

zu verlängern. Da im Sekundärkreis keine spannungverzehrenden, durch Abnutzung veränderlichen Apparateile enthalten sind, wie Hochspannungsgleichrichter u. dgl., braucht eine Ueberhöhung der Transformatorspannung zur Kompensation der Spannungsverluste bis zum Röntgenrohr nicht vorgenommen zu werden und bleiben die Betriebsbedingungen, unabhängig von Leistungsentnahme und Wartung, stets dieselben. O. Strauß.

Breslau, Schlesische Gesellschaft für vaterländische Kultur, Oktober 1921.

Medizinische Sektion.

(21. X.) Coenen demonstriert a) ein Lipom der Hohlhand. b) Einen Parotistumor der Wange. Ausgang vielleicht die Parotis accessoria. c) 2 Steckschüsse im Kreuzbeinkanal, deren starke Neuralgien nach Geschoßentfernung sofort verschwanden.

Weil spricht 1. über die Köhlersche Krankheit des Metatarsophalangealgelenkes und berichtet über 3 Fälle mit Demonstration der Röntgenbilder. Die von Köhler beschriebene Verdickung des Metatarsus ist nicht immer vorhanden. Doppelseitigkeit wurde in einem Falle beobachtet, in dem auffallenderweise nicht das 2., sondern das 3. Gelenk befallen war. — 2. über Osteochondritis dissecans des Kniegelenkes. In jeder Richtung typischer Fall.

Ueber den histologischen Befund berichtet Roesner. Es ergibt sich daraus die interessante Tatsache, daß diesem Schulbeispiel von Osteochondritis dissecans eine Fraktur zugrundeliegt.

(28. X.) Fr. Dr. Fuchs konnte in früheren Untersuchungen (Bericht D. m. W. 1920) unter 16 Frauen nach Geschlechtsverkehr mit lueticchen Männern bei 12 Spirochaeta pallida in der Zervix nachweisen. Von diesen hatten 7 negative, 4 positive Wa.R. Daraufhin systematische Untersuchungen bei allen Frauen mit florider Lues; fast durchweg positiver Befund. Bei 60 unverdächtigen Frauen nur 5mal Spirochaeta refringens, niemals Spirochaeta pallida. Sie nimmt an, daß die Spirochaeta pallida aus einem Primäraffekt des Mannes stamme, die in dem widerstandsunfähigen Zylinderepithel und oft auch durch Epithellücken reichlich Eindringungsmöglichkeiten hätten, ohne sichtbare Veränderungen zu machen. Daher die Gefährdung durch scheinbar symptomlose, lueticche Frauen. Da trotzdem viele Frauen der Ansteckung entgehen, wird die früher empfohlene, prophylaktische Behandlung nach Verkehr mit lueticchen Männern abgelehnt. Betr. Technik wird erwähnt, daß die Entnahme stets von allen Teilen des Kanals erfolgen muß und mindestens 6 Präparate wegen des oft spärlichen Vorkommens der Spirochaeta pallida genau durchgesehen werden müssen. Friedländer untersuchte 120 Männer auf Spirochaeta pallida in der Harnröhre. Bei 30 gesunden Patienten und allen seronegativen Luetikern kein Befund; bei den übrigen aber in ziemlich hohem Prozentsatz positiver Befund. Dabei bestand meist kein Urethrakatarrh; nur in 2 Fällen glaubt er echten Syphilisstripper annehmen zu müssen; hier verschwand der Katarrh nach der 2. bzw. 3. Neosalvarsaminjektion. Urethroskopisch bei mehreren Patienten: kleine, stecknadelkopfgroße, graue Herde; bei einem in 8 cm Tiefe eine plaqueähnliche Titloreszenz, in der Spirochaeta pallida nachweisbar war. Die männliche Harnröhre ist eine Prädeklarationsstelle der Spirochätenansiedlung auch bei harnröhrenfernen I. Affekten — wahrscheinlich hämatogener Transport — vor Beginn der II. Erscheinungen. Diese Lokalisation spielt vielleicht eine Rolle bei den Spirochaeta pallida-Befunden im Zervikalkanal. Friedländer betont die Wichtigkeit solcher Befunde in forensischer Beziehung.

Besprechung: Liegner (gemeinsame Untersuchung mit Fr. Fuchs): Bei der Sondierung des Zervikalkanal fiel die Sonde oft in eine Vertiefung, die auf einen intrazervikalen Prozeß hindeutet. Bei vaginaler Untersuchung entsprechende Verhärtung in der Zervixwand. Endoskopische Untersuchungen gelangen nicht. Er nimmt an, daß derartige intrazervikale Ulzera die klinischen Symptome (Fluor) unterhalten und andererseits die Eingangspforte der Spirochäten in den Kreislauf abgeben.

Bender demonstriert mikroskopische Präparate säurefester, tuberkelbazillenähnlicher Stäbchen (Saprophyten?) I. im Sputum einer 80jährigen Frau, die familiär belastet, nach Grippe erkrankte: Hämoptöe, beiderseits Spitzenaffektion, Kavernenbildung. Autopsisch keinerlei Befund für Tuberkulose, sondern Emphysem, Gangrän, putride Bronchitis; II. im Sputum eines 5jährigen Knaben: nach Grippe Husten und Auswurf, höchst verdächtiger klinischer Befund; III. im Inhalt einer chylösen Bauchzyste; IV. in der Appendix bei Appendizitis; V. in einer Rückenphlegmone nach Dekubitus. Differentialdiagnose: bei Ziehlicher Färbung fehlt der für Tuberkelbazillen typische, tiefrote, satte Farbenton. Als differentiale Färbung wird die von Bender beschriebene Gegenfärbung mit alkoholischer Pikrinsäurelösung empfohlen, bei der sich Tuberkelbazillen nicht entfarben. Der Tierversuch bietet Gewähr nur bei histologisch-mikroskopischer Untersuchung, da oft makroskopisch tuberkelähnliche Veränderungen sich zeigen. Auf solchen Verwechslungen beruhen vielleicht die gelegentlich beschriebenen, erstaunlichen Heilungen bazillärer Tuberkulosen.

Besprechung: Alker hält in dem 1. Fall eine Verwechslung mit nosoparasital angesiedelten Trichomyzeten (Streptothrix oder Leptothrix) für möglich.

Honigmann kommt auf Grund der Literaturdurchsicht und eigener Tierversuche zu folgenden Leitsätzen: 1. Durch Verfütterung von Schilddrüsen kann man Kaulquappen jeden Alters zur beschleunigten

Entwicklung, ältere zur vorzeitigen Metamorphose bringen bei gleichzeitiger Wachstumshemmung. Auf dieselbe Weise kann das über 1 Jahr alte, kiementragende Axolotl in ein lungenatmendes Landtier verwandelt werden — also ein Monstrum, wie es in der freien Natur nicht vorkommt. 2. Durch Verfütterung von Thymus wird das Wachstum der Kaulquappen gesteigert, die Entwicklung dagegen so gehemmt, daß die Metamorphose sehr verspätet oder gar nicht eintritt. 3. Junge Tiere vertragen eher große Dosen von Thymus, ältere solche von Schilddrüse. 4. Werden Kaulquappen erst mit Schilddrüse und nachträglich mit Thymus oder Antithyreoidin gefüttert, so wird die Schilddrüsenwirkung nicht nur nicht ausgeglichen, sondern sogar gesteigert. 5. Werden Kaulquappen erst mit Thymus oder Antithyreoidin und nachträglich mit Schilddrüse gefüttert, so tritt nach einer sonst nicht beobachteten, reaktionslosen Latenzzeit eine plötzliche und ganz besonders intensive Schilddrüsenwirkung auf. 6. Diese Wirkungen waren nur durch pharmakologisch reine Präparate zu erzielen.

Besprechung: Leichtentritt stellte bei Arbeiten über Chondrodystrophie (Sekretionsstörung des Hypophysenvorderlappens) Fütterungsversuche mit Hypophysenvorderlappen an Kaulquappen an. Dabei starke Beschleunigung des Wachstums, aber Verzögerung der Metamorphose.

Lorenz weist kurz darauf hin, daß die an Amphibienlarven gewonnenen Fütterungsergebnisse mit endokrinen Drüsen sich ohne weiteres auf die Physiologie und Pathologie der höheren Wirbeltiere nicht übertragen lassen. Es stehe ja noch gar nicht fest, ob die bei den einzelnen Arten gleichbenannten Drüsen tatsächlich homolog seien. Fütterungsversuche an graviden Meerschweinchen mit Thymus ergaben ein prinzipiell anderes Resultat wie die Darreichung bei Froschlerven. Steinbrinck.

Zwickau, Medizinische Gesellschaft, 3. V., 7. VI. und 4. X. 1921¹⁾.

Offizielles Protokoll.

(3. V.) Vorsitzender: Braun. Schriftführer: Diemel.

Kulenkampf: Die Exstirpation der linken Nebenniere wegen schwerer Epilepsie. Ich möchte über die technische Seite einer neuen Epilepsieoperation berichten, die, wenn nicht alle Zeichen täuschen, leider das Schicksal aller bisherigen Operationen wegen Epilepsie teilen wird. Lange spezialistisch behandelte Patient mit schwerstem Status epilepticus. So scheint Operationsversuch gerechtfertigt, wenn dieser keinen Eingriff von erheblicher Größe oder Gefährdung darstellt. Das kann man meiner Meinung nach von der retroperitonealen Exstirpation der linken Nebenniere in örtlicher Betäubung unter zeitweiser Beigabe einer Rauschnarkose sagen. Mit einem schrägen Lumbalschnitt, der hinten unter Durchtrennung des M. lumbodorsalis bis an die Wirbelsäure reicht — das ist das Wesentliche —, fällt man rasch aufs Nierenfell. Es wird mitsamt der Niere nach abwärts gedrückt, indem man mit der Hand zwischen ihm und dem Zwerchfell eingreift. Es erscheint dann überraschend schnell und ohne Schwierigkeiten die Nebenniere. Nur muß man sich hüten, ins Fett selbst einzugehen, und muß den Schnitt vorne bis an die Umschlagsfalte des Peritoneums führen, damit man Platz hat. Die einzige Schwierigkeit ist die Zerreiblichkeit des Organs, welches man vorsichtig mit anatomischen Pinzetten unter Fassen einiger Gefäße lösen muß. Es wurde im ganzen exstirpiert. Die Wunde — ohne Drain geschlossen — heilte reaktionslos p. pr. Ueber den Erfolg läßt sich wegen der Kürze der Zeit noch nichts sagen. Patient hatte bisher zwei leichte Anfälle. Eine noch so zweifelhaft indizierte Operation transperitoneal auszuführen, wie das auch geschehen ist, hält sich Vortragender bei der leichten retroperitonealen Entfernung der linken Nebenniere nicht für berechtigt.

Burgkhardt: Ueber die Behandlung des fieberhaften Abortes. Die Zahl der Aborte, besonders der fieberhaften und kriminellen, hat sich in Deutschland, besonders seit der Revolution, enorm gesteigert. Wahrscheinlich ist auch fernerhin mit einer Steigerung der fieberhaften Aborte zu rechnen. Der Umstand, daß die Zahl der Schwangeren, die ihren fieberhaften Abort mit dem Tode bezahlen müssen, nachgewiesenermaßen immer größer wird, zeichnet uns Aerzten den genauen Weg vor, den wir zur Zeit zu beschreiten haben, nämlich möglichst noch zu retten, was zu retten ist und den angerichteten Schaden auf ein Mindestmaß zu beschränken. Unter diesem Gesichtspunkt ist die Frage zu verstehen: Soll man den fieberhaften Abort austräumen oder nicht? Die Meinungen darüber sind ebenso verschieden, als es Aerzte gibt, die Interesse daran haben, darüber nachzudenken. Die einen verlangen sofortige Entleerung des Uterus auf jeden Fall, die anderen fordern die exspektative Behandlung und räumen erst aus nach der Entfieberung. An der Hand der Fachliteratur wird eingehend nachgewiesen, wie außerordentlich scharf gerade in diesem Punkte die Meinungen aufeinanderplatzen und wie sehr noch die ganze Frage der Läuterung bedarf. Burgkhardt hat persönlich bis zum heutigen Tage beim fieberhaften Abort eine schonende aktive Therapie geübt. Alle die Fälle werden von ihm konservativ behandelt, wo bereits schwere Nebenerkrankungen, besonders Pelveoperitonitis, Exsudate oder Pyosalpinx als Folgeerscheinungen

¹⁾ Bei der Redaktion eingegangen am 9. XI. 1921.

