

sei, konnte der Vortragende an der Hand seiner Präparate zeigen, dass die Degeneration in der Stäbchen- und Zapfenschicht beginnt zu einer Zeit, in welcher die unter solchen degenerierten Neuroepithelien liegende Aderhaut noch vollständig intakt ist. Warum gerade die Neuroepithelien zu grunde gehen, weiss man noch nicht. Der Vortragende erinnert an die Edinger'sche Aufbrauchtheorie. Es wäre denkbar, dass bei solchen Patienten die kongenital schlecht angelegten Neuroepithelien die fortgesetzte Inanspruchnahme nicht ertragen.

Sekundär gehen dann die übrigen nervösen Elemente der Netzhaut zu grunde, der Sehnerv degeneriert aufsteigend. In der Netzhaut tritt eine Gliawucherung ein, daneben proliferieren aber auch die Pigmentepithelien und wandern in die Netzhaut, bes. in die Gefässcheiden, ein. Sekundär degeneriert dann auch die Choriokapillaris.

Vortr. weist dann noch auf den Unterschied dieser typischen Pigmentdegeneration mit der von Spielmeier und ihm beschriebenen Form der familiär auftretenden Netzhautdegeneration bei gleichzeitiger Verblödung hin. Bei der gewöhnlichen Pigmentdegeneration gehen die übrigen nervösen Elemente der Netzhaut relativ rasch sekundär zu grunde, eine Sehnervenatrophie ist schon früh festzustellen, während bei der anderen Erkrankung wohl Vakuolen und andere Veränderungen in den Kernen der Ganglienzellen festzustellen sind, die Zellen selbst aber mit ihrem Nervenfortsatz sehr lange erhalten bleiben, so dass man sogar Jahre, nachdem der Patient schon vollständig blind geworden ist, noch einen ganz normalen Sehnerveneintritt finden kann.

Sitzung vom 26. Februar 1909.

Herr Oberst: Ueber Verletzungen durch elektrischen Starkstrom. (Erschien in No. 26 dieser Wochenschrift.)

Diskussion: Herr Steffens.

Herr Determann und Herr Weingärtner: Ueber Röntgenuntersuchung der Dickdarmlage bei Darmstörungen, insbesondere bei Verstopfung.

Vortragende haben Röntgenuntersuchungen der Dickdarmlage mit Wismutmahlzeit gemacht, welche sie überzeugten, dass bei gewissen Formen von Verstopfung und anderen Darmstörungen das Kolon eine abnorm tiefe Lage hat, oft mit scharfer Abknickung am Zoekum oder im Verlauf des Colon ascendens. Ein Zusammenhang mit allgemeiner Enteroptose war dabei häufig ersichtlich, aber nicht immer. Oft waren Schmerzen in der rechten Leibseite vorhanden, die als Blinddarmreizung bis dahin angesehen wurde. Die Verf. glauben, dass die verkehrte Kolonlage und die dadurch bedingte Aenderung der Zirkulationsverhältnisse in den Darmwänden möglicherweise ein prädisponierendes Moment für die Entstehung einer Epityphlitis darstellen; jedenfalls erscheint genaueste Diagnosenstellung vermittelt der Wismutmahlzeit und Röntgenbeobachtung in allen Fällen von Blinddarmreizung bez. der Dickdarm- und Zoekumlage von Wichtigkeit. Es ist nicht undenkbar, dass manchmal durch geeignete andere Behandlung der verkehrten Kolonlage dann eine Appendixoperation umgangen oder durch eine andere Operation (Enterostomie) ergänzt wird. Die Untersuchung der Dickdarmlage im Röntgenbild erscheint besonders wichtig bei den so häufigen unklaren Darmbeschwerden bei nervösen, anämischen, mageren Individuen. Nicht selten wird man auf diesem Wege eine Erklärung für die vorher lediglich als „nervös“ angesehenen Darmstörungen finden.

