

jetzt üblichen Methoden verhindert werden kann. Es wird ein Zustand geschaffen, wie er bei gewissen Hemmungsmissbildungen und angeborenen Spaltungen der Brustwand (z. B. Fissura sterni) angetroffen wird, und der den Träger nicht erheblich belästigt. **Bulius.**

Verein Posener Aerzte.

Offizielles Protokoll.

Sitzung am 4. Mai 1911.

Vorsitzender: Herr Hess; Schriftführer: Herr Th. Pincus.

1. Herr Hess: Pseudoleberzirrhose.

7jähriges Mädchen mit einem eigentümlichen, besonders von französischer Seite beschriebenen Symptomenkomplex. Es findet sich eine fast isolierte Stauung im Leber- und Pfortadergebiet: großer Lebertumor, mächtiger, nach Punktionen rasch wiederkehrender Ascites von niedrigem spezifischem Gewicht (1012), daneben Zeichen geringer chronischer Stauung im Gebiete der oberen Hohlvene (pastöses, leicht zyanotisches Gesicht, Erweiterung der Brust- und Armmerven), erhöhte Pulsfrequenz; — es fehlen dagegen alle Stauungserscheinungen im Gebiete der unteren Hohlvene (Albuminurie, Knöchelödeme); es fehlt Dyspnoe und ein abnormer physikalischer Befund am Herzen. Auf Grund dieser „asystolie hépatique sans participation du cœur“ kann die Diagnose einer latenten chronischen tuberkulösen (käsigen) Pericarditis mit großer Wahrscheinlichkeit gestellt werden. Vortragender bespricht den eigentümlichen Konnex zwischen Herzbeutelverwachsung und Blutstauung in der Leber, das Krankheitsbild der „cirrhose cardiaque“ und der nicht tuberkulösen „Polyserositis“¹⁾.

2. Herr M. Schultze: Säureverätzung des Magens, durch mehrfache Operationen geheilt.

Patientin nahm in der Nacht zum 14. November 1910 etwa 75 ccm *ac. hydr. conc. suicidii* causa zu sich. Folge: starke Verätzungen an den Lippen, Mundschleimhaut, Gaumensegel; starke Schmerzen in der Magengegend; Erbrechen brauner bzw. blutiger Massen, die reichlich Fetzen abgestoßener Oesophagus- bzw. Magenschleimhaut enthielten. Magenspülung bis zum klaren Ablauf, Eispielen, kalte Milch, Kampfer. Während der nächsten drei Tage dauert Erbrechen an; Puls regelmäßig, weich und klein, Spur Albumen, keine Zylinder, diffuse Bronchitis. Danach kein Erbrechen, aber starke Schmerzen beim Schlucken. 1. Dezember Probelaaparotomie: Magenwand verdickt, zerreiblich. Pylorus stark verdickt, massenhafte Auflagerungen, Verwachsungen mit Nachbarorganen, Strangbildungen. Deshalb nicht Gastro-, sondern Jejunostomie. Ausschließliche Ernährung durch letztere. Gewichtszunahme. Später Versuche der Nahrungszufuhr per os: keine Stenose am Oesophagus, aber Erbrechen ein- bis zweimal per Tag: Pylorusstenose. Deshalb 18. Februar 1911 Gastroenterostomie. Zunächst Fortsetzung der Ernährung durch Jejunumfistel für 14 Tage; dann Ernährung per os, die nun tadellos funktioniert. Spontaner Schluß der Jejunumfistel. 21. März bis 3. Mai in Heilstätte Lowenitz, 27 Pfund Gewichtszunahme. 4. Mai geheilt und arbeitsfähig entlassen.

