

**Dictionnaire des maladies
éponymiques et des observations
princeps : Riedel (maladie de)**

**RIEDEL, Bernhard Moritz Karl Ludwig.
- Die chronische, zur Bildung
eisenharter Tumoren führende
Entzündung der Schilddrüse**

*In : Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für
Chirurgie, 1896, Vol. 25, pp. 101-5*

b) Nachmittags-Sitzung.

(Eröffnung der Sitzung um 2 Uhr 10 Min.)

1) Herr Cramer (Köln): „Ueber osteoplastische Knochenspaltungen.“^{*)}

Discussion:

Herr Müller (Aachen): Ich wollte mir ganz kurz, meine Herren, eine Frage an den Vorredner erlauben bezüglich des Falles von acuter Osteomyelitis. Ich habe nicht aus dem Vortrage entnehmen können, weshalb diese osteoplastische Operation hier vorgenommen ist und wie lange nach Verlauf der acuten Osteomyelitis. Waren die Störungen so schwer, dass man den Ersatz bei dieser Gelegenheit vornehmen musste oder nicht? Wenn man nach acuter Osteomyelitis der Metatarsalknochen etwas abwartet und die Knochenneubildung sich selbst vollziehen lässt, so glaube ich, dass man doch in vielen Fällen solche Operationen umgehen kann.

Herr Bardenheuer (Köln): Ich weiss nicht, wie oft, aber ich kann die Versicherung geben, dass mindestens 4—5 mal an dem Fall operirt worden ist und wir nicht zum Ziele kommen konnten. Es ist Das von meinem Assistenten nicht hervorgehoben worden. Es ist nicht von vornherein so vorgegangen, wie Sie Das vielleicht aus dem Vortrage entnehmen möchten, sondern es ist Das immer als Nothbehelf zur Umgehung der Amputation geschehen. Wo der Radius fortgenommen wurde und der Radius ersetzt wurde durch die Ulnarhälfte, war auch 5—6 mal operirt worden. Also Das ist nur ein Nothbehelf. Es ist niemals von vornherein operirt worden; nur in einem Falle, in dem letzten, von Resection des Radius habe ich bei tuberculöser Affection des ganzen Radius gleich in erster Sitzung denselben ganz entfernt.

Herr Müller: Ich wollte mir die Frage gestatten, wie lange nach Ablauf der acuten Osteomyelitis operirt worden ist.

Herr Bardenheuer: Da ist wenigstens ein Jahr vergangen seit der Aufnahme der Behandlung des Knaben.

2) Herr Riedel (Jena): „Die chronische, zur Bildung eisenharter Tumoren führende Entzündung der Schilddrüse.“ M. H.! Ich habe zu Anfang dieses Jahres in der Berliner klinischen Wochenschrift auf eine etwas auffallende Art von chronischer Entzündung des Pankreas aufmerksam gemacht. Die Pankreas-Drüse entartet zu einem faustgrossen Tumor, es kommt zur Verlegung des Ductus choledochus; wenn man nun Hilfe dadurch schafft, dass man die Gallenblase mit dem Darm in Verbindung bringt, so geht der ganze Tumor zurück. Die Fälle sind jetzt 2 Jahre alt; die Operirten sind dauernd gesund geblieben. Ich weiss jetzt bestimmt, es waren keine Carci-

*) S. Grössere Vorträge und Abhandlungen.

