

Beginn einer Behandlung mit Eleudron ein scharlachartiger Ausschlag entstanden. Nachdem am 14. Tag neuerlich eine Verabreichung von Eleudron notwendig wurde, traf bereits 4 Tage nach Beginn der neuerlichen Eleudronperiode dieselbe Form der Hauterscheinungen auf. Es wird dieses Phänomen als allergische Reaktion nach Sulfonamidverabreichung ähnlich dem bei Serumkrankheit aufgefaßt.

FRANKE demonstriert einen Kranken mit **Böckschen Sarkoid der Haut**, der außerdem einen durch histologische Untersuchungen bestätigten Drüsen-Boeck zeigte. Auch waren die Lymphdrüsen im Lungen-Hilusgebiet betroffen. Die Jünglingsche Knochenkrankung — Ostitis cystoides multiplex — war bei diesem Kranken nicht vorhanden. An Hand dieses Falles wird auf die vielseitige Manifestation hingewiesen, die die Boecksche Erkrankung aufweisen kann. Ein Fall von Recklinghausenscher Erkrankung wird vorgestellt, der neurologisch außerdem die Zeichen einer hypertrophischen Neuritis darbietet und bei dem intern vielfältige innersekretorische Störungen vorhanden sind. Außerdem zeigen sich Skelettmißbildungen an der Wirbelsäule in Form einer ausgeprägten Kyphoskoliose. Intrakostal liegende Fibrome haben im Laufe der Jahre zu einer bemerkenswerten Usur der Rippen geführt. An Hand dieses Falles wird die Ansicht von BILSCHOWSKI gestützt, der Übergänge von einer hypertrophischen Neuritis zur Recklinghausenschen Erkrankung angenommen hat.

EHMANN stellt eine Patientin mit einem **nodalen Rhythmus** vor, dessen Frequenz zwischen 24 und 30 pro Minute lag. Adam-Stokes-ähnliche Anfälle ohne Bewußtseinsverlust waren mit weiterer Frequenzverlangsamung einhergegangen. Es wird auf die Bedeutung des Elektrokardiogramms bei der Differentialdiagnose der Bradykardien hingewiesen.

GRAF berichtete von 2 Fällen mit **Perikarditis auf tuberkulöser Grundlage**, bei denen die uncharakteristischen Symptome zu Beginn der Erkrankung bemerkenswert waren. EHMANN

### Königsberg (Pr), Verein für wissenschaftliche Heilkunde 13. III. 1944

TRAUBE, **Aneurysmafälle der oberen Extremität und der Halschlagadern**. Als Einleitung Schilderung der Schwierigkeiten des chirurgischen Eingriffes bei Aneurysmen der oberen Brachialis, der Axillaris und der Subklavia. Es muß ohne Esmarchsche Blutleere operiert werden. Schwierigkeit besteht durch die Nähe des Plexus und der großen Nervenstäme und die schweren Verwachsungen, die zwischen diesen und den Gefäßen sowie dem Aneurysmasack bestehen. Die Gefäßwand zeigt häufig 2—3 Löcher, welche dann durch Quernaht oder durch plastische Deckung mittels des Aneurysmasackes verschlossen werden müssen. Bei den Aneurysmen der Halschlagadern wäre noch außerdem die Gefahr der Gehirnschädigung, der Luft-Thrombembolie, des Vagus und des Sinustodes hervorzuheben. Vorstellung von vier operierten arteriovenösen Aneurysmafällen der Arteria brachialis, sechs operierten arteriovenösen Aneurysmafällen der Arteria axillaris, vier Fällen von operierten Aneurysmen der Arteria subclavia. Es handelte sich bei diesen Fällen um meist riesige pulsierende Hämatome und Kombinationen von echten arteriellen und arteriovenösen Aneurysmen. Zwei Fälle von Aneurysmen der Carotis externa werden vorgestellt, die durch Ligatur des Gefäßes zur Abheilung kamen; ein Fall vom arteriovenösen Aneurysma der Carotis interna, das durch Naht des Gefäßes zur Abheilung kam. Anschließend gelangen sechs Fälle von arteriovenösen Aneurysmen der Carotis communis zur Vorstellung, die durch Naht der Arterie und der Vene zur Abheilung kamen. Der letzte Fall war kombiniert mit einem arteriovenösen Aneurysma der Arteria vertebralis, die ober- und unterhalb des Aneurysmasackes abgebunden werden mußte. In 90% aller Fälle gut durchgängige Radialis.

