

Danzig, Nordostdeutsche Gesellschaft für Gynäkologie, 25. VI. 1921.

Vorsitzender: Winter. Schriftführer: Schroeder.

Winter (Königsberg i. Pr.): **Ursache und Behandlung der weiblichen Sterilität.** (Vgl. Nr. 26 S. 733, Nr. 27 S. 765 und Nr. 28 S. 797.)

Besprechung. Fuchs hat Inkontinenz für Sperma öfters durch Auraten von Lageänderung beim Koitus, bisweilen durch Beckenbodenplastik wirksam behandelt; nach Stomatoplastik der Tuben sah er zweimal Schwangerschaft. — Benthin schreibt den Ovarialpräparaten nur eine vorübergehende Wirkung zu.

Fink (Königsberg i. Pr.): **Ueber die Ursachen der Schwangerschaftsödeme.** Die bei fast allen Schwangeren nachweisbaren Oedeme zeigen Verwandtschaft mit den Oedemen nach Inanitionszuständen, Beriberikrankheit, Skorbut, Ernährungsschäden der Säuglinge. Miterkrankung der Nieren und des kardiovaskulären Systems wird nicht selten vermisst. Es handelt sich wahrscheinlich um ein Insuffizientwerden des Protoplasmas und um eine relativ zu geringe Wirkung der Schilddrüse während der Schwangerschaft. Die therapeutischen Maßnahmen müssen versuchen, dies Mißverhältnis zu beseitigen.

Fuchs (Danzig): **Das sexuelle Verhalten in der Röntgenmenopause.** Sexualanalysen an 56 Röntgenamenorrhöischen. Herabsetzung der Sexualempfindung fand sich nur in 21,4% der Fälle. Vergleiche mit ovariiell Kastrierten fallen beträchtlich zugunsten der Bestrahlten aus. Röntgenbiologisch weist dies Resultat auf ein Bestehenbleiben ovariellem Einflüsse hin.

Besprechung. Benthin bemerkt, daß offenbar trotz Applikation der Ovarialdosis nicht alle Primärfollikel vernichtet werden.

Benthin (Königsberg i. Pr.): **Die Grundlagen der künstlichen Schwangerschaftsunterbrechung.** Die Frage der Schwangerschaftsunterbrechung wird nicht immer mit dem wünschenswerten sittlichen Ernst behandelt; die medizinischen Indikationen, welche Benthin ausführlich erörtert, werden zugunsten besonders sozialer Momente in den Hintergrund gestellt. Unterschätzung der Gefahren des Eingriffes; die Königsberger Universitätsfrauenklinik hatte bei 210 Fällen eine Sterblichkeit von 7,14%; davon starben 3,81% an den Folgen des Eingriffes. In 3,81% der Fälle kamen erhebliche Verletzungen vor. Die soziale Indikation als alleinige Indikation ist eine Unmöglichkeit. Für eine eugenische Indikation fehlen noch die vollen wissenschaftlichen Unterlagen. Die Notzuchtsindikation ist ebenso unsicher; ob Notzucht vorliegt oder nicht, hat in erster Linie der Richter zu entscheiden.

Besprechung. Winter hat mit seinen Schülern die dringend notwendige Bearbeitung der Indikationen zum künstlichen Abort vorgenommen. Bezüglich der Hyperemesis und der Tuberkulose sind unsere Anschauungen noch sehr wenig einheitliche. — Fuchs bemerkt, daß die Pandemie des Abtreibens immer weiter um sich greife; auch den Gebildeten sei das Bewußtsein der Kriminalität ganz abhanden gekommen. — Schröder bestätigt die Häufigkeit auch großer Zerplatzungen der Zervix, selbst bei vorsichtigsten Dilatationsverfahren.

Fink: **Demonstration eines Hydrocephalus internus.** Nach Entleerung von 750 ccm klarer Flüssigkeit durch Punktion spontaner Geburtsverlauf.

Besprechung. Winter empfiehlt, in zweifelhaften Fällen, bei abnorm weiten Nähten und Fontanellen, zunächst eine Probenpunktion mit einer dünnen Nadel vorzunehmen, zur Vermeidung des Sinus longitudinalis am besten etwas entfernt von der Mittellinie oder durch die Fontanellen.