nome, es waren chronische Entzündungen, die zur Bildung von gewaltigen Tumoren geführt hatten. Etwas Aehnliches habe ich jetzt zu berichten über die Schilddrüse. Sie hat ja manches Wunderliche — denken Sie an die Kropfmetastasen. Ich bringe eine neue ungewöhnliche Eigenschaft der Schilddrüse zur Sprache. Ich beginne mit dem betreffenden Falle, den ich im Jahre 1883 operirt habe. Es kam ein 42jähriger Mann in meine Behandlung, der seit einem halben Jahre eine Zunahme seiner Schilddrüse verspürt hatte, unter ziemlich lebhaften Athembeschwerden. Es fand sich eine nicht sehr grosse, aber ausserordentlich harte, unverschiebbare, doppelseitige Geschwulst. Ich nahm an, dass es sich um eine maligne Struma handle, versuchte am 30. 11. 83 zu operiren, legte den Tumor frei, sah alsbald, dass er beiderseits ausserordentlich fest mit der A. carotis und der V. jugularis interna verwachsen war, resecirte ein Stück der Jugularis interna, brach dann nach Entfernung eines wallnussgrossen Stückes vom Kropfe die Operation ab, weil ich den Fall für inoperabel halten musste. Reactionloser Verlauf; Entlassung mit geheilter Wunde 17. 12. 83. Der Patient stellte sich von Zeit zu Zeit vor, jedesmal war er zufriedener mit seinem Zustande. Die Athemnoth hatte aufgehört. Nach einem halben Jahre erklärte sich der Mann für vollständig gesund und für arbeitsfähig. Wir hatten inzwischen das Präparat untersucht und gefunden, dass keine Spur von Neubildung vorhanden war. Es war ein entzündlicher Process; Infiltration mit Rundzellen wurde nachgewiesen; Carcinom und Sarkom waren ausgeschlossen, Syphilis fehlte bei dem Patienten gleichfalls, Tuberkulose auch. Ich habe 12 Jahre mit der Publication des Falles gewartet, nach dem Grundsatz: „eine Schwalbe macht keinen Sommer“. Die Sache war mir zu räthselhaft. Dann wollte das Schicksal, dass ich im letzten Winter abermals eine Kranke, nachdem ich inzwischen vielleicht 300 Kröpfe operirt hatte und nichts Derartiges gesehen hatte, in Behandlung bekam: 23 jährige blühende Frau; Mutter hat Kropf, der keinerlei Beschwerden macht. Patientin bemerkte seit Jahresfrist, dass ihr Hals dicker wurde. Seit 8—10 Wochen wuchs der Kropf ziemlich rasch, wurde auffallend derb und fest. Pat. konnte ihre häuslichen Arbeiten verrichten, aber bei jeder stärkeren Anstrengung trat Luftnoth ein, bei geringem Herzklopfen; schliesslich war auch das Schlucken behindert. St. pr.: Rechts hühnerei- links kleinapfelgrosser Kropf, sehr hart, aber mit der Trachea zusammen noch leidlich verschiebbar. Kehlkopf steht median; Stimmbänder funktionieren in normaler Weise. Ausgesprochene Kropfstimme; geringe Bronchitis in beiden unteren Lungenlappen. Puls 90. Die Operation (8. 1. 96) musste abgebrochen werden wegen enormer Verwachsung des Tumors mit den Blutgefässen und dem Recurrens. Man konnte garnicht an Entfernung der Geschwülste denken. Auch hier derselbe weitere Verlauf: Befinden bessert sich und Patientin befindet sich zunächst gut. Untersuchung des Präparates ergiebt auch hier entzündliches Gewebe. Ich habe dasselbe „eisenhart“ genannt. Das mag vielleicht ein Bischen übertrieben sein; aber es ist, wie Sie sich jetzt noch überzeugen können, ein derbes, hartes Gewebe, dass vielleicht doch dieser Ausdruck berechtigt ist.

Nun der Ausgang der Fälle: Selbstverständlich erkundigte ich mich jetzt: Was war aus dem ersten Kranken geworden? Nach vieler Mühe und Noth brachte

ich heraus, dass der Patient sich noch circa $\frac{3}{4}$ Jahre vollständig gut befunden hat, dass niemals Athem-Beschwerden bei ihm wieder aufgetreten waren, dass er dann Nephritis bekommen hatte und $\frac{5}{4}$ Jahr nach der Operation gestorben war (7. 3. 85.) Der Sohn schrieb mir, die Operation hätte sich von Anfang an ausserordentlich bewährt. Das Resultat wäre sehr günstig gewesen. „Mein Vater hat Nephritis bekommen, dann wiederholte Schlaganfälle, beim vierten erlag derselbe“. Secirt ist er nicht. Die zweite Kranke befand sich ebenso gut, wurde jeden Tag freier in ihrer Athmung. Ihr Schicksal erfüllte sich aber rascher. Sie ging eines Tages (10. 3. 96) aus dem Zimmer heraus auf den Hof, kam wieder zurück, erklärte plötzlich: Mir wird schlecht, sank zurück und war todt. Auch hier ist keine Section gemacht worden. Es macht durchaus den Eindruck, als wenn sie an einem embolischen Process zu Grunde gegangen ist. Wir haben es also in beiden Fällen mit chronischen Entzündungen zu thun; wenn Sie die mikroskopischen Präparate ansehen, so finden Sie (vergl. Fig. 1. und 2.) zwischen normales Schilddrüsengewebe eingesprengt Anhäufungen von Rundzellen, wodurch jenes mehr oder weniger destruiert ist. Man ahnt aber bei der Betrachtung des Präparates nicht, wie hart die Geschwulst ist; man erwartet derbes fibröses Gewebe als Constituens des Tumors, sieht aber, wie gesagt, lediglich eingelagerte Rundzellen.

Noch härter erscheint die Geschwulst vor der Operation; Dies erklärt sich durch die zahlreichen derben Verwachsungen des Tumors mit den umgebenden Weichtheilen speciell mit den Blutgefässen, Nerven und der Trachea.

Alle diese Adhaesionen haben etwas Zähes, Lederartiges; sie bluten in ganz extremer Weise; man kommt keinen Schritt vorwärts beim Ablösen der Geschwulst. Die grossen Blutgefässe (Carotis und Vena jug.) erscheinen wie eingemauert; man kann sie wohl ober- und unterhalb des Tumors durchschneiden, aber nicht von demselben trennen; der N. recurrens ist in schwieriges Gewebe eingebettet, kaum zu finden. Die Trachea ist erweicht, man glaubt, sie sei schon perforirt. Selbst die maligneste Geschwulst lässt sich leichter ablösen, als dieser, lediglich auf chronischer Entzündung beruhende Tumor.

Leider fehlen mir Sectionen; die mikroskopische Untersuchung der Präparate und der klinische Verlauf der Fälle^{*)} beweisen aber zur Genüge, dass Neubildung im engeren Sinne nicht vorliegt.

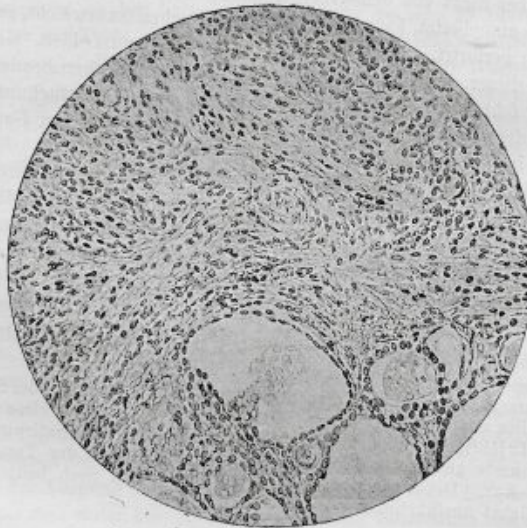
Trotzdem mögen meine beiden Patienten Metastasen von entzündlichen Kropftumoren in ihren inneren Organen gehabt haben und denselben erlegen sein. Die 4 Schlaganfälle von Fall I geben mit Rücksicht auf das Alter des Patienten zu denken. Local haben beide keine Wiedervergrösserung der Geschwülste erlebt, was wiederum sehr auffallend ist; höchstens ein Fünftel der Geschwulst wurde entfernt, trotzdem hörte das Wachsthum derselben auf, die Athemnoth verschwand. Eine Erklärung dieses günstigen Einflusses der Ope-

^{*)} Anmerk. während der Correctur: Gleich nach Beendigung der Sonnabends-Sitzung theilte mir College Cordua-Hamburg mit, dass er vor circa $1\frac{1}{2}$ Jahren bei einem 12jährigen Mädchen eine analoge Geschwulst zu extirpiren versucht habe; er musste gleichfalls die Operation abbrechen, weil der Tumor zu stark verwachsen war. Dieses Kind erholte sich alsbald, lebt noch heute. Der Fall wird demnächst ausführlicher publicirt werden.