MÜLLER, **Pathologisch-anatomische Demonstrationen**. 1. Zwei Fälle von Tauchertod. Im ersten Falle handelt es sich um eine massive Luftembolie bei zu raschem Aufsteigen, und im zweiten Falle um das Bild des sog. „Absturzes“ mit maximaler Blutansammlung in den Weichteilen des Kopfes und des oberen Halses mit ausgedehnter Hämatombildung in Kopfschwarte, Gesicht, Halsweichteilen, Halschleimhäuten und Schilddrüse, während das Gehirn frei von Blutungen war. — 2. Endophlebitis hepatica obliterans bei einem jüngeren Mann mit völligem Verschuß der großen Lebervenenäste durch teilweise rekanalisierte Thromben. Übergreifen der Veränderungen auf die Vena cava inf. mit frischen Thromben an der Einmündungsstelle. Hochgradige Stauungstrophie der Leber. Aszites. Für Lues kein Anhaltspunkt. Rheumatische Ätiologie wird erwogen. — 3. Ausgedehnte gelbe Vitalfärbung des Gehirns und Rückenmarks durch Überdosierung von Neotropin bei zwei Verwundeten mit Rückenmarksverletzung. — 4. Extragenitales, ausgedehnt metastasierendes Chorionepitheliom bei einem jungen Mann mit starker hormonal bedingter Gynäkomastie.

G. OHM, **Über Gewohnheitslähmungen**. Bericht über 121 Fälle. Von diesen konnten 47 ambulant in einer Sitzung geheilt werden, bei den restlichen Fällen betrug die durchschnittliche Behandlungsdauer 13,3 Tage. Gewohnheitslähmungen sind psychisch bedingte Bewegungsstörungen; sie können sich entweder an eine Nervenläsion nach deren Wiederherstellung anschließen oder der Ausheilung einer primär schmerzhaften Affektion des Bewegungsapparates folgen. Das charakterologisch durchgeprüfte Krankengut legte zwei verschiedene Möglichkeiten des psychologischen Mechanismus nahe: Bei der ersten Gruppe, dem größeren Teil der Fälle, die vor allem durch Primitivität und Mangel an Dynamik auffielen, war das für den durchschnittlich impulsreichen Menschen kennzeichnende ständige „Probieren“ der Funktionsmöglichkeiten während des organisch-pathologischen Zustandes unterlassen worden; bei dem restlichen Teil handelt es sich um unechtes, sich im Zwielficht zwischen Wollen und Nichtwollen abspielendes Erleben; auf Grund von Besonderheiten des Ausdrucks, wie sie die kaltbewußte Lüge nicht kennt, muß dieses aber scharf von der bewußten Lüge unterschieden werden. Charakterlich war für die zweite Gruppe vor allem eine gewisse Erlebnisarmut typisch. Bei der Untersuchung ließ die erste Gruppe praktisch keine Funktion erkennen, während die zweite oft die Antagonisten anspannte oder die aktive Bewegung sakkadiert und zögernd vornahm. Somatisch-diagnostisch steht die Inspektion im Vordergrund, vor allem die Beachtung des Sehnenspiels, das sich bei allen Gewohnheitslähmungen durch aktive Innervationsversuche nachweisen läßt. Der elektrische Befund spielt eine vergleichsweise geringere Rolle, da infolge des gesetzmäßigen Vorseilens der motorischen Wiederherstellung vor der Rückkehr normaler elektrischer Befunde bei Gewohnheitslähmungen fast nie mit normalen elektrischen Befunden zu rechnen ist.

