

facialen und orbitalen Stirnbeinwand, hochgradiges Oedem des oberen Augenlides und Exophthalmus. Heilung nach drei Wochen unter täglichen Ausspülungen. Außerdem Vorstellung eines Mannes mit anfallsweise auftretendem hysterischen Spasmus laryngis bei gleichzeitiger chronischer Laryngitis, bei welchem anderwärts schon die Ausführung der Tracheotomie beabsichtigt war.

**3. Die Behandlung der unkomplizierten chronischen Mittelohrreiterung.** Diskussionsthema. Herr Barth: Die Art der Behandlung ist so verschieden, zum Teil widersprechend, daß eine Verständigung durch gegenseitige Aussprache versucht werden sollte. — Die Herren Meyer, Thies I, Schmiedt, Robitzsch, Stimmel sind sich über die Wichtigkeit auch der Allgemeinbehandlung, besonders bei Kindern, einig. — Vor allem ist hervorzuheben, daß Schwartze auch Aufenthalt nicht nur in Luftkurorten, sondern selbst an der See (Ostsee und Mittelmeer, nicht Nordsee) empfiehlt und dortselbst auch Wannenbäder nehmen läßt. — Barth ist bei genügendem Schutz des Ohres selbst nicht gegen Seebäder. Nur Patienten mit progressiver Schwerhörigkeit (Mittelohrsklerose) ist der Aufenthalt an der See zu verbieten. — Schwartze stimmt dem zu. — Robitzsch empfiehlt auch Licht-Luftbäder. — Stimmel hat gute Erfolge von der Ansaugungstherapie gesehen. (Fortsetzung folgt.) Barth.

## V. Verein der Aerzte Düsseldorfs.

Sitzung am 15. April 1907.

1. Herr Pape: a) **In der Geburt eingeklemmtes Cervicalmyom, vaginale Eukleation, vaginaler Kaiserschnitt.**

b) **Präparate von Tubenruptur.**

Im ersten Falle ließ sich gravide Tube per Operation diagnostizieren. Die spindelförmig aufgetriebene Tube zeigte eine stecknadelkopfgroße Öffnung, aus der eine kleine Zotte ragte. Keine Abdominalblutung. — Im zweiten Falle war Patientin bereits pulslos. Foudroyante Blutung aus einer kaum linsengroßen Rupturöffnung. — Im dritten Fall markstückgroße Ruptur. Ebenso wie im zweiten Fall ließ sich vaginal nichts nachweisen. Pape bemerkt hierzu, daß vielfach ein zu großes Gewicht auf die Hämatocoele gelegt und deshalb nicht an Tubenruptur gedacht werde. Gerade bei den schweren Tubenblutungen komme es nicht bis zur Hämatocelenbildung, und man könne nicht warten, bis sich eine solche gebildet habe. Entscheidend sei stets die genaue Anamnese und die sorgfältige Abwägung der Symptome. — Im vierten Falle Ruptur im zweiten Monat. Kein Blutabgang, nur Ohnmacht und zunehmende Anämie. Die Placenta war durchblutet, und in der intakten Eihöhle lag ein Foetus von etwa zwei Monaten.

In allen vier Fällen suprasymphysärer Querschnitt, reaktionslose Heilung, in den drei letzten wurden 1—2 Liter steriler Kochsalzlösung im Abdomen gelassen, was sich als sehr zweckdienlich erwies.

c) **Carcinom der Bartholinischen Drüse von einer 91jährigen Frau.**

Entsprechend der Bedeutung der Inguinaldrüsen wurden beiderseits alle erreichbaren Drüsen sorgfältig ausgeräumt, nur links war eine Drüse palpabel verdicke gewesen. Nach Bearbeitung des Carcinoms mit Paquelin wurde die Vulva im Gesunden exstirpiert, indem partienweise geschnitten und vernäht wurde, wodurch die Blutung gering blieb. Am vierten Tage ließ Pape die Patientin aufstehen. Alle drei Wunden heilten per primam. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein Zylinderepithelcarcinom, die Drüsen wurden frei befunden.

d) **Uterus, der trotz Tubensterilisation gravid geworden war.**

Mit Bezug auf den Vortrag von Hellendall demonstriert Pape einen kürzlich exstirpierten Uterus, an dem vor etwa einem Jahre von einem Frauenarzt zwecks Sterilisation aus beiden Tuben etwa 1—2 cm lange Stücke ohne Ausschneidung der Tubenkanten reseziert worden waren. Kurze Zeit darauf wurde die Frau wieder gravid, abortierte aber im dritten Monat. Der Uterus wurde wegen Menorrhagien exstirpiert, nachdem zweimal Vaporisation von anderer Seite vergeblich angewandt war. Beide Tuben sind tadelloser wieder zusammengeheilt.