Fig. 1.



Fig. 2.



ration zu geben, ist kaum möglich; nur die Thatsache selbst steht fest, dass das Wachsthum der Geschwulst post op. aufgehört hat.

Die Kenntniss dieser Thatsache ist wichtig für die Behandlung analoger Fälle: Man soll operiren, aber zur rechten Zeit aufhören. Beide Patienten wären bei Fortsetzung der Operation durch Verletzung von Gefässen und Nerven schwer geschädigt worden, wären event. zu Grunde gegangen. Den ersten Kranken gab ich erst nach 2stündiger Arbeit, nach Unterbindung der Jug. int. auf, im 2. Falle wurde mir die Situation rascher klar, ich brach die Operation ab, bevor die grossen Gefässe verletzt waren. Am Recurrens hatte ich aber doch so viel herumgezerrt, dass Patientin post op. Parese des entsprechenden Stimmbandes bekam; auch Dies hätte sich vermeiden lassen. Ob noch andere Mittel zur Besserung resp. Beseitigung des Leidens existiren, als partielle Exstirpationen der Geschwulst, Das möge dahingestellt bleiben. Fall II war mit Jodkali innerlich und mit Jodsalben ohne jeden Erfolg behandelt worden, desgl. mit Thyreoidintabletten; es scheint also, als ob vorläufig nur partielle Excision der Geschwulst einen Einfluss auf den entzündlichen Process ausübt.

3) Herr Riedel (Jena): „Demonstration von Präparaten. Dünndarmcarcinom, höchst wahrscheinlich entstanden auf dem Boden einer Darmactinomykose.“ Das Präparat stammt vom einem 49jährigen Collegen, der am 19. Januar 1896 in Jena operirt wurde. Anamnese: Familie gesund, frei von Tuberculose. Pat. selbst gesund, acquirirte im 20. Lebensjahre Gonorrhoe, im 21. ein Ulcus molle; Allgemeinerscheinungen von Lues fehlten (später Vater von 2 gesunden Kindern). Seit Mitte der 80er Jahre gelegentlich Leibschmerzen bei hartem Stuhlgange; sie wurden auf Hämorrhoiden zurückgeführt. 1885 schaffte Pat. sein Fuhrwerk ab und besorgte die Praxis mittelst eines Velocipeds; damals war er noch ausserordentlich kräftig, so dass er weite Fusstouren machen konnte. Allmählig nahmen die Kräfte ab; man schob diese zunehmende Schwäche auf Ueberanstrengung in der Praxis; während der Choleraepidemie, September 1892, brach Pat. vollständig zusammen; er wurde nervös, klagte intensiv über Schmerzen in der linken hinteren Bauchseite; diese Schmerzen dauerten mit Unterbrechungen bis zum Tode fort. Man diagnostirte zunächst leichte Pleuritis; nach 5 Wochen war der Kranke wieder ausser Bett. Im März 1893 schwoll das linke Bein von der Ferse bis zum Knie, wurde braunroth; es kam zur Bildung multipler Furunkel. Pat. war inzwischen Morphiophage geworden, litt umschichtig an Verstopfung und an Diarrhoe; Stuhlgang vielfach farblos, so dass man an ein Leberleiden glaubte. Geformter Stuhlgang wurde im Jahre 1894 vielfach bandförmig gefunden. Anfang Juni 1894 wurden die Leibschmerzen stärker; jetzt wurde eine Geschwulst linkerseits im Bauche entdeckt.