LAUBINGER, **Klinische Verlaufsform, Prognose und Therapie der Entmarkungskrankheiten**. Das Bild der klassischen multiplen Sklerose wird dem der parainfektösen Enzephalomyelitis gegenübergestellt. Bei der multiplen Sklerose gibt es eine Kerngruppe, die den typischen, in Schüben einhergehenden Verlauf zeigt und die besondere konstitutionelle Merkmale sowie die euphorische Einstellung, die etwas anderes als die Euphorie sonstiger Hirnorganiker ist, aufweist. Die parainfektösen Enzephalomyelitiden sind trotz mancher Ähnlichkeit in der klinischen Symptomatologie ihrem Verlauf und wahrscheinlich auch ihrer anatomischen Grundlage nach von der Kerngruppe der multiplen Sklerose zu trennen und haben damit auch eine ganz andere Prognose. Die Ätiologie der entzündlichen Entmarkungskrankheiten, insbesondere die Pettesche Hypothese der Neuroallergie und die Schaltenbrandsche Ansicht, daß die multiple Sklerose eine Virus-erkrankung ist, werden abgehandelt. Die wesentlichste Maßnahme während der akuten Schübe besteht in einer völligen Ruhigstellung, einer allgemeinen Hebung des Kräftezustandes und einer reichlichen Vitaminzufuhr. Eine spezifische Behandlung der entzündlichen Entmarkungskrankheiten gibt es bisher noch nicht.

ASSMANN berichtet über bemerkenswert häufige Erfahrungen aus dem Osten, namentlich im Jahre 1943, an disseminierter Myelitis, Enzephalitis und Enzephalomyelitis. Manche Fälle boten ganz das Bild einer akut aufgetretenen multiplen Sklerose, ohne daß aber irgendwelche Schübe vorangegangen waren. Andere Bilder waren ähnlich einer Poliomyelitis, aber zum Unterschied von dieser oft mit Störungen der Sensibilität, vorwiegend der Tiefensensibilität verbunden. Auch der Verlauf der LANDRYSCHEN Paralyse kam vor. Manchmal verknüpft mit Störungen des Rückenmarks, häufiger auch ohne diese wurden akute Enzephalitiden beobachtet, die oft Sprachstörungen, vielfach flüchtiger Art, und Pyramidensymptome, dagegen keine extrapyramidalen Störungen zeigten. Meist war Zell- und Eiweißvermehrung im Liquor vorhanden. Der Verlauf war in der Regel günstig, nur ganz vereinzelt tödlicher Ausgang. Die beschriebenen Fälle von Rückenmarksschädigungen sind von der typischen multiplen Sklerose und andererseits Poliomyelitis abzugrenzen und wahrscheinlich auf eine besondere Infektion zurückzuführen. Das gleiche ist für die Fälle von Enzephalitis anzunehmen, die von der Encephalitis lethargica zu unterscheiden sind. Vielleicht bestehen Zusammenhänge mit den 1935 und 1936 von LANGE in Breslau und ASSMANN und VOGT in Ostpreußen beobachteten Enzephalitisfällen. H. SCHOLZ

### Prag, Arbeitsgemeinschaft Deutscher Ärzte, 25. II. 1944

H. KNAUS, Prag: **Aus dem chirurgisch-gynäkologischen Grenzgebiet**. Vorweisung einer 40jährigen Patientin. 29. VII. 1943 Aufnahme, wobei hinter einem normalen Uterus ein unscharf begrenzter, knotiger und sehr druckschmerzhafter Tumor festgestellt wurde. Diagnose: Entweder entzündlicher Prozeß im Douglas oder Endometriose oder Carcinoma ovarii. Nach einer konservativen Therapie wurde sie am 28. VIII. auf ihren Wunsch gebessert entlassen. Wegen wieder zunehmender Beschwerden Laparotomie am 20. IX. Befund: