

Herr J. W. Miller: **Corpus luteum und Schwangerschaft.** (Mit Demonstration des jüngsten menschlichen Eies.)

Zwischen Ovulation und Menstruation besteht ein festes Abhängigkeitsverhältnis, und zwar geht der Follikelsprung der Blutung durchschnittlich 9 Tage voraus. Während das Ei die Tube durchwandert, erfolgt die Umbildung der Membrana granulosa des Follikels zum Corpus luteum, dessen epitheliale Natur durch die vergleichende Entwicklungsgeschichte, durch das Auffinden von Kolloid innerhalb der Luteinzellen und den Nachweis direkter Uebergänge erwiesen ist.

Das frische Corpus luteum gibt keine Fettreaktion; erst nach Beginn seiner Rückbildung gelingt der Fettnachweis. Das Corpus luteum graviditatis gibt während der ganzen Dauer der Schwangerschaft so gut wie keine Fettreaktion. Das Corpus albicans entsteht durch Zugrundegehen der verfetteten Luteinzellen allein durch hyaline Hypertrophie des bindegewebigen Retikulums. Eine histologische Differentialdiagnose des Corpus luteum graviditatis wird durch den Nachweis von Kolloidtropfen und Kalkkonkrementen bei negativem Ausfall der Fettreaktion ermöglicht.

Der gelbe Körper ist eine periodisch sich bildende Drüse mit innerer Sekretion; sie veranlasst die zyklische Umbildung des Endometriums zur Dezidua — das Ei ist hierzu nicht nötig — und ermöglicht so die Implantation des Ovulum; sie bewirkt — als trophisches Zentrum für den Uterus — ganz allgemein den in den Generationsjahren erhöhten Turgor des Organs und protegiert so die junge Schwangerschaft; sie verhindert eine neue Eireifung während ihrer Funktionsdauer. Die sogen. Laktationsatrophie des Uterus ist keine reflektorische Trophoneurose, sondern nur die Folge der fehlenden Corpus-luteum-Neubildung.

Der Nachweis eines inneren Sekrets des Corpus luteum im Reagenzglasversuch durch die Komplementbindungsmethode misslingt, da Hormone niemals zur Antikörperbildung Veranlassung geben. Versuche, ein Sekret des gelben Körpers durch vitale Färbung nachzuweisen, haben noch zu keinem Ergebnis geführt.

Die Schwangerschaftstoxikosen entstehen möglicherweise durch eine Unterfunktion des Organs.

Die Menstruation stellt — ein Indikator frustrierter Ovulation — nur eine Entlastung des hyperämischen Uterus vor; für das Zustandekommen der Konzeption hat sie keine Bedeutung. Im Menstrualblut ist vielleicht die Nährflüssigkeit für das Ei, die beim Abbau des Nestes abfließt, zu sehen. Brunst und Menstruation sind entwicklungsgeschichtlich und physiologisch prinzipiell verschiedene Erscheinungen.

Als geeignetster Termin für die natürliche wie die künstliche Befruchtung ergibt sich der 10. Tag vor dem berechneten Eintritt der neuen Periode.

Zur Implantation gelangt stets das Ovulum der zuerst ausbleibenden Regel; eine postmenstruelle Einbettung gibt es nicht. Die Schwangerschaftsdauer ist daher um 19 Tage zu reduzieren. Die Nidation erfolgt durch aktives Eindringen des Lichens zwischen zwei Drüsenmündungen. Der Trophoblast ist fetaler Natur.

Physikalisch-medizinische Gesellschaft zu Würzburg.

(Eigener Bericht.)

Sitzung vom 23. Januar 1913.

Herr Polano: **Demonstration zur biologischen Schwangerschaftsdiagnose nach Abderhalden.**

Vortr. demonstriert nach Besprechung des von Abderhalden angegebenen Dialysierverfahrens, der zugrunde liegenden theoretischen Vorstellung sowie der Technik die Methode, die meistens einwandfreie Resultate liefert, bisweilen aber auch bei Nichtschwangeren positive, bei Schwangeren negative Resultate zu zeitigen vermag. Inwieweit diese Misserfolge in der Schwierigkeit der Technik oder in der Unsicherheit des Verfahrens selber begründet sind, ist vorderhand schwer entscheidbar. Auf jeden Fall wird der praktische Wert der Methode durch die vom Autor selber hervorgehobenen technischen Schwierigkeiten wesentlich beeinträchtigt. Wie zahlreiche Versuche ergeben haben, kann man diese Reaktion nicht, wie bisher angenommen, als eine ausgesprochen „plazentare“ bezeichnen, da alle fötalen Organe drüsiger und nicht-drüsiger Natur (Leber, Milz, Niere, Nebenniere, Thymus, Thyreoidea, Lunge, Herz, ein in toto verarbeiteter Embryo) ebenso wie Fruchtwasser und fötales Serum mit Schwangerenserum kombiniert, diese Reaktion geben. Dieser Umstand ist wichtig, da alle theoretischen Spekulationen, die verschleppte Plazentarelemente als Quelle dieser Serumreaktion ansprechen, unsicher werden. Ebensogut könnten ausgeschiedene Stoffwechselprodukte des Fötus, die durch die Plazenta hindurchgehen, als Quelle der mütterlichen Serumveränderung angesprochen werden. Vortr. hat dann im Anschluss an frühere Untersuchungen, in denen er den Nachweis der quantitativen und qualitativen Verschiedenheit von fötalem und mütterlichem Blut erbrachte, analoge Unterschiede in dem Hämolysevermögen von Schwangeren- und Nichtschwangerenserum verschiedenem Tierblut gegenüber feststellen können. Das Schwangerenblut ist reicher an Hämolyse (als Hammelblut z. B.). Zum Schlusse bespricht Vortr. die blutauflösende Fähigkeit gekochter Plazenta, einzelner fötaler Organe; z. B. vor allem der Lunge, menschlichen roten Blutkörperchen gegenüber (Lipoidwirkung?), die ebenfalls Erythrozyten Schwangerer gegenüber, schon vom zweiten Monat an, weit inten-

siver aufzutreten pflegt, als bei Nichtschwangeren, wo das Phänomen völlig fehlt (Agglutination) oder viel schwächer zu sein pflegt. Herr E. Schmidt: **Ueber Dünnarmstenosen.** (Mit Demonstration.)

Der Vortrag erscheint ausführlich in der Münchener medizinischen Wochenschrift.

Herr D. Ackermann: **Ueber Zystinurie.**

Vortr. berichtet über einen Fall von Zystinurie bei einem jungen Manne, der schon seit seiner Kindheit Steinbeschwerden hatte und dem bereits ein 48 g schwerer Zystinstein operativ aus dem Becken der einen Niere entfernt wurde; auch der Vater des Patienten war steinleidend. In der Erwartung, dass man im Harn derartiger Patienten neben den öfters darin aufgefundenen Diamin Kadaverin und Putrescin (sog. Diaminurie), noch andere Eiweissfäulnisbasen, wie man deren durch die Untersuchungen Ackermanns jetzt mehrere kennen gelernt hat, werde finden können, wurden 80 Liter des Zystinharnes untersucht. Zur Anwendung kam die bekannte Harnuntersuchungsmethode von F. Kutscher, die schon zur Auffindung mehrerer bisher unbekannter Harnbasen, höchst interessanter Konstitution, geführt hatte. Es fanden sich nun zwar keine neuen Fäulnisbasen (auch Aporrhagen genannt), aber dafür die α -e-Diaminocaprinsäure, das sox. Lysin. Damit ist neben den im Harn der Zystinuriker bereits früher gefundenen Aminosäuren, dem Zystin, Tyrosin und Leukin, nun eine vierte Aminosäure gefunden, die insofern eine Sonderstellung einnimmt, als sie eine der drei Heseobasen des Eiweissmoleküls ist. Die Auffindung des Lysins im Zystinharn ist ferner deswegen von Bedeutung, weil wir in diesem Körper sicher die Muttersubstanz des einen Diamins der Diaminurie, nämlich des Kadaverins, vor uns haben, das sich nach Ellinger auf dem Wege des bakteriellen Abbaues durch einfache Kohlensäureabspaltung aus dem Lysin zu bilden vermag. Genau wie die Bakterien verfährt nun auch der Warmblüter und man wird mit Bestimmtheit annehmen dürfen, dass dieser Weg des Aminosäureabbaues nicht nur bei Zystinurie, sondern, wenn vielleicht auch in beschränkter Masse, normaliter eingeschlagen wird, denn die pathologischen Voreänge sind nach Claude Bernard nur eine Steigerung physiologischer, so dass dieser Befund auch physiologische Bedeutung hat. Das Nähere siehe bei D. Ackermann und F. Kutscher: **Ueber das Vorkommen von Lysin im Harn bei Zystinurie.** Zeitschrift für Biologie, Bd. 57, S. 355.

Aerztlicher Verein in Frankfurt a. M.

(Offizielles Protokoll.)

1638. ausserordentliche Sitzung vom 10. Februar 1913, abends 7 Uhr im Hörsaal der Senckenbergischen Anatomie.