Im October 1894 wurde Pat. vielfach in Jena untersucht, man fand eine mehr als faustgrosse, verschiebbare, wenig deutlich begrenzte Geschwulst in Nabelhöhe; Unterleib erheblich aufgetrieben; kein Fieber; Patient sehr mager und blass. Diagnose berücksichtigte Tuberculose, Actinomykose und Syphilis des Darmes; am wahrscheinlichsten erschien maligne Geschwulst. Anfang 1895 erholte sich Patient, stellte sich Juli 1895 in recht gutem Zustande in Jena vor.

Bis November 1895 leidliches Befinden, dann Zunahme des Leibes bei stärkerer Abmagerung, Erbrechen von kothigen Massen, stärkere Schmerzen. Januar 1896 sehr starkes Kothbrechen; seit 11. Januar kein Stuhlgang mehr.

St. pr. 18. I. 96: Leib extrem aufgetrieben, kein Tumor mehr nachweisbar; deutliche peristaltische Bewegungen des Darmes, anscheinend von rechts nach links verlaufend; sie endigen nach mehreren Minuten mit lebhaft kollernden Bewegungen in der linken Bauchhälfte. Freie Flüssigkeit im Bauche nachweisbar. Ziemlich häufige, äusserst stinkende Ructus, excessiver foetor ex ore. Urin enthält wenig Eiweiss, ist frei von Zucker.

19. I. Schnitt 3 Fingerbreit links von der Mittellinie; sofort entleerte sich viel seröse Flüssigkeit aus dem Bauche; Dünndarmschlingen extrem dilatirt; unter ihnen ein mehr als faustgrosses Convolut von weiss-glänzenden mit einander fest verwachsenen Dünndarmschlingen; hinter denselben im Mesenterium eine klein-apfelgrosse rundliche Geschwulst in nächster Nähe des Darmes.

Weil die Basis der Radix mesenterii frei von Geschwülsten war, konnte man einen dem Convolute entsprechenden Keil aus dem Mesenterium ausschneiden und dann den Tumor aus der Bauchhöhle herauswälzen. Die zuführende armdicke Darmschlinge wurde ca. 20 cm oberhalb des Tumors doppelt unterbunden und durchschnitten, die abführende musste dicht unterhalb der Geschwulst durchtrennt werden; sie gehörte dem untersten Theile des Ileum dicht oberhalb des Coecum an. Nachdem der Koth aus der zuführenden Schlinge entleert war, folgte Einnähung der beiden Darmschlingen in die Bauchdeckenwunde, da sofortige Vernähung der beiden Darmlumina wegen des desolaten Zustandes der zuführenden Schlinge ganz unmöglich war.

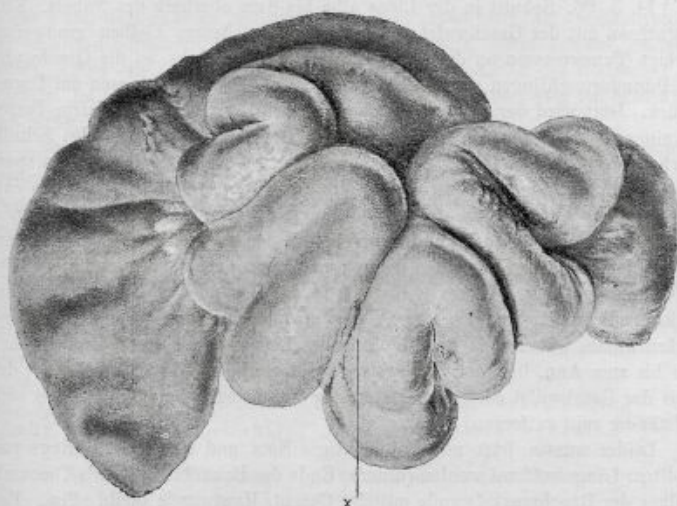
Patient erholte sich leidlich von dem schweren Eingriffe. Im Verlauf der nächsten Tage wurden die äusseren Enden der eingenähten Darmschlingen gangränös; Patient collabirte mehr und mehr und starb am 24. I.