Benthin: **Pneumoperitoneum.** Das Verfahren ist eine Bereicherung der diagnostischen Hilfsmittel; Ueberraschungen bleiben aber nicht aus. Mitteilung zweier Fälle von Fehldiagnosen und eines Falles von nicht geringer Blutung in die Bauchhöhle als Folge des Nadel-einstichs.

Kiel, Medizinische Gesellschaft, 30. VI. 1921.

Vorsitzender: Klingmüller. Schriftführer: Hoppe-Seyley.

v. Starck stellt einen 6jährigen Knaben vor, welcher vor 14 Tagen der Kinderklinik mit den Symptomen eines **Mediastinaltumors** zugeführt wurde. Es bestanden sehr bedrohliche Druckerscheinungen, welche den baldigen Exitus fürchten ließen. Es handelte sich offenbar um ein Lymphosarkom. Nach einmaliger Röntgenbestrahlung sind die Drucksymptome fast ganz geschwunden und die Lebensgefahr vorläufig beseitigt.

Wilhelm Löhr stellt einen Fall von **Myositis ossificans** vor.

Emmerich: **Pathologisch-anatomische Demonstrationen.** a) **Primäres Herzsarkom** bei einem 70jährigen Mann. b) Präparate eines aus Oberschlesien eingeschleppten Falles von **Purpura variolosa** bei einer 53jährigen Frau. Abgesehen von den typischen Veränderungen, die demonstriert werden, fanden sich hochgradige diffuse Blutungen auf den serösen und Schleimhäuten. Besonders ausgeprägt waren die Blutungen im Dickdarm, im Oesophagus und Magen, in der Schleimhaut der Nierenbecken und Ureteren. Am Herzen sieht man gleichfalls reichliche fleckenförmige Blutausschüttungen im Epi- und Endokard, z. T. sich ins Myokard hinein erstreckend. Es wird auf die Brauchbarkeit des Paulschen Kaninchenaugerversuchs zur Diagnosenstellung hingewiesen. c) **Verschluckte Fremdkörper im Oesophagus.** d) **Leberpräparate von 5 Fällen akuter gelber Leberatrophie.** Regelmäßig findet

sich neben den typischen Leberveränderungen mikroskopisch eine interstitielle Pankreatitis sowie eine hochgradige Lipoidnephrose. Die Milz war für gewöhnlich nicht vergrößert, nur in einem Falle betrug das Gewicht 230 g, Aszites war in keinem der untersuchten Fälle vorhanden.

Hoppe-Seyley bespricht die **chemische Zusammensetzung der Leber in Krankheiten** namentlich in bezug auf ihren Eiweißgehalt, worauf er im Anschluß an frühere, besonders auch das Bindegewebe berücksichtigende Bestimmungen jetzt die Untersuchung ausgedehnt hat. Den anatomischen Befund der Fälle verdankt er Prosektor Dr. Emmerich. Bei chronischer Atrophie infolge von Marasmus senilis usw. findet sich eine oft starke Abnahme des Lebergewichts, der Trockensubstanz, des Eiweiß- und Aschegehalts, weniger eine solche des Fettgehalts, bei der akuten Leberatrophie eine starke Abnahme der Trockensubstanz, besonders stark eine solche des koagulablen Eiweißgehalts, während die löslichen Stickstoffsubstanzen (Rest-N) relativ stark vermehrt sind, normale Gesamtmenge des Fetts, Abnahme des Aschegehalts, Zunahme des relativen Wassergehalts. Auch die atrophische Form der Zirrhose zeigt starke Reduktion des Gesamteiweißgehalts ungefähr auf denselben Wert wie bei chronischer und akuter Atrophie. Bei akuter Atrophie scheint also neben der Reduktion des funktionstüchtigen Protoplasmas auch die Ueberschwemmung des Körpers mit toxisch wirkenden Zerfallsprodukten des Zelleibes für die Schwere des Krankheitsbildes in Betracht zu kommen. Bei der hyper-trophischen Form der Zirrhose findet sich dagegen starke Zunahme des Eiweißgehalts, mäßige Vermehrung des Fett- und Aschegehalts. Eine besonders starke Zunahme des Eiweißgehalts zeigen Fälle von trüber Schwellung infolge von Pneumonie oder Septikopyämie, so besonders bei der Grippe. Das koagulable Eiweiß kann bis auf das Doppelte des normalen Wertes ansteigen. Die Menge des Rest-N ist im Verhältnis dazu in frisch seziierten Fällen meist nur gering. Daneben besteht etwas Zunahme des Fett- und Aschegehalts. Der relative Wassergehalt ist nicht vermehrt. Daher handelt es sich dabei um stärkere Aufnahme von koagulablem Eiweiß in das Protoplasma der Zelle, nicht um Quellung oder Verfettung. Fälle von Verfettung der Leberzellen (fettiger Degeneration) zeigten besonders in den Fällen chronischer Infektion und Intoxikation (Eiterungen, Tuberkulose, Karzinom usw.) eher Herabsetzung des Eiweißgehalts, besonders des koagulablen Eiweiß, oft relative Vermehrung der löslichen N-Substanzen auch bei intakten Nieren, neben Zunahme des Fettgehalts. Infolge von Infektion bzw. Intoxikation kommt es in der Leber also zunächst als Ersatz für den aus dem normalen kolloidalen Zustand in den koagulierten übergegangenem Teil des Protoplasmas zur Aufnahme von kolloidalem Eiweiß wohl aus dem Blutserum, nun zu Zerfall des veränderten Protoplasmaeiweiß und Eindringen von Fett in die Zelle. Der Eiweißgehalt der Zelle wird dann wieder normal, oder bei chronischen Leiden nimmt er auch wesentlich ab. Geht der Zerfall des Parenchyms aber hemmungslos weiter, so kommt es zu lokalen Nekroseherden oder allgemeiner akuter Atrophie. (Ausführliche Veröffentlichung in der Zschr. f. physiolog. Chem. 116, S. 67.)