Vorsitzender: Herr Flesch.

Schriftführer: Herr Benario.

Klinischer Demonstrationsabend.

Als Gäste: Herr Dr. Tirnauer - Wien, Herr Prof. Schleich und Herr Dr. Friedmann - Berlin.

Tagesordnung:

Herr Ehrlich: **Demonstration eines Präparates mit Spirochäten im Gehirn eines Falles von Paralysis progressiva.** (Originalpräparat von Noguchi - NewYork.)

Herr Ehrlich: Ich wollte Ihnen heute nur ein Präparat demonstrieren, das anzusehen Sie vielleicht interessieren wird. Es handelt sich um einen Schnitt aus dem Hirn eines Paralytikers, der mir von einem unserer ersten Spirillenforscher, Noguchi, am Rockefeller Institut in NewYork zugeschickt worden ist und in dem man, wie Sie sehen werden, die Spirochäten in der schönsten Weise erkennen kann.

Erwähnen wollte ich noch, dass mir Herr Noguchi geschrieben hat, er habe unter 71 Paralytikern, die er untersucht, bei 14, also in 20 Proz. der Fälle, Spirochätenbefund erhoben.

Ich glaube, dass dieser Nachweis von der allergrössten Wichtigkeit ist. Die Idee, im Paralytikerhirn nach Spirochäten zu suchen, war ja sehr naheliegend und ist von verschiedenen Seiten, bisher aber immer mit negativem Erfolge, versucht worden und hiermit schien die Anschauung derer, die die Paralyse als eine metasyphilitische Erkrankung auffassen, als eine Erkrankung, die mit Spirochäten direkt nichts zu tun habe, eine Bestätigung erfahren zu haben. Nach den Befunden Noguchis werden wir aber auch diese Anschauung zu revidieren haben.

Ich darf mir vielleicht gestatten, auf die Anschauungen, die sich mir als Experimentator aus Anlass dieses Präparates aufgedrängt haben, hier mit einigen Worten einzugehen.

Wenn die Paralyse als solche eine Spirochätenerkrankung des Gehirns ist, so müssen die Remissionen, die im Bilde derselben eine so grosse Rolle spielen, sehr auffällig sein, und doch bieten sie durchaus nichts neues in der Geschichte der chronisch rekurrenden Erkrankungen, als deren Typus man die Trypanosomenkrankungen bezeichnen kann. Wenn man trypanosomenkranke Tiere, z. B. Pferde, beobachtet, so kann man sehen, dass an einem Tage das Tier schwer krank ist und das Blut zahlreiche Trypanosomen beherbergt; am nächsten Tage ist die Temperatur zur Norm gesunken, die Parasiten sind verschwunden und das Tier ist anscheinend gesund, um

nach wechselnder Zeit wieder von neuem zu erkranken. Ich habe hier eine Tafel zeichnen lassen, auf der Sie sehen können, dass sich die Trypanosomenerkrankungen des Pferdes aus einer grossen Zahl von Fieberattacken und fieberfreien Intervallen zusammensetzt. In den Fieberattacken sind Trypanosomen oft in grossen Mengen vorhanden, in den fieberfreien Intervallen dagegen fehlen sie.

Die Erklärung dieser Tatsache ist eine sehr einfache. Von den im Blute kreisenden Trypanosomen geht durch die Behandlung ein Teil zugrunde; es werden Antikörper gebildet, die, wenn sie genügend angehäuft sind, die Hauptmenge der Trypanosomen auflösen und so die Entfieberung bedingen. Es ist dieses die trypanolytische Krise. Einzelne Trypanosomen entziehen sich der Abtötung, können aber zunächst wegen der vorhandenen Antikörper nicht auskeimen. Im Laufe der Zeit werden sie jedoch gegen die Antikörper fest und dann kommt der zweite Anfall, der beendet wird, sobald sich ein zweiter Antikörper in genügenden Mengen gebildet hat. In dem Tiere sind also jetzt zwei verschiedene Antikörper vorhanden und der zweite Antikörper schützt nur so lange, bis die Trypanosomen wieder gegen ihn fest geworden sind. Dann entsteht ein dritter Anfall, der beendet wird, wenn sich ein dritter Antikörper gebildet hat und so geht es, man möchte sagen ad infinitum, weiter. So entsteht schliesslich eine grosse Menge von Antikörpern, und jeder folgende Rückfall ist immer ein Zeichen dafür, dass ein neuer Rezidivstamm zur Entwicklung gekommen ist.