3. Herr Borchard: Coecum mobile.

Es ist ein großes Verdienst von Wilms, auf das Krankheitsbild des Coecum mobile hingewiesen zu haben. Der Name ist allerdings nicht glücklich gewählt, da außer der Beweglichkeit noch andere Faktoren, Adhäsionen, Fixation des Processus, Schlaffheit des Coecums imstande sind, dies Symptomenbild hervorzurufen. Infolgedessen ist auch die von Wilms vorgeschlagene Operationsmethode nicht für alle Fälle geeignet. Je nach dem Operationsbefunde ist zu wählen zwischen einfacher Fixation am Peritoneum parietale, Fixation hinter einer Peritonealtasche (Wilms), Raffung des Coecum in der Längs- oder Querrichtung oder Kombination dieser einzelnen Methoden untereinander. Der Processus ist in jedem Falle mit zu entfernen.

Diskussion. Herr Ritter freut sich, daß der Vortragende für das Bestehen des Krankheitsbildes von Wilms eintritt, da er glaubt, daß der diesjährige Chirurgen-Kongreß in der Ablehnung des Krankheitsbegriffes des Coecum mobile doch etwas zu weit gegangen ist. Der Name ist vielleicht nicht sehr glücklich, denn die Beweglichkeit ist nicht das Wesen der Krankheit. Und auch über den Wert der Therapie, die Wilms vorgeschlagen hat, nämlich Einnähung des Coecums in eine subperitoneale Tasche läßt sich streiten, zumal bei einem Organ, das in der Bauchhöhle gelegen, steter Bewegung preisgegeben ist. Damit ist aber das Krankheitsbild als solches nicht abgetan. Auch Ritter hat die gleichen Fälle wie Wilms gesehen, aber erst in letzter Zeit besonders darauf geachtet. Um einfach vermehrte Beweglichkeit des Mesocolons handelt es sich nicht, wie Dreyer meint. Ritter hält es nicht für ausgeschlossen, daß doch eine geheilte Appendicitis die erste Ursache zur Entstehung des Krankheitsbildes ist. (Lokalisierte Peritonitis (ein- oder mehrmalige), Erweiterung des Coecums und Auszerrung des Mesocolons durch die Lähmung des Coecums, nun sekundäre Muskelhypertrophie.) Ein solcher Zustand bleibt dann, auch wenn die Appendicitis ausheilt.

¹⁾ cf. Münchener medizinische Wochenschrift 1910, No. 2, S. 67.

