Darapskys** einstimmig gutgeheissen, der eine Ablehnung der bekannten Anträge der USP. und der MSP. ausspricht und eine Revision der Strafbestimmungen der fraglichen Paragraphen fordert.

Sitzung vom 18. März 1921.

Herr **Kratzeisen** spricht an Hand von Lichtbildern über **Lage und Form des Magens**.

Aus Beobachtungen bei ganz frisch geöffneten Leichen ergibt sich die Tatsache, dass der Magen eine kurze Zeit den allgemeinen Tod des Organismus überlebt. Die von Forsell und Aschoff mitgeteilte Form des Magens scheint doch wohl physiologisch zu sein. Ein Magnetistkonus ist oftmals vorhanden. Gegenüber dieser Form, die Gewölbe, Körper, Grund und Pfortnerkanal des Magens schön unterscheiden lässt, ist die stierhornförmige nicht etwa ein reines Kadaverprodukt. Sie entspricht der Erschlaffungsform, ist also auch physiologisch. Bei fortgesetzter Leichenzersezung tritt sie in übertriebenem Masse auf. Die Projektionsschatten der Röntgenbeobachtung ergeben nicht immer das Bild der durch die Kurvaturen gelegten Ebene und sind daher nicht eindeutig und schwer zu bewerten.

Würzburger Aerzteabend.

(Offizielles Protokoll.)

Sitzung des Aerztlichen Bezirksvereins vom 3. Mai 1921.

Moderne Anschauungen über die pathologische Anatomie des Morbus Brightii.

Herr **M. B. Schmidt** gibt einen Ueberblick über die Wandlungen in der Auffassung der anatomischen Grundlage der diffusen hämatogenen Nierenkrankheiten, die früher den Begriff des M. B. ausmachten, und über die Einteilung derselben. Er betont dabei besonders, dass reine chronische Nephrosen anatomisch höchst selten gefunden werden, die meisten sind mit entzündlichen oder amyloiden Glomeruluserkrankungen verbunden und werden durch diese unterhalten und an der Heilung verhindert; vor allem sind reine nephrotische Schrumpfnieren äusserste Raritäten.

Für die „maligne Sklerose“ des Klinikers nimmt Vortragender nicht eine einheitliche anatomische Grundlage an. Vielmehr kann dieselbe entweder als eine Weiterentwicklung der „blassen Sklerose“ speziell durch das Uebergreifen der Arterioenerkrankung auf die Glomerulusschlingen mit hyaliner Quellung und Verfettung der letzteren entstehen, die nicht reparabel ist, oder durch Auftreten einer Nephritis oder Nephrose als neue Erkrankung durch eine neue Ursache; diese Komplikation kann denselben Verlauf nehmen wie in einer vorher gesunden Niere, also eventuell wieder rückgängig werden.

Herr **Nonnenbruch** bespricht zunächst die wesentlichsten **Krankheitserscheinungen bei Nierenkrankheiten**. Bei der qualitativen Urinuntersuchung wird für die ganze Beurteilung des Falles der Untersuchung des Urins auf Blut der grösste Wert beigelegt. Blut im Harn bedeutet in dubio eine Glomeruluserkrankung. Die Funktion der Niere wird geprüft durch Beobachtung des Urins und durch Untersuchungen des Blutes auf abieturen Stickstoff (Rest-N). Die Bestimmung von Menge und spez. Gewicht der 3 stündlich aufgefangenen Urineinzelportionen während 24 Stunden, ev. bei besonderer Kost (Schlafer'sche Probemahlzeit) zusammen mit dem Wasserversuch und Konzentrationsversuch sind in der Praxis durchführbar und sind in der Regel genügend für die Beurteilung des Falles.

Den Grad der Insuffizienz der Niere zeigt am bequemsten die Reststickstoffbestimmung im Blut an. Diese kann der praktische Arzt leicht durchgeführt haben, wenn er ein Reagenzglas voll Blut oder noch bequemer eine aus der Fingerbeere mit Blut vollgesaugte U-Kapillare in die Klinik zur Untersuchung einschickt.

Die Oedeme Nierenkranker können serös, chylös und wasserklar sein. Die Messung des Blutdrucks muss möglichst fortlaufend erfolgen. Die Trennung der Urämie in akute, echte und Pseudourämie (Volhard) wird besprochen.