Auch die Gynäkologen müsse die Untersuchung der Dickdarmlage interessieren, so bei zweifelhaftem gynäkologischen Befund, vor und nach schweren gynäkologischen Operationen etc. Es werden dann der Zusammenhang der Koloptose mit der Glénard'schen Enteroptose sowie die speziellen Ursachen der Koloptose besprochen, ferner auch die Möglichkeit, die Therapie, sowohl die allgemeine wie die lokale, in Bezug auf ihren Erfolg vermittels der Röntgen-Wismutmethode zu kontrollieren. Besonders wird betont, dass man, bevor man lokale Eingriffe, wie Massage etc., vornimmt, wissen muss, wo überhaupt der zu behandelnde Dickdarm liegt.

Die Untersuchungen wurden an 50 Patienten der med. Klinik zu Freiburg i. B. gemacht. Die Befunde wurden teils photographiert, teils orthodiographiert, teils in Serienbildern unter gegenseitiger Kontrolle aufgezeichnet. Als Mahlzeit empfehlen die Verfasser Hafergrütze mit Bismuthum carbonicum, dazu Bratensauce, etwas Butter und Ei oder Sahne. Alle gegen die Methode zu erhebenden Einwände werden besprochen.

Weitere Mitteilungen erfolgen in den Kongressverhandlungen für innere Medizin.

Diskussion: Herr Kraske weist darauf hin, dass er bei Blinddarmoperationen in der Tat häufig statt des Zoekum zunächst einen Teil des neben dem Zoekum liegenden Colon transversum fand, und stimmt Determann darin zu, dass die Entscheidung, ob chronische Epityphlitis oder Kotstauung infolge solcher Verlagerungen vorliegen, nicht immer ganz leicht sei und zu Irrtümern in der Diagnose führen könne.

Herr Meisel teilt mit, dass schwere Zustände der beschriebenen Verlagerungen des Querkolon nicht nur zu Kotstauungen, sondern zu ileusartigen Erscheinungen führen könnten, die Anlass zu operativen Eingriffen gegeben hätten. Insbesondere hat Meisel einen Fall hochgradiger Senkung des Querkolon beobachtet, wobei der tiefste Punkt am Schambein lag und der grösste Teil des Netzes in einem

linksseitigen Leistenbruch lag und dadurch die Darmtätigkeit noch mehr erschwert wurde. Es wurde von ihm zwischen dem enorm ausgedehnten Querkolon und dem S romanum eine Anastomose angelegt. Der Kranke starb an einer Perforationsperitonitis, ausgehend von einem Dehnungsgeschwür am Zoekum, und die Sektion stellte nicht nur eine Erschwerung der Wegsamkeit an der Flexura coli sinistra, sondern auch dextra fest, mit erheblicher Ausweitung des Colon ascendens und Zoekum.

Auch sonst ist die Fixation des herabhängenden Querkolon, insbesondere durch peritoneale Adhäsionen, von grosser Bedeutung. Darauf hat für die Flexura coli sinistra schon Payr und neuerdings Madelung hingewiesen. In einem Fall von hochgradiger Kotstauung mit Skybalbildung im Zoekum hat Meisel durch Aufblähung die Diagnose der Verlagerung gestellt und nach Lösung der festen, durch eine frühere Perityphlitis entstandenen Verwachsungen zwischen Colon ascendens und dem steil herabhängenden Colon transversum und durch ein bisher wohl noch wenig geübtes Verfahren eine vollständige Beseitigung der Beschwerden herbeigeführt. Es wurde nämlich durch Raffnähte an der oberen und unteren Tähne das Kolon verkürzt und so gehoben. Meisel hält es für möglich, dass durch weitere Ausbildung dieser einfachen Methode möglicherweise in diesen Fällen genützt werden kann.

Obwohl nun Meisel die Ansichten Determanns über die Störungen der Darmbewegungen infolge von Senkung des Querkolons und über die klinische Bedeutung dieses Zustandes vollkommen teilt, und den Wert der neueren Untersuchungsmethoden anerkennt, gibt er doch zu bedenken, ob nicht bei Bismutgaben per os Täuschungen dadurch vorkommen können, dass man nicht mit Sicherheit entscheiden kann, in welchem Darmabschnitt das Bismut sich gerade befindet. Es fällt ihm an einem Bilde auf, das 2 Stunden nach der Verabreichung gefertigt wurde, wo ein spitzwinkliger Schatten für die Flexura coli sinistra gehalten wird, dass sonst nur ein Schatten die Anwesenheit von Bismut im Magen erkennen lässt. Auffallend ist ihm auch bei Bildern, die nach 8—10 Stunden und später aufgenommen wurden, dass der tiefste Punkt des Schattens, in der rechten Fossa iliaca gelegen, als Zoekum gedeutet wird, unter der Annahme, dass dieses direkt ins Querkolon übergeht und in gestreckter Linie zur spitzwinkligen Flexura coli sinistra verläuft. Es ist Meisel wohl bekannt, dass von Curschmann, de Quervain u. a. Fälle beschrieben sind, wo das Zoekum infolge des bekannten Entwicklungsfehlers direkt in das Querkolon übergeht, und er hat auch zwei Fälle erlebt, wo gleichzeitig das Zoekum einen abnormen Tiefstand hatte, das eine Mal bei einer Sektion, das andere Mal bei einem Karzinom des Querkolon, das sich wegen seiner Lage im Becken der Palpation entzog und erst nach der Laparotomie erkannt wurde.

Aber gerade die Häufigkeit solcher Bilder lässt daran denken, dass möglicherweise der tiefste Punkt des Schattens nicht dem Zoekum, sondern dem tiefsten Teil des herabhängenden Querkolon entspricht. Deshalb möchte Meisel sich doch nicht ausschliesslich dem neuen Untersuchungsverfahren anvertrauen, sondern es wenigstens gleichzeitig angewandt wissen mit dem älteren Verfahren der Bismutölklystiere und der Luftaufblähung des Dickdarms, event. unter gleichzeitiger Anfüllung des Magens mit Wasser.

Verein der Aerzte in Halle a. S.

(Bericht des Vereins.)

8. Sitzung vom 9. Juni 1909.

Vorsitzender: Herr Krukenberg.

Schriftführer: Herr Herschel.

Herr Voss stellt vor der Tagesordnung 2 Fälle von **Lichen ruber planus** vor, von denen der eine durch annuläre und strichförmige Effloreszenzenanordnung sowie durch starke Beteiligung der Hohlhände in Form von Schwielenbildungen ausgezeichnet ist. Der andere Fall, der eine 54 jährige Wäscherin betrifft, ist vor 5 Wochen ganz akut entstanden. Vorderarme und Schenkel sind stark befallen. Die Licheneffloreszenzen sind vielfach zu grossen Plaques zusammengeflohen. An den Unterschenkeln, besonders am linken, der starke Varizen aufweist, finden sich eine Reihe grösserer Plaques von der Form des Lichen ruber verrucosus. Auch vereinzelte Stellen an den Unterarmen zeigen in leichtem Masse den Charakter der verrucösen Form.

Herr Frese: **Kehlkopftuberkulose und Schwangerschaft.**

Dass Schwangerschaft in vielen Fällen einen ungünstigen Einfluss auf eine bestehende Tuberkulose ausübt und in manchen die ersten Erscheinungen der Krankheit hervorruft, wird zur Zeit wohl allseitig anerkannt. Auf Kuttner's Anregung hin sind in den letzten Jahren eine Reihe von Publikationen erschienen, die sich speziell mit dem Verhältnis von Kehlkopftuberkulose und Schwangerschaft beschäftigen. So konnte der genannte Autor in seinem letzten, 1907 in Dresden erstatteten Referat über 230 einschlägige Fälle berichten. Der grösste Teil der Frauen erkrankte erst während der Gravidität an Kehlkopftuberkulose. Von denselben starben während der Schwangerschaft oder kurz nach derselben rund 200 (90 Proz.). Auch für die Kinder ist die Prognose recht schlecht; die Mortalität beträgt ca. 60 Proz. In den letzten beiden Jahren ist zu den von Kuttner berichteten Fällen noch eine erhebliche Zahl neuer hin-

zugekommen, welche ein ähnliches Bild ergaben. Auch Vortr. verfügt über 10 Fälle, die ebenfalls den ungünstigen Einfluss der Schwangerschaft auf die Kehlkopftuberkulose erkennen lassen.

Die neuerdings von Hofbauer und Grosskopf auch bei sonst gesunden Schwangeren häufig gefundenen charakteristischen Kehlkopfveränderungen, nämlich entzündliche Schwellungen an den falschen Stimmbändern, Aryregion und Kehldeckel erklären vielleicht, warum gerade der Kehlkopf eine besondere örtliche Disposition besitzt, während der Gravidität an Tuberkulose zu erkranken. Dem Vortr. ist die Neigung schwangerer Frauen zu Laryngitiden wiederholt aufgefallen.

Die subjektiven und objektiven Erscheinungen der Kehlkopftuberkulose während der Gravidität sind im allgemeinen dieselben, die man auch sonst wahrnimmt, doch zeichnen sich die in Rede stehenden Fälle besonders durch ihre Neigung zu ödematöser Schwellung aus. Die lokal therapeutischen Erfolge sind bei der mit Schwangerschaft verbundenen Kehlkopftuberkulose schlecht. Vortr. kann auf Grund eigener Erfahrungen nur von eingreifenden endolaryngealen Encheiresen abraten. Auch die sog. lukrative Tracheotomie hält er nicht für angezeigt. Bei dieser ungünstigen Lage der Dinge hat man sich in jedem derartigen Falle zu fragen, ob die vorzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft indiziert ist. Nach den bisher vorliegenden Berichten hat die Einleitung der künstlichen Frühgeburt in keinem Falle den ungünstigen Verlauf der Erkrankung aufheilen können. Vortr. sah in 2 derartigen Fällen sogar ein schnelleres Fortschreiten der Erkrankung. Dagegen wurde in 18 in der Literatur niedergelegten Fällen 14mal ein günstiger Einfluss auf den Krankheitsprozess festgestellt. Vortr. konnte erst kürzlich in einem Falle von Lungen- und Kehlkopftuberkulose 4 Monate nach dem künstlichen Abort eine wesentliche Besserung konstatieren.

Generaliter Lungen- oder Kehlkopftuberkulose als Indikation für die Unterbrechung der Schwangerschaft anzusehen, muss abgelehnt werden, ebenso ist im terminalen Stadium der Erkrankung und jeweils der 2. Hälfte der Gravidität von jedem Eingriff abzuraten. Bei geringer, nicht fortschreitender Erkrankung, namentlich bei der sogen. Tumorform der Tuberkulose, bei dauernd gutem Allgemeinbefinden und konstanter Gewichtszunahme kann nach Ansicht des Vortr. ebenfalls von der Unterbrechung der Schwangerschaft abgesehen werden. Gerade in diesen Fällen spielen auch die sozialen und sonstigen individuellen Verhältnisse eine Rolle bei der Entscheidung. Unbedingt indiziert ist die Einleitung des Abortes in allen Fällen, wo im Beginn der Gravidität ein deutliches Fortschreiten der Tuberkulose stattfindet, zumal wenn gleichzeitig das Allgemeinbefinden leidet. Mit der Unterbrechung der Schwangerschaft ist es natürlich nicht getan, sondern man hat weiterhin für eine zweckentsprechende laryngeale Therapie und eventuell die Ueberweisung an eine Lungenheilstätte zu sorgen.

Diskussion: Herr Fromme: Meine Ausführungen decken sich im wesentlichen mit dem von Herrn Frese Gesagten. Es unterliegt gar keinem Zweifel, dass die Gravidität als solche ein physiologischer Zustand für die Frauen ist. Die meisten Frauen fühlen sich während der Schwangerschaft wohl, manche wohlher als ausserhalb derselben, und alle Frauen nehmen an Gewicht zu, und zwar mehr, als das Gewicht des wachsenden Uterusinhalteträgt. Leiden die Frauen an einer chronischen Krankheit, also Tuberkulose, so stellt diese natürlich Ansprüche an den Körperhaushalt und Stoffwechsel, die aber so lange nicht in Erscheinung treten, als die physiologische Schwangerschaftszunahme diese Ansprüche mehr als kompensiert. Die meisten Tuberkulösen, hauptsächlich beginnende, werden daher während der Gravidität keine Symptome machen, erfordern daher auch keine Massnahmen, welche die Gravidität betreffen. Das gerade Gegenteil dieser Fälle sind diejenigen, in denen die physiologische Schwangerschaftszunahme mehr als verbraucht wird durch die rapide fortschreitende oder schon im letzten Grade befindliche Tuberkulose der Lungen oder des Kehlkopfes. Unsere Erfahrungen decken sich bei diesen Kranken mit denen anderer Autoren; es hat bei den im letzten Stadium der Krankheit befindlichen Frauen (hohes Fieber, Kavernen, progrediente Darmtuberkulose) gar keinen Zweck mehr, den künstlichen Abort einzuleiten, er wird schlecht vertragen und man hat den Eindruck, als wenn diese Kranken eher sterben als ohne die Beseitigung der Gravidität. Kommen die Frauen in den letzten Monaten der Schwangerschaft zu uns, so wird die Rücksicht auf die Erhaltung des kindlichen Lebens uns bestimmen, möglichst das Ende der Schwangerschaft abzuwarten, da das mütterliche Leben über kurze Zeit doch verloren ist.

Zweifel, ob man die Schwangerschaft beseitigen soll oder nicht, machen also nur die Fälle, in denen während der Gravidität ein langsames Fortschreiten der klinischen Symptome oder ein plötzliches Ausbrechen der Tuberkulose beobachtet wird. Bei der Lungen-tuberkulose ist das Fortschreiten der Erkrankung in vielen Fällen schwer zu beurteilen; anders bei der Kehlkopftuberkulose, bei der wir uns ja durch den Augenschein von der Progredienz des Prozesses überzeugen können. So wichtig uns die Diagnose des Fortschreitens der Erkrankung dünkt, suchen wir doch noch nach anderen Symptomen, die uns bestimmen, die Gravidität zu beseitigen. Als ein solches Zeichen sehen wir die langsame konstante Gewichtsabnahme an, oder unregelmässige Gewichtszunahme, die durch Tage mit stärkerer Gewichtsabnahme unterbrochen wird. Das Fortschreiten des Prozesses und die Gewichtsschwankungen lassen uns die Gravidität unterbrechen.

Die Bestimmung dieser Momente kann aber nur durch eine genaue klinische Beobachtung gegeben werden. Ob man in einzelnen Fällen, in denen die Lebensfähigkeit des Kindes beinahe erreicht ist, diese noch abwartet, kann die allgemeine Indikationsstellung nicht beeinflussen.

Von grösster Wichtigkeit scheint mir aber zu sein, dass, wenn man die Schwangerschaft unterbrochen hat, man nun auch für eine geeignete Therapie des tuberkulösen Prozesses sorgt. In dieser Hinsicht scheint die Unterbringung in einer Heilanstalt noch das Zweckmässigste, die zugleich den Vorteil hat, dass die Frauen nicht sofort wieder schwanger werden. Die Sterilisation hat den Nachteil, dass, wenn später der tuberkulöse Prozess zum Abheilen gekommen ist und die Frauen noch Nachkommenschaft wünschen, das nicht mehr möglich ist. Ob das die neue von Sellheim angegebene Methode, — Einnähen der Ovarien in eine Tasche des Lig. latum, event. späteres Lösen wieder hieraus, — ermöglicht, muss die Zukunft lehren.

Herr Kneise erklärt sich mit den Anschauungen des Herrn Vortragenden und des Herrn Fromme einverstanden und wendet sich nur gegen einen Punkt der Frommeschen Ausführungen. Er kann der Indikationsstellung, wie sie in der kgl. Frauenklinik gehandhabt wird, insofern nicht beipflichten, als eine Gewichtszunahme einer tuberkulösen Schwangeren während eines klinischen Aufenthaltes die Einleitung des künstlichen Abortes seiner Meinung nach nicht kontraindizieren darf. Nach seiner Erfahrung nimmt fast jede tuberkulöse Schwangere der unteren Volksschichten während einer Anstaltsbehandlung schon deshalb an Körpergewicht zu, weil sie aus ihrer Arbeit und den sie umgebenden ungünstigen Verhältnissen heraus in die volle Ruhe der Anstalt und unter günstige Ernährungsbedingungen kommt. Sobald sie jedoch wieder nach Hause entlassen wird, nimmt sie ab, bezw. nicht entsprechend den Schwangerschaftsverhältnissen zu. Mithin darf das Gewicht für die Indikationsstellung nicht in Betracht gezogen werden. Nach Kneises Meinung muss man bei tuberkulösen Schwangeren bedenken, dass sie volle Genesung nur finden können, wenn sie der Heilstättenbehandlung zugeführt werden; da aber die meisten Heilstätten die Aufnahme Schwangerer ablehnen, so muss man, schon um die Mütter jene Segnungen geniessen zu lassen, sich zur Einleitung des künstlichen Abortes entschliessen. Weiter muss man nach seiner Meinung überhaupt die soziale Indikation bis zu gewissen Grenzen sehr wohl anerkennen, wie das die Diskussion über diesen Punkt auch auf dem eben stattgehabten Strassburger Gynäkologenkongress getan hat.

Herr Blümel: Ich muss Herrn Kneise beipflichten. Bei schwangeren Tuberkulösen in schlechteren sozialen Verhältnissen soll man sich früher zum Abort entschliessen, um die Kranken nach Entfernung der Frucht einer Volksheilstätte überweisen zu können. Andernfalls lehnen die Heilanstalten die Aufnahme einfach ab. Sie können auch nicht anders, soweit versicherungspflichtige Personen in Betracht kommen. Denn als ausführende Organe der Landesversicherungsanstalten dürfen sie nur Heilverfahren übernehmen und durchführen, wenn genügende Garantien für einen Dauererfolg (mindestens 2 Jahre Erwerbsfähigkeit) gegeben sind. Aber die prognostische Schwierigkeit und Unsicherheit des Ausgangs von Geburt und Wochenbett ist viel zu gross, als dass der Arzt den Versicherungsanstalten die Uebernahme dieses Risikos empfehlen kann. Die Erfahrungen sind keine guten gewesen und der Kurerfolg ist zu bald durch die Niederkunft mit ihren Folgen illusorisch gemacht worden.

Beachtenswert erscheint mir noch das Verhalten des Pulses während der Schwangerschaft Tuberkulöser. Stellt sich eine auffallende Pulsbeschleunigung ein, ohne dass sich sonstige Anzeichen von Verschlimmerung des Zustandes schon erkennen lassen, so ist der Abort eher indiziert, weil diese „toxischen“ Fälle für den weiteren Verlauf der Schwangerschaft eine besonders ungünstige Prognose bieten. Im übrigen möchte ich meinen Standpunkt kurz dahin formulieren: in allen Fällen, wo wir, — abgesehen von den terminalen Fällen — Anhaltspunkte für ein Progredientwerden des tuberkulösen Prozesses überhaupt — Kehlkopf und Lunge können hier nicht getrennt werden — finden, — und das wird leider sehr oft der Fall sein, — ist der Abort als erste und am promptesten helfende Therapie indiziert.

Als besonders typisch für Kehlkopftuberkulose Schwangerer erwähne ich, mit Herrn Frese, noch die exzessiven Oedeme an Aryknorpeln, Taschenbändern und Epiglottis. Sie entstehen oft plötzlich bei ganz initialen Prozessen (kleines Ulcus, begrenztes Infiltrat) und trotzen der Therapie hartnäckig. Die vielfach sehr heftigen Schluckbeschwerden bekämpft man mit Dysphagietabletten und -Pulvern.

Herr Fromme: Ich muss mich doch mit allem Nachdruck gegen die Indikationen für die Unterbrechung der Gravidität wenden, wie sie Herr Kneise aufgestellt hat. Meiner Ansicht nach ist der Entscheid, ob man den künstlichen Abort einleiten soll oder nicht, nicht so einfach, wie Herr Kneise meint; genaueste klinische Beobachtung, Mitwirken des Internen, resp. des Kehlkopfärztes gehört dazu, um nach reiflicher Erwägung aller Momente den Entschluss zu rechtfertigen. Da darf die soziale Lage der Patientin nicht so sehr mitsprechen als vielmehr das Recht des Kindes auf Leben. Meiner Ansicht nach wird von Praktikern noch viel zu oft die Unterbrechung der Gravidität aus irgend welchen Gründen erwogen; auch bei Kombination von Tuberkulose und Schwangerschaft sollten