So kann man es sich sehr leicht vorstellen, dass die im Gehirn vorhandenen Spirochäten, wenn sie eine gewisse Wucherungsintensität erreicht haben, schliesslich einen potenten Antikörper auslösen, der mehr oder weniger die im Gehirn vorhandenen Spirochäten abtötet und so eine scheinbare Heilung, die Remissionen, einleitet. Eine Neuerkrankung folgt dann, wenn die vereinzelt zurückbleibenden Spirochäten sich dem Antikörper angepasst haben und so eine neue Propagation gewinnen.

Auf diese Weise kann man sich das Wesen der Remissionen klar machen und wird auch verstehen, warum man in einem grossen Teil der Fälle von Paralyse keine Spirochäten findet; man hat eben dann die Untersuchung in dem spirillolytischen Intervall ausgeführt.

Zum Schlusse wollte ich noch einen theoretischen Gesichtspunkt erwähnen. Es ist anzunehmen, dass sich bei der Paralyse, die ja so lange nach der Infektion aufzutreten pflegt, offenbar ein Rezidivstamm vorfinden muss, der in seinen biologischen Eigenschaften von den die frischen Infektionen bedingenden Spirochäten weitgehend verschieden sein kann, und ich vermute, dass diese Verschiedenheit auch in einer Resistenz gegen die therapeutischen Agentien zutage tritt. Dass mit Quecksilber bei der Paralyse kaum etwas genutzt wird, ist ja allgemein bekannt; auch das Salvarsan scheint bei lange fortgesetzten Injektionen zwar eine erhebliche Besserung in klinischer Hinsicht auszuüben, d. h. Remissionen künstlich hervorzurufen; aber ob eine definitive Heilung, d. h. eine vollkommene Elimination aller Parasiten sich ermöglichen lässt, ist zweifelhaft. Wir werden daher versuchen müssen, die Wirkungsweise der Arsenikalien zu verschärfen und uns nicht auf ein einziges Arsenikale zu beschränken, sondern verschiedene Typen mit differenten Angriffspunkten für die Kombinationsbehandlung heranzuziehen. Auf jeden Fall glaube ich aber, wird dieser positive Befund Veranlassung geben müssen, noch einmal die Behandlung der Paralyse mit aller Energie in die Hand zu nehmen. Es ist keine Nachkrankheit, sondern ein aktiver Infektionsprozess.

Diskussion: Herr S. Auerbach: Die Remissionen sind nicht nur im Krankheitsbilde der Paralyse, sondern auch in dem der Lues cerebri resp. cerebrospinalis charakteristisch, so zwar, dass sie oft differentialdiagnostisch von grosser Bedeutung werden. — Es wäre sehr wünschenswert, zu erfahren, ob die Fälle von Paralyse, von denen die demonstrierten Spirochätenpräparate stammen, reine Paralysen waren oder ob sie, wie das ja gar nicht so selten ist, Kombinationen von Paralysen mit Lues cerebri waren und ferner, wie lange der Zeitraum zwischen Infektion und Ausbruch der Paralyse war.

Herr A. Friedländer-Hohe Mark: Die Befunde des japanischen Forschers, welche uns Herr Ehrlich heute mitgeteilt und demonstriert hat, sind nach mehr als einer Richtung hin bedeutungsvoll. Wie Herr Ehrlich bereits hervorgehoben hat, lassen es diese kaum mehr zu, bezüglich der progressiven Paralyse als von einer metaluetischen Erkrankung zu sprechen. Ich möchte diesbezüglich auf ein anderes, wie mir scheint sehr wichtiges Moment hinweisen. Wie Sie wissen, haben die an verschiedenen Stellen ausgebildeten und durchgeführten Behandlungsmethoden, welche die Erregung von Fieber, vor allem auch bei der Tabes dorsalis, zum Inhalt haben, zu bemerkenswerten Resultaten geführt und ich selbst, der diese Frage seit mehr als einem Jahrzehnt studiert habe, bin der Ansicht, dass diese Methode noch grössere Beachtung verdient, als sie bisher gefunden hat, wenigleich dieselbe erfreulicherweise seit dem Jahre 1897, in welchem ich hierüber den ersten Vortrag hielt, mehr und mehr zur Diskussion gestellt wurde. Bezüglich der Erfolge, welche ich selbst erzielt habe, möchte ich nur auf die überraschende Tatsache hinweisen, dass ich, wenn auch vorläufig erst in wenigen Fällen, nach der „Fieberbehandlung“, an welche sich eine spezifische anschluss, eine Wiederherstellung der völlig verschwundenen Pupillenreaktion und ein Wiederauftreten der abhanden gekommenen Sehnenreflexe feststellte. Berücksichtigen wir dieses Moment und

halten es zusammen mit den heute mitgeteilten Beobachtungen von Ehrlich, so hat es den Anschein, als ob wir unsere Anschauungen über die progressive Paralyse, über die Tabes usw. einer Revision unterziehen müssen, speziell was die oben erwähnten Symptome betrifft. Dieselben können nicht gut (jedenfalls nicht immer) der Ausdruck einer Zerstörung von Bahnen sein, da sonst durch die Fieberbehandlung mit nachfolgender spezifischer, eine, wenn auch nur vorübergehende Wiederherstellung derselben unerklärlich wäre. Dagegen wird sie sofort erklärt, wenn wir uns mit jener Anschauung befreunden, die ich seit jeher (als eine rein hypothetische) vertrat, nämlich, dass es sich bei den erwähnten Krankheiten um Unterbrechungen der Leitung (vielleicht durch gequollene nervöse Elemente) handelt, welche durch die Revolutionierung des Stoffwechsels, wie ein solcher bei fieberhaften Krankheiten auftritt, derart beeinflusst werden, dass eine nachfolgende spezifische Behandlung noch Erfolg bringen kann, die ohne die Vorbehandlung durch das auf künstlichem Wege erzeugte Fieber wirkungslos geblieben ist. Mag man über die Richtigkeit dieser Hypothese und über die bisher veröffentlichten Erfolge der kombinierten Behandlung denken wie man will, so ist jedenfalls die Tatsache, welche zu einer kombinierten Behandlung geführt hat, allgemein anerkannt, dass schwere, für unheilbar gehaltene, Geisteskrankheiten durch interkurrente fieberhafte Erkrankungen, wie besonders durch Typhus, Influenza, fieberhafte Eiterungen, Erysipel usw. deutlich beeinflusst worden sind. Und auf der Nachahmung dieser Naturerfolge ruhen die Bestrebungen der Fieberbehandlung.

Herr Raacke weist auf die Arbeiten Stargardts aus der Kieler Nervenklinik hin, durch welche die luetische Natur der tabischen Optikusatrophie erwiesen sei. Die regelmässigen stark entzündlichen Veränderungen an den Meningen und in den Hirngefässen bei der Paralyse hätten eine auffallende Ähnlichkeit mit den durch Trypanosomen bedingten Bildern bei der Schlafkrankheit und sprächen gleichfalls für das Vorhandensein spezifischer Erreger. R. hat daher bereits seit Jahren auf den Nachweis von Spirochäten auch bei den sogenannten metaluetischen Krankheitsformen gehofft und freut sich, diese Erwartung jetzt bestätigt zu sehen.

Auffallend sei, dass in den demonstrierten Präparaten sich nirgends Fibrillen mitgefärbt hätten. Vermutlich habe Noguchi die Levaditinfärbung in irgendwelcher Weise modifiziert.

Herr Ehrlich: Schlusswort.

Herr Benario demonstriert einige Diapositive, die aus verschiedenen Stellen des Präparates aufgenommen worden sind. Die Pia ist verdickt und infiltriert, in ihr finden sich jedoch keine Spirochäten. Es findet sich der für Paralyse charakteristische Randfili in der Rinde und unterhalb dieses durch Gliawucherung verdickten Saumes finden sich in einer bestimmten Zone in der Rinde die Spirochäten. Diese liegen nicht um die Gefässwände oder in denselben, sondern verstreut in dem Gewebe. In der Nähe eines grösseren Gefässes ist eine besonders starke Aussaat zu konstatieren. In der Markschrift konnten Spirochäten nicht gefunden werden.

Herr Schwenkenbecher: Fall von Eunuchoidismus.

34 jähr. junger Arbeiter, 1,68 m gross, schmal, mager, von dem Aussehen eines 17-Jährigen. Aeusserer Geschlechtsteile wie bei einem 3 jährigen Kinde. Testes im Hodensack nicht nachweisbar, Prostata sehr klein, Scham-, Achsel- und Barthaare fehlen vollkommen. Die Stimme ist leise, aber nicht ausgesprochen hoch; die Schilddrüse ist nicht durch Palpation festzustellen, also sicherlich ebenfalls hypoplastisch. Die Sella turcica ist im Röntgenbilde eher klein. Am Knochensystem deutlich vermehrtes Längenwachstum der Unterarme und Hände, der Unterschenkel und Füsse. Röntgenologisch Epiphysenschluss noch nicht vollendet, deutliche Spalten; Knochenkerne normal entwickelt.