2. Herr Telling: a) **Luxatio tibiae postica (Photographie).**

Der Fall bietet insofern Interesse, als die Entstehungsweise bisher anscheinend nirgends beobachtet wurde. Es handelt sich um eine 36jährige Patientin, die seit drei Vierteljahren an einer tuberkulösen Spondylitis der unteren Brustwirbel leidet: es besteht Harn- und Stuhlverhaltung, Paraplegie der unteren Extremitäten mit spontanen klonischen Zuckungen in der Beugemuskulatur des linken Unterschenkels. Es entstand zuerst eine paralytische Subluxation der linken Tibia, die allmählich, infolge der starken Zuckungen im Gebiet des Triceps, Semitendinosus und Semimembranosus zu einer vollständigen geworden ist.

b) **Präparat von angeborenem Verschuß des Oesophagus und Kommunikation desselben mit der Luftröhre.**

Bei einem neugeborenen Mädchen bemerkten die Eltern, in deren beiden Familien keine Mißbildungen vorgekommen sind, daß die getrunkene Milch sofort wieder aus dem Munde herauslief. Die Sondierung mit den feinsten Sonden ergab einen Verschuß der Speiseröhre 12 cm hinter dem Alveolarfortsatz der Kiefer. Das Kind starb nach sechs Tagen. Die Sektion ergab, daß der obere Teil der Speiseröhre, die beträchtlich erweitert war, in einen Blind-sack endete. Der untere Teil der Speiseröhre mündete gerade an der Bifurkationsstelle in die Trachea ein. Die Erklärung des Präparats liegt in der Entwicklungsgeschichte ohne weiteres deutlich zutage.

3. Herr R. Mellinghoff: **Doppelseitiger Lupus conjunctivae bei gleichzeitigem Gesichtslupus.**

Redner spricht einleitend über die Conjunctivitis tuberculosa im allgemeinen. Der vorgestellte Fall betraf ein 19jähriges Mädchen, welches von Kindheit an oft an skrofulöser Ophthalmie und Lymphdrüsenanschwellung gelitten hat und längere Zeit in Kreuznach behandelt und operiert wurde. Der Gesichtslupus entwickelte sich mit dem 15. Jahre auf der linken Backe und setzte sich unter dem Kinn her auf die rechte Gesichtshälfte fort. Vor 2½ Jahren erkrankte das linke Auge schwer, die linke praeauriculare Drüse brach eitrig auf; seit einem Jahre besteht rechts eine Tränensackfistel und Erkrankung des rechten Auges. Das linke Auge wurde vor zwei Jahren augenärztlich operativ behandelt. Vortragender bekam die Patientin Anfang Dezember 1906 in Behandlung. Damals bestanden starke sulzige Wucherungen in den Uebergangsfalten, besonders den oberen, mit eitrig schleimigem Belag und einzelnen geschwürigen Zerfallstellen der Conjunctiva palpebralis, ferner war ausgesprochener Pannus vorhanden. Die weichen, zakigen Wucherungen hingen lappig über den Bulbus und erinnerten an die hahnenkammartigen Gebilde bei der Granulose. Die Behandlung bestand in tiefer Exzision der Wucherungen mit nachfolgender Kauterisation und täglicher Jodoformpulsvermassage; einzelne Nachwucherungen wurden sofort auf gleiche Weise zerstört. Der rechte Tränensack wurde breit gespalten und der Knochen mit dem scharfen Löffel ausgekratzt. Der krankhafte Prozeß reichte bis zu den Siebbeinzellen hinauf. Außer diesen energischen Maßnahmen wurde, in der Erwägung, daß die Patientin trotz früherer Operation solch' schweren Rückfall bekommen hatte, eine Alt-Tuberkulinkur, beginnend mit 0,1 mg, angewandt. Die Kranke hat dieselbe vorzüglich vertragen — sie erhält jetzt 0,8 mg alle drei Tage — und der Prozeß befindet sich in der Ausheilung. Als Residuum der Krankheit sind die voluminös verdickten Oberlider, noch einige kleine, spitzige Wucherungen in den Uebergangsfalten und einzelne gelbe, stecknadelkopfgroße Knötchen in der rauhen Conjunctiva des linken Oberlides zu sehen. Zur Sicherung der Diagnose wurde etwas Sekret und ein Stückchen der geschwürigen Bindehaut in die vordere Augenkammer eines Kaninchens gebracht.