nungen der Infektion aufgetreten sind. Was er unter schonender aktiver Behandlung des fieberhaften Abortes versteht, bezieht sich auf die Technik, die nach seiner Meinung gerade beim septischen Abort sicherlich eine große Rolle spielen dürfte. Er hat die manuelle Ausräumung verlassen und ersetzt sie durch die vorsichtige instrumentelle Ausräumung. Er stimmt in diesem Falle mit Thaler überein, der ebenfalls bei der Behandlung des fieberhaften Abortes auf die Technik großen Wert legt und auf die bimanuelle Quetschung und auf die digitale Malträtierung des septischen Uterus vollständig verzichtet. Durch eine falsche Technik kann nach seiner Meinung viel Schaden angerichtet werden, ebenso durch das Einlegen der Laminariastifte, die von ihm als infektiösbefördernd angesehen werden. Der Uterus muß beim fieberhaften Abort in einer Sitzung mit einer geeigneten Abortzange vorsichtig entleert werden.

Braun: Ueber die Grenzen der örtlichen Betäubung. (Erscheint als Originalartikel in dieser Wochenschrift.)

(7. VI.) Vorsitzender: Braun. Schriftführer: Sommer.

Staffel: Demonstration eines Präparates von einer Luxationsfraktur der Halswirbelsäule.

Kulenkampff: Ueber das Magengeschwür. Das Ulkus ist eine Erkrankung des zweiten und dritten Jahrzehntes. Meist tritt es am Ende der Entwicklungsjahre auf und weist uns schon dadurch auf eine konstitutionelle Grundlage hin. Welcher Art dieselbe ist, das wissen wir nicht. Wichtig ist aber dieser Gesichtspunkt für die Therapie. Im dritten, vierten, fünften und sechsten Jahrzehnt brauchen wir nicht mit Rezidiven zu rechnen, heilen also unsern Patienten durch unsere chirurgische Therapie. Im zweiten und dritten Jahrzehnt müssen wir zurückhaltender sein und konservative Eingriffe machen, denn es ist leider noch nicht sichergestellt, ob ausgedehnte Resektion nach Billroth I oder II in dieser dispositionellen Lebenszeit gegen ein Rezidiv schützt. Klärend wirkt dieser Standpunkt von der Bedeutung der Zeit für die Rezidivgefahr auch auf die Art des vorzunehmenden Eingriffes. Alleinige Ablösung, Exzision und Resektion, besonders nach Billroth I (v. Haberer), treten in ihr Recht. Die Gastroenterostomie betrachtet Kulenkampff im Gegensatz zu neueren Bestrebungen als eine Notoperation, vielleicht in erster Linie für den sicheren Ulkustumor bei alten Leuten geeignet. Sonst leistet die viel einfachere alleinige Ablösung oder die Exzision Besseres und stellt den einfacheren Eingriff dar. Die primäre Operationsgefahrquote ist nach den Erfahrungen des Krankenhauses an rund 100 Fällen der letzten beiden Jahre für alle Eingriffe die gleiche: Resektion wie Gastroenterostomie haben etwa 3 1/2 % Todesfälle. Sie sind nicht Folge der Eingriffsart, sondern die der Tücke des Objektes: Nachblutung, Ulcus pepticum und Lungenkomplikationen. Keinen Todesfall sahen wir bisher bei der reinen Ablösung und Naht. Ebenso bei der freihändigen Exzision des Ulkus, die unter Sicht kleinste Magenwandstellen auszuschneiden gestattet.

(4. X.) Vorsitzender: Braun. Schriftführer: Dietel.

Schmidt: Darmruptur bei Selbstreposition eines eingeklemmten Bruches. (Erscheint als Originalartikel in dieser Wochenschrift.)