Mässiger Grad von Imbezillität, gutmütig, wenig erregbar, doch arbeitswillig und sauber. Libido fehlt vollständig, ebenso Erektionen und andere Aeusserungen der normalen Genitalfunktion.

Diskussion: Herr Siegel erwähnt, dass er zurzeit ebenfalls einen Fall von Eunuchoidismus in Behandlung habe, welcher einen femininen Typus mit starker Adipositas darstelle. Der linke Hoden sei linsengross und derb, der rechte fehle.

Herr Georges L. Dreyfus demonstriert mehrere Kranke mit isolierten Pupillenstörungen auf syphilitischer Basis und bespricht die diametral entgegengesetzte Beurteilung der vorliegenden Erkrankung auf Grund der Untersuchung des Liquor cerebrospinalis. Dieser gibt allein die Möglichkeit der Entscheidung, ob es sich um aktive oder abgelauene Prozesse am Nervensystem handelt. Sämtliche Stadien der Pupillenstörung (Lichtträchtigkeit, reflektorische und absolute Starre) kommen bei ausgeheilter Lues cerebri zur Beobachtung. Isolierte Pupillenstörungen werden auffallend oft bei Syphilitikern beobachtet. In 35–40 Proz. der Fälle handelt es sich dabei nicht um ein besorgniserweckendes Symptom, sondern nur um das Zeichen einer früheren syphilitischen Durchseuchung des Nervensystems, die zur Ausheilung gelangt ist.

Herr Reiss stellt vor:

1. Einen Fall von Digitalismus. Alle per os dargereichten Digitalispräparate sowie Tinctura Strophanthi riefen toxische Erscheinungen hervor, während intravenöse Strophanthininjektionen gut getragen wurden.

2. Einen Fall von kurzdauerndem Icterus im Sekundärstadium der Lues. Der Icterus verlief unter dem Bilde des katarrhalischen. Laetische Symptome waren ausser der Wassermannschen Reaktion z. Z. nicht vorhanden. Der Ausfall der Galaktoseprobe (nach nuchterner Aufnahme von 40 g wurden über 7 g wieder ausgeschieden) sprach im Sinne eines katarrhalischen Icterus. Die Möglichkeit einer Parenchymschädigung der Leber durch die Lues kann jedoch nicht ausgeschlossen werden.

Diskussion: Herr Benario erwähnt eine Notiz aus der letzten Nummer des British Med. Journal von Raw-Edinburg, nach welcher dieser Autor 7 Fälle von akuter gelber Leberatrophy beobachtet hat, die alle auf syphilitischer Basis beruhten. Es handelte sich um 4 männliche und 3 weibliche Individuen, unter den letzteren war eine Gravida.

Bei allen wurde Leucin und Tyrosin nachgewiesen. Diese Konstatierung ist insofern von Wichtigkeit, als häufig ikterische Erscheinungen, die mehr oder mindere Zeit nach Salvarsaninjektionen beobachtet worden sind, als toxische Wirkungen aufgefasst worden sind. Bei Icterus in der Sekundärperiode muss man immer an eine syphilitische Aetiologie denken.

Herr Alwens: Röntgenbilder.

1. Diapositive des Muskelkünstlers Böhrner, welche von Herrn Dr. Sielmann-München zur Verfügung gestellt sind.

2. Demonstrationsvortrag über die Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenkinematographie.

Es werden Serienaufnahmen der buccopharyngealen und ösophagealen Periode des Schluckaktes, des gesunden und des kranken Magens und des gesunden und kranken Herzens demonstriert, welche mit den von Dessauer konstruierten Apparaten (Blitzapparat und Plattenwechsellmaschine der Veifa-Werke) aufgenommen sind. Zum Schlusse Vorführung von Röntgenfilmen eines normalen Herzens und einer karzinomatösen Oesophagusstenose.

Verein deutscher Aerzte in Prag.

(Eigener Bericht.)

Sitzung vom 13. Dezember 1912.

Herr Steiner spricht über Schleimhautpempfigus der oberen Luftwege und stellt eine Frau mit einer solchen auf die Luftwege lokalisierten Affektion vor.

Herr Kalmus: Zur Prophylaxe der Geisteskrankheiten.