Ein zweiter Fall betrifft gleichfalls ein junges Mädchen mit Gesichtslupus, bei welchem die Affektion wie gewöhnlich nur einseitig war und ohne Tuberkulin durch Exzision, Kauterisation und Jodoformmassage behandelt wurde; bis jetzt, drei Monate nachher, ohne Rückfall.

4. Herr Hellendall: **Herzfehler in der Schwangerschaft und operative Sterilisation.**

Redner knüpft an den Bericht an einen Fall von Mitralinsuffizienz und Stenose bei einer 25jährigen II-para mit zwei lebenden, gesunden Kindern, wo er wegen Lebensgefahr in der vorausgehenden Geburt bei fortbestehenden Kompensationsstörungen und wegen eines gleichzeitigen Catarrhus apicis und einer starken Skoliose der Wirbelsäule den künstlichen Abort im zweiten Monat der Schwangerschaft einleitete und acht Tage später die Tubensterilisation auf abdominellem Wege anschloß. Die Operation war kurz folgende: In Aethernarkose Laparotomie nach Pfannenstiel, kleine Öffnung im Peritoneum, Hervorziehen des Uterus an dem Ligamentum rotundum mit einer Klammer, die nach der Symphyse zu umgelegt wird, wodurch eine Einstellung der Adnexe und des Uterusfundus erfolgt. In Analogie zur Angiotripsie wurde die Tube dicht am Uterus mit einer Doyenschen Kammer gequetscht, durch die Schnürfurche ein Seidenfaden mehrfach durchgeführt und geknotet, dann die ganze übrige Tube abgetragen und der uterine Stumpf sorgfältig durch seröse Nähte versenkt. Auf der andern Seite das gleiche und Wegnahme des Ovariums. Verlauf glatt, Heilung am 16. Tage. Es ist in der Literatur der erste Fall, wo wegen eines Herzfehlers die Sterilisation als selbständige Operation ausgeführt worden ist, nachdem bereits u. a. Fellner und Krönig für diese Indikation eingetreten sind. Dabei ist es wichtig zu wissen, daß den Erkrankungen der Mitralklappen über 70% aller Herzfehler zufallen und daß gewöhnlich, wenn der Mitralfehler