Kulenkampff: Cysticercus cellulosa auf den Corpora quadrigemina. Seltener Fall eines Zystizerkus der weichen Hirnhäute, der im Winkel zwischen Kleinhirnpiphyse und Balkenknie auf den Corpora quadrigemina lag. In der Anamnese schwere, anfallsweise auftretende Kopfschmerzen. Im Anschluß an eine glatt verlaufende Cholezystektomie wegen Cholezystitis trat plötzlich eine zunehmende Schläfrigkeit und Parese, dann Paralyse aller vier Extremitäten auf. Rasch tiefe Bewußtlosigkeit und Exitus unter hohem Temperaturanstieg. Die Vermutungsdiagnose wurde auf Pachymeningitis haemorrhagica oder wahrscheinlicher auf eine Ponsblutung gestellt. Wie diese Erscheinungen zu deuten sind, ist unklar. Der Aquaeductus sylvii war frei. Kein Hydrozephalus. Die Schläfrigkeit weist in Analogie zur Enzephalitis auf die Basalganglien, die große Schaltstelle des vegetativen Lebens. Die Quadruplegie ist wohl Ponssymptom. Druck und Zirkulationsstörungen durch die etwa haselnußgroße Zyste sind die Entstehungsbedingungen. Charakteristisch ist wiederum einmal die Plötzlichkeit der Erscheinungen. Deutliche Erscheinungen von seiten der Basalganglien, besonders des Thalamus, wies ein Fall von Schußverletzung des Thalamus (?) auf. Hier fanden sich in typischer Weise die für die Thalamusfunktionen als charakteristisch angesehenen Störungen: Reizerscheinungen von seiten der Mimik: Schmatzen und Grimassieren, athetotische Reizerscheinungen von seiten der rechten Hand und automatische und reflektorische von seiten der linken: Kratzbewegungen. Dazu tiefe Bewußtlosigkeit. Der Knabe ging rasch zugrunde und wurde leider von den Eltern kurz vor dem Tode nach Hause genommen, sodaß das Präparat nicht gewonnen werden konnte. Die Röntgenaufnahme zeigt die Kugel in einer etwa dem Thalamus entsprechenden Lage. Primäraffekt an der Zungenspitze. Zu den bisher in der Literatur bekannt gewordenen 316 Fällen fügt Vortragender zwei neue Fälle hinzu. Beide gehörten den schon von Fournier beschriebenen Abarten: der sklerotischen, für die Zungenspitze charakteristischen, tumorartigen und der sogenannten fissuralen Form an. Der erste wurde bei noch negativem Wassermann exzidiert. Abstrich hatte ein nach der Hoffmannschen Regel nicht beweisendes positives Resultat. Die Versilberung des exzidierten Tumors zeigt aber keine Spirochäten. Trotzdem Sekundärscheinungen. Der zweite Fall bot ein

ähnliches Bild. Nur zeigte er kein Ulkus, sondern zwei tiefe, kleine Fissuren. Stark positiver Wassermann. Rascher Rückgang auf Salvarsan-Novasurol.

Sommer: Zur Röntgendiagnostik der subphrenischen Abszesse. Der gashaltige subphrenische Erguß ist im Röntgenbild mit und ohne Pleuraerguß stets darstellbar. (Gasblase unter dem Zwerchfell-Flüssigkeitsspiegel.) Fehlt die Gasblase, so erscheint bei fehlendem Pleuraerguß das Zwerchfell hochgedrängt und fast unbeweglich. Bei gleichzeitigem Pleuraexsudat ist die Diagnose zunächst unmöglich. Ist die, immer auszuführende, Probepunktion von Erfolg, so kann man eine gewisse Menge des Exsudates entleeren und durch Luft ersetzen. Man macht dadurch den Erguß zu einem gashaltigen und somit der Röntgendiagnose zugängiger. Um die Eröffnungsmöglichkeit des Abszesses vom Rippenrande aus unter Umgehung der Pleura zu bestimmen, ist beim gashaltigen (oder künstlich in einen solchen verwandelten) Abszeß die Durchleuchtung in Seitenlage, unter Umständen mit Beckenhochlagerung, zu empfehlen. Die Gasblase wandert dann nach dem höchsten Punkte und läßt die Ausdehnung der Abszeßhöhle im Verhältnis zum Rippenbogen sehr gut erkennen.

Prag, Verein deutscher Aerzte, 28. X. 1921.

Rudolf Fischl (Demonstration): 3 Monate altes Kind mit hochgradiger luetischer Sattelnase und beginnender Perforation des harten Gaumens nebst diffusen luetischen Papeln an Schleimhäuten und Haut. Den Beginn der kongenitalen Syphilis mit tertiären Erscheinungen und Durchmischung von gleichzeitig auftretenden Sekundär- und Tertiärscheinungen führt Fischl auf die hämatogene Einsaat zurück und auf die fast vollkommene Resistenzlosigkeit des kindlichen Organismus gegen das Syphilisgift.