Der Vortragende erörtert zuerst den Einfluss des Alkohols, der Syphilis und erblichen Belastung auf das Entstehen der Geisteskrankheiten. Er bespricht die Antialkoholbewegung und ihre Erfolge, und die Wichtigkeit der Aufklärung des Volkes über Geschlechtskrankheiten, insbesondere durch die praktischen Aerzte. Er erwähnt die amerikanischen Gesetze über Kastration und Sterilisation, die diesbezüglichen Versuche in der Schweiz, geht auf die Frage des künstlichen Abortus wegen Psychose der Mutter ein, weiter auf die Eheverbotsfrage bei Psychotikern. Er empfiehlt die Bewilligung der fakultativen Sterilisation jener Kranken, die sich aus begründeter Furcht vor degenerierter Nachkommenschaft derselben unterziehen wollen und redet auch der vollständigen Trennbarkeit der Ehe bei bestehender unheilbarer Geisteskrankheit das Wort. Zur Prophylaxe bei schon bestehender erblicher Belastung sollen Hilfsschulen und Hilfskassen gegründet werden und weist der Vortragende zum Schlusse auf die Wichtigkeit der Hilfsvereine für Geisteskranke und die Nervenheilstätten hin. Unerlässlich für die Prophylaxe der Geisteskrankheiten ist aber eine gute psychiatrische Schulung der Schulärzte, ebenso aber auch der Militärärzte. O. Wiener.

Aus den Wiener medizinischen Gesellschaften.

(Eigener Bericht.)

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde.

Sitzung vom 13. Februar 1913.

Herr H. Eppinger stellt eine Frau mit Aortenstenose und offenem Ductus Botalli vor und demonstriert die Hervorrufung von Urtikaria durch Ergamin. Wenn man mit einer Nadel über die Haut der Versuchsperson fährt, ohne sie zu verwunden, und sie mit Ergamin 1:1000 bepinselt, so tritt an der gekratzten Stelle ein urtikariaähnliches Exanthem auf, welches ca. $\frac{1}{4}$ Stunden stehen bleibt und dann verschwindet. Das Ergamin oder Histamin entsteht durch Abspaltung von CO₂ aus dem Histidin, einem Abbauprodukt des Eiweisses, welches bei der Verdauung entsteht. Das Ergamin scheint sich auch bei der Eiweissverdauung zu bilden; es ist daran zu denken, dass Basen, welche bei der Verdauung entstehen, die Urtikaria hervorrufen. In einem Falle konnte Vortr. durch Ergamin allgemeine Urtikaria erzeugen. Diese Beobachtung mahnt zur Vorsicht in der Anwendung des Ergamins in der Gynäkologie.

Herr Herm. Schlesinger führt einen 47-jährigen Mann mit gebessertem intermittierendem Hinken aller Extremitäten vor, ferner einen Mann, bei welchem er Natrium nitrosum gegen die Schmerzen bei intermittierendem Hinken angewendet hat. Pat. hat diese Affektion seit 7 Jahren; diese erfuhr eine Verschlechterung durch eine Pistyner Kur und es stellte sich am linken Fuss eine Gangrän ein. Jetzt hat Pat. eine gangränöse Stelle am rechten Fuss. Dass bei

intermittierendem Hinken durch heisse Bäder Gangrän hervorgerufen werden kann, wurde wiederholt beobachtet. Wegen der Schmerzen hat Vortr. bei dem Pat. Natrium nitrosum subkutan injiziert, sie liessen sofort nach und seither konnte das Morphium weggelassen werden, welches Pat. früher wegen Schmerzen anwenden musste.

Herr A. v. Müller demonstriert die Temperaturkurve einer Patientin, welche wegen akuten Gelenkrheumatismus Atophan erhielt, das eine eigentümliche Nebenwirkung entfaltete. Der Gelenkrheumatismus wurde günstig beeinflusst, es stellte sich aber eine bemerkenswerte Nebenwirkung ein, indem nach den intermittierenden Gaben jedesmal die Temperatur bis 39° anstieg und die Pat. zuerst Hautjucken und dann ein scharlachartiges Erythem bekam, während das Allgemeinbefinden fast gar nicht gestört war. Sobald das Atophan weggelassen wurde, verschwand das Fieber und erschien wieder nach einer neuen Atophangabe.

Herr P. Löwy demonstriert anatomische Präparate eines Falles von foudroyanter Poliomyelitis, welche unter dem Bilde einer ascendierenden Landry'schen Paralyse verlief. Die Obduktion ergab Schwellung und Hyperämie der Vorder- und Hinterhörner des Rückenmarkes und Oedem des Gehirns. Die histologische Untersuchung zeigte kleine kleinzellige Infiltrate in den Meningen und in der Substanz des Rückenmarkes, am meisten um die Lymphspalten und die Gefässe, ferner fanden sich primäre Ganglienzellschädigungen. Bemerkenswert ist in diesem Falle, dass die Infiltration nicht nur auf die Vorderhörner beschränkt war und dass der Prozess infiltrativer Natur ist, ferner dass die Lähmung einen ausstreichenden Typus hatte. Die Veränderungen des Rückenmarkes reichten vom Conus terminalis bis zur Medulla oblongata.