schwere Störungen macht, eine Mitralstenose mit im Spiele ist, auch wenn klinisch nur die Insuffizienz erkennbar ist. Das Vorhandensein einer Mitralstenose aber wird übereinstimmend als große Gefahr für Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett angesehen. Die Beziehungen des künstlichen Aborts zur Sterilisation sind in der Literatur kaum diskutiert, und doch dürfte es nach dem heutigen Stande der Sterilisationsoperationen nicht mehr erlaubt sein, den künstlichen Abort bei einer durch chronische, fortschreitende Krankheit (Herzfehler, chronische Nephritis, Tuberkulose, Psychose) gefährdeten Patientin wiederholt vorzunehmen. Vielmehr ist es richtig, wo man in solchen Fällen zu künstlichem Abort rät, auch die nachfolgende Sterilisation anzupfehlen. Das ist besonders wichtig für herzkranken Frauen. Wer gegen diese Anschauung zu Felde ziehen will mit Beispielen, wo schwer herzkranken Frauen wider Erwarten schwere Geburten überstanden und noch verschiedentlich lebenskräftige Kinder erzeugt haben, dem ist entgegen zu halten, daß es wahrscheinlich ist, daß die in der Literatur niedergelegten 57 Todesfälle unter 148 im ganzen berichteten Fällen von schwerem Herzfehler in der Schwangerschaft vermieden worden wären, wenn keine Schwangerschaft bestanden hätte. Die expektative Therapie bei Herzfehlern mit Hinausschiebung der Unterbrechung der Schwangerschaft auf einen vorgerückten Termin hat dazu große Bedenken, und der Bericht Fellers über den Eintritt eines schweren Kollapses nach bloßer Einführung eines Bougies zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt und eine eigene Beobachtung, wo im Anschluß an die Einlegung eines Laminariastiftes behufs Einleitung des künstlichen Aborts bei einem schweren Herzfehler kaum zu bekämpfendes, beinahe tödlich verlaufenes Lungenödem eintrat, zeigen deutlich die Gefahren dieser Methoden. Die Indikation zur Sterilisation dürfte bei Herzfehlern gegeben sein in allen Fällen, 1. wo die Frau bei vorausgehenden Geburten in Lebensgefahr war, 2. wo die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft trotz aufmerksamer Behandlung wegen fortbestehender Kompressionsstörungen hat gemacht werden müssen, 3. wo die Unterbrechung der Gravidität wegen der Komplikation des Herzfehlers mit chronischer Nephritis oder Tuberkulose oder wegen Mitralstenose ausgeführt wurde. Fälle wie dieser lehren die Berechtigung der Sterilisation als einer selbständig, nicht nur akzidentell vorzunehmenden Operation, was namentlich auch Chrobak und Krönig hervorgehoben haben. Die Kehrsche Operation der Tubenunterbindung und Durchschneidung durch Colpotomia anterior ist seit 1897 wiederholt modifiziert worden. Man steht heute auf dem Standpunkt, daß die tiefe, keilförmige Exzision der Tube aus der Uterussubstanz mit totaler Entfernung der Tuben diejenige Operation sei, welche Gravidität, die nach den bisherigen Operationen mit der einfachen Unterbindung (Arendt), mit der doppelten Unterbindung und Resektion eines dazwischenliegenden Stückes (Fritsch, Reifferscheid), mit der oberflächlichen Keilexzision der Tube (Küstner) erlebt worden ist, sicher verhindern soll. Während Fränkel auf Grund seiner Tierexperimente zu der gleichen Forderung kommt, hält Rousse nach seinen Versuchen die früheren Methoden für ausreichend. Friedemann quetschte die Tube mit dem Entryptor. Ein ähnliches Verfahren übte unabhängig von ihm Hellendall, der damit beschäftigt ist, dafür die experimentelle Grundlage am Kaninchen zu geben, wie sie Friedemann für seine Methode gefordert hat. Es ist die Operation mittels Kolpotomie von Kehrer und Rissmann, mittels Laparotomie von Küstner und Neumann empfohlen worden. Krönig hält die Laparotomie für nicht erlaubt, gibt aber zu, daß die Keilexzision auf vaginalem Wege infolge der Nachblutung von gestauten Venen aus gefährlich werden könne. Dieses hat namentlich für Eingriffe am puerperalen Uterus, also nach künstlichem Abort, Bedeutung. Küstner fand die Operation bei Kolpotomie infolge mangelnder Vorziehbarkeit des Uterus erschwert, und Neumann schreibt, wenn man bei der Laparotomie einen knopflochgroßen Einschnitt in das Peritoneum mache und die eine Ecke einstelle, so gehe der Eingriff so gut wie außerhalb der Bauchhöhle vor sich. Auch in dem berichteten Falle, wo ähnlich verfahren wurde, machte es den Eindruck, als ob eine Laparotomie, bei der in dieser Weise sozusagen extraperitoneal am Uterus operiert wird, sich in bezug auf die direkten Folgen des Eingriffs so gut wie in nichts von der Kolpotomie unterscheidet, sie jedoch, was die Uebersichtlichkeit und die exakte Blutstillung angeht, übertrifft.

##### 5. Herr Gidionsen: Ueber Kehlkopftuberkulose.

M. H.! Ich habe natürlich nicht vor, Ihnen in erschöpfender Weise über Kehlkopftuberkulose zu sprechen, greife vielmehr aus diesem Thema einige pathologisch-anatomische Fragen heraus, an denen ich Interesse bei Ihnen voraussetze, zumal ich in der Lage bin, Ihnen dazu einige Mikrophotogramme vorzuzeigen. Es ist Ihnen bekannt, daß man bei der Larynx tuberkulose vier Grundformen unterscheidet, das Infiltrat, den Tumor tub., das Ulcus und das miliare Knötchen. Diese Einteilung ist von klinischer

Seite vorgenommen und jetzt völlig eingebürgert. Rein anatomisch handelt es sich natürlich nur um zwei Prozesse, um die typischen Wucherungs- und Zerfallserscheinungen einer Schleimhauttuberkulose und deren Mischformen. Es ist nicht daran zu zweifeln, daß die genannten Grundformen für die Tuberkulose des Larynx etwas ungemein Charakteristisches haben. Was zunächst das Infiltrat anlangt, so handelt es sich bei ihm um eine diffuse Anschwellung eines bestimmten Gewebsteiles, bei welcher die natürliche Form im großen und ganzen erhalten geblieben ist. Sobald energische vegetative Vorgänge diese annähernd die Norm beibehaltende Formation durchbrechen, hat man nicht mehr das Recht, von einer Infiltration zu sprechen. Wenn daher in Publikationen jüngeren Datums von einer „vegetierenden Form“ als Unterart von Infiltrat die Rede ist, so ist damit dem Begriffe Infiltrat etwas ganz Wesensfremdes beigelegt worden.