Alfred Kraus (Demonstration): 3 1/2 monatiger Säugling, aus dessen Vorgeschichte mit großer Wahrscheinlichkeit hervorgeht, daß es sich um eine Syphilis in der dritten Generation handelt. Das Kind bot außer positiver Wa.R. im Alter von 10 Wochen eine Parrotsche Pseudoparalyse. Bei der Mutter wurde im Alter von 8 Tagen ein luetischer Pemphigus festgestellt, der antiluetisch behandelt wurde; ihre Wa.R. gegenwärtig positiv. Vater anamnestisch, serologisch und klinisch quoad luem einwandfrei. Die Großmutter hat positive Wa.R., zweimal mazerierte Totgeburten im 8. Monate, Patientin am normalen Ende der Schwangerschaft geboren. An demselben Kinde nekrotisierende Impetigo unter dem Bilde eines Ecthyma terebrans, entstanden nach Bronchopneumonie.

Friedel Pick: Obwohl die quantitative Eiweißbestimmung nach Esbach zwar als ungenau, aber noch immer für praktische Zwecke verwertbar angesehen wird, kann sie doch gelegentlich zu bedeutenden Irrtümern führen. Bericht über 2 Fälle, bei denen die mit Esbach konstatierte hohe Eiweißmenge zur Annahme einer Nephritis führte, während es sich in einem Falle um Ausscheidung des Mörnerschen Harnmukoids bei Pyelonephritis, in dem zweiten Falle um den Bence Joneschen Eiweißkörper bei multiplen Myelomen handelte. Man hat also in Fällen von auffallend hohen Esbach-Werten immer an diese Möglichkeiten zu denken, namentlich wenn ein Mißverhältnis gegenüber dem klinischen und Sedimentbefunde besteht. Zur vorläufigen Orientierung empfiehlt sich die Probe mit Salizyl-Sulfonsäure, welche bei gewöhnlicher Albuminurie durch Erwärmen nicht beeinflusst wird, wogegen in solchen Fällen der Niederschlag sich beim Erwärmen löst, um in der Kälte wieder auszufallen.

R. Schmidt: Ein neues Symptom bei Angina pectoris. Bei chronisch intermittierend verlaufenden Fällen kommt es häufig, besonders beim Aufwärtssteigen, zu retrosternalen Sensationen ohne Kollapserscheinungen, die nach dem Stehenbleiben verschwinden, mit oder ohne Ausstrahlung in die oberen Extremitäten. Die objektiven Erscheinungen am Zirkulationsapparate sind sehr gering, und es wird die Annahme einer Koronararterienkrankung oder eines intermittierenden Hinkens des Herzens im Sinne Potains häufig. Oft konnte Schmidt bei diesen Kranken eine auffallende Druckschmerzhaftigkeit des linken Plexus brachialis, manchmal auch der Nervenstäme des linken Sulcus bicipitalis nachweisen. Dieser „anginöse Plexusdruckschmerz“ ist von Bedeutung, weil er anscheinend gelegentlich den ersten Anfällen von Angina pectoris voraussetzen kann.

Münzer: Das dynamische Pulsdiagramm. Die Resultate sind mit dem von Münzer adaptierten Apparate Sahlis (Sphygmomanometer Sahlis mit schmaler Manschette) gewonnen. Die Resultate sind jedoch solange problematisch, als die Apparatur nicht einheitlich ist. Das Pulsvolumen bei Gesunden schwankt nach Münzer zwischen 0,15 und 0,2 ccm. Bei einfach konstitutioneller Hypotonie sieht man erhöhte Werte, bei Hypotonie infolge allgemeiner Schwäche ist das Volumen meist verringert. Die Aortensklerose zeigt schon im Beginne vergrößertes Pulsvolumen, die allgemeine Kapillarsklerose (essentielle Hypotonie) weder Vergrößerung des Schlag- noch des Pulsvolumens. Bei Mitralstenose ist das Pulsvolumen verkleinert, bei Mitralinsuffizienz normal, bei Aortenfehlern hingegen vergrößert.

Elschnig: Metastatische Ophthalmie. Elschnig hat 8 Fälle gesehen, Beginn als Retinitis metastatica oder sofort als Iridochorioiditis (Panophthalmie). Ursache: 3mal Puerperium, je 1mal Angina septica, Grippe (Streptokokken), Cholezystitis, unbekannt (Pneumokokken), Furunkel im Nacken bei Diabetes (Staphylokokken). Exitus unter den ersten 3 Fällen 2mal, dann Fall 4 und 8. O. Wiener.