

Physikalisch-medizinische Gesellschaft zu Würzburg.

(Eigener Bericht.)

Sitzung vom 7. Mai 1914.

Herren E. Buchner und S. Skrap: Ist die Enzymtheorie der Gärung einzuschränken?

Vortrag eignet sich nicht zum kurzen Referat.

Sitzung vom 28. Mai 1914.

Herr Regel: Die neuesten Erfahrungen am Panamakanal.

Zum Referat in dieser Wochenschrift nicht geeignet.

Sitzung vom 10. Juni 1914.

Herr Hofmeier: Geburtenrückgang und Säuglingssterblichkeit.

Vortr. bemerkt zunächst, dass die jetzige Natalität nicht mit der früheren zu vergleichen ist, da infolge der allgemein geringeren Sterblichkeit viel mehr ältere Leute leben, die bei der Berechnung der Geburten auf die Kopfzahl ausscheiden müssen. Immerhin besteht ein Geburtenrückgang. Vortr. behandelt dann das Thema vom Standpunkte des Arztes und speziell des Frauenarztes aus und hält eine „Massenproduktion“ von Kindern ärztlich nicht für wünschenswert im Interesse der Mütter, die, zumal in den ärmeren und arbeitenden Klassen, hierdurch schwere gesundheitliche Schäden erleiden. Man soll sich daher mehr an die Wohlhabenden wenden. Die wünschenswerte Kinderzahl für eine Familie sei 3—4. Im übrigen hält er den Geburtenrückgang für nicht aufhaltbar und z. T. durch äussere und soziale Umstände begründet, auch im Interesse der Kinder selbst. Nach einer in der Würzburger Frauenklinik aufgestellten Statistik zählt er bei 420 Frauen unter 45 Jahren, von denen jede über 5 Schwangerschaften durchgemacht hat, zusammen 3440 Schwangerschaften. Von diesen endeten 420 frühzeitig, 1056 Kinder starben, so dass also nur 1964 überlebende Kinder geblieben sind. Es hatte also auch der Staat infolge der grossen Sterblichkeit keinen Nutzen aus den zahlreichen Schwangerschaften. An der Hand zahlreicher Tabellen wird demonstriert, wie mit dem Rückgang der Natalität auch ein Rückgang der Säuglingsmortalität stattfindet. Weil weniger Kinder geboren werden, kann die Säuglingspflege besser sein, und diese hält Vortr. für wichtiger als die Bekämpfung des Geburtenrückganges. Was wir tun können, um dessen Einfluss auf die Allgemeinheit und das Staatswohl zu paralisieren, ist die weitere Herabsetzung der Säuglingssterblichkeit und soziale Fürsorge: Stillprämiën, bessere Sorge für uneheliche Kinder, Unterstützung kinderreicher Familien durch den Staat. Die Säuglingsheime begrüsst Vortr. als Sammelstellen für Säuglingspflege und Ausbildungsstätten für Wärterinnen. Von der Bekämpfung des Geburtenrückganges durch gesetzliche Mittel befürchtet er eine Zunahme der kriminellen Aborte.

In der Diskussion empfiehlt Herr Polano die Schaffung von Findelhäusern.

Berliner medizinische Gesellschaft.

(Eigener Bericht.)

Sitzung vom 24. Juni 1914.

Vor der Tagesordnung:**Herr Rich. Mühsam: Milzschuss durch freie Faszientransplantation geheilt.** (Mit Krankenvorstellung.)

Vortr. stellt einen geheilten Fall vor, bei dem er die Milzschusswunde durch Hindurchziehen und Vernähen von Netz schloss. Das Verfahren war bisher nur bei Leberverletzungen zur Anwendung gelangt.

Tagesordnung:

Diskussion über die Vorträge des Herrn Goldscheider: **Ueber atypische Gicht** und Herr E. Steinitz: **Blutuntersuchungen bei atypischer Gicht.**

Herr Artur Mayer sieht nahe Beziehungen zwischen Diabetes, Gicht, exsudativer Diathese, Bronchialasthma und führt diese Zustände sämtlich auf eine Störung des Kernstoffwechsels zurück. Er weist an 2 Asthmastoffwechselkurven nach, dass der Verlauf der Harnsäurekurve analog wie bei Gicht ist. Durch Natr. nucleinum-Zufuhr lässt sich bei Disponierten Asthma erzeugen, dem jedoch Eosinophilie und Leyden-Charcotsche Kristalle fehlen.

Zwischen echter Gicht und Tuberkulose besteht ein Antagonismus; doch fand sich unter 23 nicht fiebernden Tuberkulösen 8 mal eine Störung des Purinstoffwechsels. Asthmaanfalle und derartige Hämoptoen sieht er als Äquivalent des Gichtanfalles an.

Herr Umber: Die Gicht wird so selten diagnostiziert: unter seinen letzten 20 Krankenhausgichtfällen z. B. war nur in 8 die Diagnose von den Aerzten gestellt worden. Die atypische Gicht im Sinne Goldscheiders umfasst Krankheitsbilder, für die der Nachweis der gichtischen Natur nicht erbracht ist. Tophi können entzündlicher Natur sein und brauchen keine Urate zu enthalten. Das Knirschen der Gelenke kann auf Osteopathia deformans beruhen und braucht ebenfalls nicht Gicht zu sein. Man darf nur bei Störungen des Purinstoffwechsels Gicht diagnostizieren (endogene Harnsäurekurve mit typischen Störungen im Beginn des Anfalles). Der Gichtiker retiniert Harnsäure, ebenso aber auch der Alkoholiker und Bleivergiftete; ferner ist der Gichtiker glykokollintolerant.

Herr v. Hansemann hat bei sich selbst vor 30 Jahren das von Goldscheider beschriebene Gelenkknirschen beobachtet, ohne je Gichtiker gewesen zu sein. Bei 74 von 100 Matrosen hat er das gleiche festgestellt. In einem Sektionsfall mit Knieknirschen hat er ein völlig intaktes Gelenk vorgefunden.

Herr Brugsch: Die Gichttrias erlaubt, ohne Gichtanfälle und Tophi Gicht festzustellen. Von 45 ihm von Aerzten als atypische Gicht überwiesenen Fällen waren nur 3 echte Gicht. Die Röntgenuntersuchung hat bei der Gichtdiagnose grosse Bedeutung. Er hat mit Schittenhelm schon vor Jahren nachgewiesen, dass der Gichtiker mehr Harnsäure im Blut enthält, als der Normale. Die Zwischenstellung der atypischen Gichtiker kann er nicht anerkennen. Atophan senkt den Harnsäurespiegel und darum kann man die Sternitzschen Aufstellungen nicht beurteilen, wenn man nicht weiss, welche Fälle Atophan erhalten haben.

Herr F. Hirschfeld hat durch Gicht, selbst bei albuminurischen Fällen keine Verkürzung des Lebens beobachtet, im Gegensatz zu Senator, Umber u. a. in Uebereinstimmung mit Charcot.

Die arteriosklerotische Schrumpfniere braucht klinisch keine besondere Bedeutung zu haben. Es ist der Gicht eine relativ geringe toxische Bedeutung beizumessen.

Herr His: Bei Arbeitern, abgesehen von Bleigicht, kommt Gicht nicht vor; im Mittelstand fast nur bei Restaurateuren und Schlichtern. Erst in höheren Ständen wird die Krankheit häufig. Auffassungen der Knorpel sind, wie er mit Beitzke nachgewiesen hat, vom 25. Lebensjahr ab häufig, ebenso Gelenkaffektionen bei Frauen in der Menopause. Auf solche Noduli rheumatici französischer Autoren hat z. B. Cornelius sein System der Nervenmassage begründet, dem er nicht zu folgen vermag. Herr Goldscheider hat eine Reihe von Symptomen zusammengestellt, die bei Gicht vorkommen, die aber nicht das Wesen der Gicht darstellen.

Herr Holländer hat nach Tophixstirpation an der Synovia stets Heilung beobachtet.

Herr Bergell hat bei mehreren Geschwistern Tophi bei ganz geringer Harnsäuremenge im Blut gesehen. Er fragt, ob ein solches Verhalten etwa für atypische Gicht charakteristisch ist, deren „atoxischer“ Charakter damit erklärt wäre.

Herr Steinitz (Schlusswort) bemängelt die früher und jetzt von Herrn Brugsch angewandte Methode. Atophan setzt die Harnsäuremenge nur sehr vorübergehend herab.

Herr Goldscheider (Schlusswort): Wer sich auf das Gebiet der Diathesen begibt, muss gewärtig sein, dass ihm Widerspruch entgegenkommt. Gelenkknirschen hat er selbst nur mit Vorsicht verwendet.

Für die Gichtnatur des sogen. Hamburger Knie sind mindestens ebensovielle Gründe anzuführen, wie dagegen. Verwechslungen der Tophi mit Atheromen, Noduli rheumatici u. a. sind ihm nicht untergelaufen. Die Ablehnung nosologischer Gruppierungen ist ein ihm nicht verständlicher unklinischer Standpunkt.

Wolff-Eisner.

Wissenschaftl. Gesellschaft deutscher Aerzte in Böhmen.

(Eigener Bericht.)

Sitzung vom 8. Mai 1914.

Herr Kreibich: Demonstrationen.

- Pemphigus vulgaris benignus** bei einem 6 jährigen Knaben.
- Ein Tuberkulid** mit einer Lokalisation wie Lupus erythematodes.
- Luetisches Neurorezidiv.** (Akustikus-Fazialislähmung.) Heilung durch Hg-Behandlung.
- Präparate und Diapositive** nach der von ihm angegebenen **Nervenfärbung.**

Herr Hecht: **Zum Wesen der Wassermannschen Reaktion.** Studien über Komplementinaktivierung zeigten, dass die Funktion des Komplementes vom Elektrolyten abhängig ist. Dabei ergab sich, dass gewisse Vorgänge — mit Präzipitation einhergehend — die Inaktivierung des Komplementes bewirken. Es lag nahe, zu untersuchen, ob auch bei der WaR. der Komplementschwund mit einer Präzipitation zusammenhänge. Das wurde schon lange vermutet, ehe Jakobsthal den Nachweis einer Präzipitationsbildung durch das Ultramikroskop erbrachte. Wenn man davon ausgeht, dass es sich bei der WaR. um eine Kolloidreaktion zwischen Serumkolloid und Antigenkolloid handelt, dann muss es gelingen, diese Fällungerscheinung auch dem Auge sichtbar zu machen. Dies gelingt durch geeignete Zubereitung des Antigens. Der zur WaR. verwendete alkoholische Extrakt aus normalem Menschen- oder Rinderherzen wird entweder in grösserer Menge zu einem wässrigen Antigen verarbeitet oder jede Versuchsdosis gesondert. Letzteres geschieht, indem man 1 ccm physiologischer Kochsalzlösung mit 0,2 des alkoholischen Extraktes sorgsam überschichtet und dann — ohne zu schütteln — in den Thermostaten bringt. Nach 6—8 Stunden ist der Alkohol abgedunstet und die früher klare Kochsalzlösung ganz trübe und undurchsichtig. Nicht jeder Extrakt ist hiezu geeignet. Grössere Mengen stellt man sich derart her, dass man z. B. 0,9 g reines Kochsalz in eine Reibschale gibt und 20 ccm eines alkoholischen Extraktes darübergiesst; nach längerem Verweilen im Thermostaten (10 bis 12 Stunden) ist der Alkohol abgedunstet. Man zerreibt nun den Rückstand zunächst trocken, dann mit destilliertem Wasser und füllt schliesslich auf 100 ccm auf. In 1 ccm dieser Mischung hat man dem-