4. Herr Arndt: Die Indikation zur Unterbrechung der Schwangerschaft bei Lungentuberkulose und Nierenerkrankungen.

Da die Schwangerschaft in einem hohen Prozentsatz der Fälle, das Puerperium fast stets das Fortschreiten des tuberkulösen Prozesses befördert, da es auch durch das Tierexperiment gelungen ist (Herrmann und Hart), den verderblichen Einfluß der Schwangerschaft auf die Tuberkulose zu beweisen, ist Arndt mit Schauta der Ansicht, daß die Schwangerschaft zu unterbrechen sei, sobald die Diagnose Tuberkulose absolut gesichert ist. Die Rücksicht auf das Kind ist dabei nicht allzu hoch anzuschlagen, da die Kinder tuberkulöser Mütter fast immer in einem Zustand schlechter, verzögerter Entwicklung und herabgesetzter Lebensenergie zur Welt kommen, die eine Infektion mit Tuberkelbazillen in den ersten Monaten des extrauterinen Lebens begünstigen und die wir schlechthin als Disposition zur Tuberkulose bezeichnen. Der günstigste Zeitpunkt für die Unterbrechung liegt innerhalb der ersten vier Monate. Unterbrechung der Schwangerschaft nach dem vierten Monate ist für die Mutter von keinem Nutzen, kann sogar den Verlauf der Tuberkulose beschleunigen; hier muß es unser Bestreben sein, das Schwangerschaftsprodukt möglichst lebensfähig zur Welt zu bringen. Bezüglich der Sterilisation tuberkulöser Frauen plädiert Arndt für die Exstirpation der ganzen Tube mit Keilexzision aus dem Uterus, die sowohl per vaginam wie per laparotomiam ohne Gefahr für das Leben der Mutter ausgeführt werden kann. Die von Bumm angegebene Totalexstirpation des Uterus und der Adnexe, um durch Wegfall der Eierstockfunktion einen Fettansatz zu erzielen und somit die Widerstandsfähigkeit Tuberkulöser zu erhöhen, gibt keine sichere Garantie gegen das Fortschreiten der Tuberkulose. Sellheims Methode der temporären Sterilisation durch extra-peritoneale Lagerung des Fimbrienendes der Tube und Bucuras extra-peritoneale Implantation der Ovarien sind nur als Versuch aufzufassen und haben praktisch zunächst für die Sterilisation tuberkulöser Frauen keine Bedeutung. — Bezüglich der Unterbrechung der Schwangerschaft bei Nierenerkrankungen akzeptiert Arndt für die Praxis den Standpunkt Veits, daß nicht die Albuminurie die Indikation zur Unterbrechung abgibt, sondern die ersten Anzeichen des gefährdrohenden Uberganges in die schwere Nephritis, und diese Anzeichen sind gegeben in Ascites, Dyspnoe, Oligurie, Hypertrophie des linken Ventrikels, Irregularität des Pulses und besonders in Veränderungen des Augenhintergrundes, der Retinitis albuminurica. Bei an chronischer Nephritis leidenden Frauen ist die Fertilität herabgesetzt; tritt Gravidität ein, so verläuft sie in der Regel ohne besondere ernste Komplikationen, und auch für die durch Schwangerschaft komplizierte Nephritis trifft das Wort Caspers zu: Die Nephritis ist besser als ihr Ruf. Bezüglich der Schwangerschafts-pyelitis kann sich Arndt nicht unbedingt der Ansicht derer anschließen, welche sie für eine harmlose, stets durch konservative Maßnahmen zu beeinflussende Erkrankung ansehen und die Unterbrechung der Gravidität wegen Pyelitis als unnötigen Eingriff bezeichnen. Gewiß wird der größte Prozentsatz durch innere Medikationen, durch Drainage und Spülungen des Nierenbeckens, welche letztere geradezu eine Panacée bedeuten, zur Ausheilung gelangen. Arndt hat zwei Fälle beobachtet, die unmittelbar post partum wegen Pyelitis in seine Behandlung kamen, und die auch mit Spülungen des Nierenbeckens und Drainage nicht zu beeinflussen waren; in beiden kam es zur Nephrektomie; die Niere des einen zeigte miliare Abszesse, die des anderen eine Eiter-niere mit einer ganz schmalen Zone funktionstüchtigen Nierengewebes; ein dritter Fall, in dem beide Nieren befallen waren, ging trotz lang fortgesetzter Spülungen des Nierenbeckens und trotz Unterbrechung der Gravidität im sechsten Monat, zehn Tage nach Einleitung des Abortes, unter urämischen Symptomen zugrunde.

Medizinische Gesellschaft in Göttingen.

Offizielles Protokoll.

Sitzung am 4. Mai 1911.

Vorsitzender: Herr Hirsch; Schriftführer: Herr Heubner.

1. Herr Weber: a) Hirnarteriosklerose.

Fall 1. 60 jähriger Schlachter. Potator. Seit 1895 unsinnige Vieheinkäufe, brutales Verhalten. Seit 1901 wiederholt Delirium tremens, manchmal epileptische Anfälle. 1909 wegen Erregungszuständen und Größenideen Anstaltsaufnahme. Auch in der Anstalt trotz Alkoholabstinenz typische epileptische Anfälle, aber selten. Herzdämpfung nach links verbreitert, Arterien geschlängelt, Wand verdickt, Blutdruck 155, die Pupillen reagieren träge. Das psychische Verhalten ähnelt der Paralyse: Euphorisches, leicht reizbares, unruhiges Verhalten; kritiklos geäußerte, häufig wechselnde Größenideen, Konfabulationen, mangelhafte zeitliche Orientierung bei sonst leidlich erhaltenem Intellekt und persönlicher Orientierung. Dauer der Erkrankung, Alter des Erkrankten, Mangel an typischen Symptomen, die Eigenart der Demenz sprechen gegen Paralyse, Herz- und Gefäßveränderungen, Blutdrucksteigerung, die Schwankungen im Verlauf für arteriosklerotische Hirnerkrankung. Auf der Basis des chronischen Alkoholmißbrauchs