Herr Karl Siess und Erich Stoerk: Das Blutbild bei lymphatischer Konstitution. Die hämatologischen Untersuchungen an fieberfreien, gesunden Lymphatikern ergaben, dass die vielfach postulierte Lymphozytose der Lymphatiker tatsächlich nicht existiert. Ebensovien lässt sich angesichts der eindeutigen Befunde der beiden Autoren an der mehrfach behaupteten Eosinophilie beim Status lymphaticus festhalten, auch ist die Zahl der Neutrophilen nicht stets und nicht nennenswert gegenüber der Norm erniedrigt. Manche der irrigen Angaben der bisherigen Literatur beruhen auf theoretischen Vorurteilen und der Verquickung des (heute noch nicht voll gewürdigten) Konstitutionsproblems mit gewissen Fragen über Blutdrüsenkrankungen, resp. der mit dem Lymphatismus (= Status thymico-lymphaticus) nicht die Rede sein. Die oft teristisch für das Blut von Lymphatikern ist: 1. die oft enorme Vermehrung der Blutplättchen, 2. die deutliche Verminderung der Eosinophilen. Die übrigen Formen der Blutkörperchen finden sich in durchaus normalen Mengenverhältnissen. Von einer Leukopenie oder Lymphozytose kann bei reinen, unkomplizierten Fällen von Lymphatismus (= Status thymico-lymphaticus) nicht die Rede sein. Die oft behauptete relative Lymphozytose tritt freilich gelegentlich in Erscheinung, wenn bei etwas niedrigeren Neutrophilenzahlen das Prozentverhältnis unter den einzelnen Formen ein wenig zu Gunsten der — stabileren — Lymphozyten verschoben ist. Der Befund ist jedoch durchaus unspezifisch und es sollte der Ausdruck überhaupt als sinnlos endlich eliminiert werden. Nur die absoluten Zahlenangaben über die polymorphkernigen Neutrophilen etc. einerseits und die Lymphozyten andererseits geben ein wirkliches Bild von dem funktionellen Zustand ihrer Bildungsstätten: dem Knochenmark und dem lymphadenoiden System. Die beiden Autoren bedienten sich zur Funktionsprüfung des Knochenmarks der Lymphatiker (bekanntlich zeigen diese oft rotes Mark) der bewährten Gelatineinjektion. Bei diesen Versuchen zeigte es sich, dass sowohl der Granulozytenapparat (im Sinne einer Vermehrung der Neutrophilen) als auch das lymphatische System (im Sinne einer Verminderung der Lymphozyten) bei Lymphatikern träger, reagieren als bei normalen Menschen.

K. k. Gesellschaft der Aerzte.

Sitzung vom 7. Februar 1913.

Privatdozent Dr. Bárány stellt einen Mann vor, bei dem nach einem Fall auf den Hinterkopf das von ihm eruierte Symptom des Vorbeizelgens beider oberen Extremitäten und des Kopfes nach oben aufgetreten ist. Er hat diese Erscheinung auch noch in 6—7 anderen Fällen von Schädelverletzungen beobachtet und führt sie auf eine Läsion (Erschütterung) des in den Hemisphären des Kleinhirns gelegenen Zentrums für die Abwärtsbewegung der oberen Extremitäten zurück.

Privatdozent Dr. L. Jehle zeigt einen mit orthostatischer Albuminurie behafteten Jungen, der eine starke bogenförmige Lendenlordose aufweist. Lässt er den Knaben ein Bein auf einen Stuhl stellen, so verschwindet nach Ablauf von etwa 10 Minuten das Eiweiss aus dem Harn, um sodann, wenn der Junge das Bein wieder auf die Erde stellt, nach einigen Minuten wiederzukehren. Beim Hochheben des Beines wird eben die Lordose ausgeglichen und spricht somit auch dieser Fall für die Richtigkeit seiner Theorie.

Privatdozent Dr. V. Blum demonstriert einen Mann mit ausgedehnter Argyrose der Blase. Der Kranke hatte seine Blase wegen Zystitis lange Zeit hindurch 3—4 mal täglich mit einer 1 prom. Arg. nitricum-Lösung gespült. Die Prostata war atrophisch, woher auch eine dauernde Harnverhaltung stammte. Nach einer Prostataektomie, Resektion eines Plattenepithelkarzinoms der Blase und Entfernung eines silberhaltigen Blasensteines ist der Mann vollkommen geheilt.