Doehle: **Ueber das Charakteristische der syphilitischen Erkrankung der Aortenklappen.** Wenn auch die syphilitische Erkrankung der Aortenklappen nie ohne syphilitische Aortitis, die jetzt wohl allgemein bekannt und anerkannt ist, vorkommen dürfte, und durch das Vorhandensein der letzteren die Diagnose ermöglicht ist, so scheint es doch wünschenswert, auch an den Klappenveränderungen selbst die syphilitische Art der Erkrankung erkennen zu können. Einmal kann die syphilitische Erkrankung der Aorta durch zugleich bestehende Sklerose verdeckt und die Diagnose erschwert sein, und dann wird das Vorhandensein charakteristischer Veränderungen an den Klappen unterstützend für die Diagnose sein, oder Veränderungen der Aorta sind noch in ihren Anfängen und wenig ausgeprägt, während sie an den Klappen schon deutlich vorhanden sein können. Und endlich kann ein Syphilitiker mit einer Aortitis eine Klappenerkrankung aus anderer Ursache, die zur Schrumpfung führt, bekommen, und da scheint es doch nötig, diese Erkrankung von einer syphilitischen unterscheiden zu können. Soweit Vortragendem bekannt, hat nur Jürgen sen, der von ihm darauf aufmerksam gemacht worden war, in einer Veröffentlichung auf das Charakteristische der syphilitischen Klappenerkrankung hingewiesen. An der Hand einer Reihe von Präparaten zeigt Vortragender das, was ihm in einer längeren Reihe von Jahren an zahlreichen Herzen mit syphilitischer Klappenschrumpfung als eine immer wiederkehrende grob sichtbare Veränderung zum Unterschied von Schrumpfungen an den Klappen aus anderer Ursache aufgefallen ist und deshalb von ihm als ein deutliches Merkmal der syphilitischen Art der Erkrankung aufgefaßt wird, und versucht, die Entstehung dieser Veränderung zu erläutern. Das Charakteristische besteht darin, daß außer der Verdickung und Schrumpfung der freien Bänder an den oberen Ansatzstellen an der Aorta zwischen den Klappen, deren Ansätze sich sonst dicht beieinander befinden, mehr oder weniger breite Furchen oder Rinnen vorhanden sind, die anscheinend durch Auseinanderzerren der Klappen an ihren Ansätzen zustande gekommen sind. Solche Rinnenbildungen finden sich nicht bei Schrumpfungen der Klappen, die aus anderer Ursache entstanden sind, und können sich hierbei auch nicht finden, da bei der Endokarditis der Angriffspunkt der freien Klappenrand ist und beim Ausheilen es zu Verdickungen und Schrumpfungen und auch zu Verwachungen der Klappenränder untereinander kommen kann, weiterhin auch Zerstörungen der Klappenansätze vorhanden gewesen sein können, so daß dadurch ein Abrücken der Klappen von der Ansatzstelle der Aorta herbeigeführt werden kann und auch eine Leistenbildung in