Die zweite Grundform, der Tumor tuberculosus, hat schon zu mancherlei sich recht widersprechenden Meinungsäußerungen Anlaß gegeben. Ganz eng zieht Schech die Grenzen um das, was man als Tumor aufzufassen hat, indem er als Hauptpostulat die gesicherte Abwesenheit irgendwelcher Ulzerationen an solchen Tumoren aufgestellt. Im Gegensatz hierzu sagt Moritz Schmidt, daß die an den Stimmlippen lokalisierten Tumoren besonders häufig Zerfallserscheinungen darbieten, daß aber mangels fehlender Insulte an anderen Stellen auch Tumoren ohne Ulcera vorkämen. M. H.! Ich glaube, daß als Tumor jede zusammenhängende, sich deutlich von ihrem Niveau abhebende größere Neubildung tuberkulöser Herkunft aufzufassen ist, bei der lediglich der schwankende Zellreichtum derselben und ihre Tendenz zu schnellerem, langsamerem — oder gar keinem Zerfall es mit sich bringt, ob Ulzerationen bei ihr auftreten oder nicht. Zweifellost hat Schech damit recht, daß es Tumoren ohne jede Zerfallsphänomene gibt, die klinisch als einfache Fibrome imponieren können. Aber als exklusives Unterscheidungsmerkmal darf man meines Erachtens die Anwesenheit von Ulzerationen an tuberkulösen Neubildungen nicht betrachten.

Nach diesen Darlegungen bleibt nun nichts anderes übrig, als noch eine fünfte Grundform, die granulierenden Prozesse, anzunehmen, wenn man die Wucherungsvorgänge der Larynx tuberkulose in ihrer äußeren Erscheinungsweise erschöpfen will. Unter dieser granulierenden Form verstehe ich jene eigentümlichen beetartigen, kleinhöckerigen Wucherungen, die bei ziemlicher Resistenz sowohl größerer Zacken, als größerer Substanzverluste in der Regel entbehren. Französische Autoren haben sie als „forme végétante“ bezeichnet. Diese eben beschriebene, granulierende Form paßt also nicht in die Begriffe Infiltrat und Tumor hinein. Ich reiche Ihnen dazu ein Photogramm herum, das diese Verhältnisse sehr gut illustriert.

Als dritte Grundform figuriert mit Recht das Ulcus, was an und für sich ja befremden könnte, da ein solches natürlich stets einer präexistierenden Tuberkelbildung seine Entstehung verdankt. Indes kommt die tuberkulöse Ulzeration so häufig bei der Untersuchung mehr oder weniger isoliert, also ohne sichtbare Infiltration vor, daß man von ihr wohl als von einer Grundform sprechen darf.

Am seltensten beobachtet man jedenfalls die miliare Form. Ihr selbständiges Auftreten ist natürlich meist durch die akute allgemeine Miliartuberkulose bedingt. Häufiger sieht man diese Form bei bestehender älterer Larynx tuberkulose plötzlich im Pharynx auftreten. Es bedarf schließlich kaum noch einer besonderen Betonung, daß alle fünf Grundformen in der Regel nicht einzeln auftreten, sondern durch ihr regelloses Zusammentreffen das so überaus mannigfaltige Bild der Kehlkopftuberkulose herstellen helfen. Diese Vielgestaltigkeit wird noch vermehrt durch das Auftreten von einigen sekundären Veränderungen, die in direktem Zusammenhang mit der Tuberkulose stehen; ich meine die Oedeme und die Perichondritis. Die Oedeme sind, soweit sie unmittelbare Folgeerscheinungen der Tuberkulose, als rein entzündliche aufzufassen und klinisch als recht häufige Komplikationen zu nennen. Das gleiche möchte ich nach meinen Erfahrungen nicht von der Perichondritis behaupten. Zu dieser Ansicht bin ich gelangt auf Grund zahlreicher Kontrolluntersuchungen an totem Material, bei dem ich in vivo eine Perichondritis angenommen hatte. Vor Erledigung dieser Frage muß ich einen Augenblick dabei verweilen, was man als Perichondritis in diesem Falle zu verstehen hat. Hajek geht so weit, die Bezeichnung Perichondritis tuberculosa für unrichtig zu erklären, da das tuberkulöse Ulcus erst die mittelbare Ursache derselben sei, während das durch dieses begünstigte Eindringen von Eitererregern eigentlich die Entzündung der Knorpelhaut veranlasse. Soweit es sich dabei lediglich um sekundär entstandene Abszedierung am Perichondrium handelt, ist Hajek wohl zuzustimmen. Jedoch steht es nach meinen anatomischen Untersuchungen fest, daß eine wirkliche tuberkulöse Perichondritis, d. h. eine Tuberkulose der Knorpelhaut selber, vorkommt. Andere