Die Obduction ergab beginnende Peritonitis in der Umgebung der eingenähten Darmschlingen, dazu rechtsseitige Pneumonie. Im Kopfe des linken Nebenhoden fand sich ein erbsengrosser, derber, grauweisser Tumor, der sich bei der mikroskopischen Untersuchung als Actinomyces-Knoten erwies. Gallenblase in ihrer ganzen Ausdehnung mit der Flexura coli verwachsen; erbsengrosser Cholestearinstein sitzt fest im Blasenhalse.

Die entfernte Geschwulst bestand aus dicht aneinander gelagerten verwachsenen Darmschlingen (110 cm); an einer schon äusserlich durch eine geringe Einziehung erkennbaren Stelle (s. die Figur) war das Lumen des Darmes durch eine von der Darmwand selbst entspringende rundliche Geschwulst fast vollständig verlegt. Diesem Tumor gegenüber lag im Mesenterium die oben erwähnte kleinapfel-grosse Geschwulst. Beide erwiesen sich bei der mikroskopischen Untersuchung als Adenocarcinome. Im Uebrigen wurde nur Hypertrophie aller Lagen der Darmwand gefunden; von Actinomykose war nichts zu bemerken.

Trotz dieses negativen Befundes muss angenommen werden, dass primäre Actinomykose des Darmes vorlag; sie führte zu der höchst auffallenden Verklebung der Darmschlingen, deren Folgen Patient schon seit vielen Jahren an sich verspürt hatte. Wahrscheinlich etablirte sich die Actinomykose zu einer

Zeit, als Patient noch Fuhrwerk hielt, also vor 1885; er hielt zwar einen Kutscher, der das Pferd versorgte, fuhr aber meistens allein aus, hatte also auch gelegentlich mit der Fütterung des Pferdes zu thun. Seine Frau berichtete nachträglich, „dass das Schmerzgefühl im Unterleibe viele Jahre vor Ausbruch der Krankheit bestand, doch nicht in so hohem Grade“. Im Laufe der Jahre wurde die Verwachsung der Darmschlinge wahrscheinlich immer intensiver, die Schlingelung derselben nahm zu; schliesslich wird es an irgend einer vorspringenden Falte zu einer Ulceration gekommen sein und auf dem Boden dieses Ulcus entwickelte sich das Carcinom, wahrscheinlich erst seit Sommer 1895. Bei der ersten Vorstellung des Patienten (Herbst 1894) bestand wahrscheinlich nur ein Ulcus; möglich, dass nach Zerfall desselben die Passage wieder freier wurde, so dass Patient sich in der ersten Hälfte des Jahres 1895



wieder erholte. Hätte man ihn damals operirt, so wären die Aussichten für den Kranken wahrscheinlich gar nicht ungünstig gewesen; jetzt kam er in desolatem Zustande hier an; ich plante lediglich eine Enteroanostomose, sah aber nach Eröffnung der Bauchhöhle, dass auch diese ganz unmöglich war wegen der Aufblasung und Erweichung der zuführenden Schlinge. Da auch die Wiedervernähung der Bauchdeckenwunde nicht durchführbar war, weil die Darmschlingen mit enormer Gewalt hervorquollen, so blieb nur Radicaloperation übrig; Patient war derselben nicht mehr gewachsen.

4) Herr Riedel (Jena): „Kindskopfgrosses Sarkom des in der Bauchhöhle retinirten Hodens“. Gebhard W., 38 Jahre alt, Gera. Familie gesund, Pat. desgleichen, abgesehen davon, dass er mit einem Hoden (l.)

geboren ist. Seit dem 14. Lebensjahre trägt er ein Bruchband, um eine an der rechten Inguinalbeuge sitzende Geschwulst zurückzuhalten; diese Geschwulst besteht noch heute.

Seit 4 Jahren bemerkte Pat., dass er stärker wurde, er schob dies auf zunehmenden Fettansatz, befand sich äusserst wohl dabei. Vor 6 Wochen traten Schmerzen beim Bücken und bei energischen Bewegungen auf, bei ruhigem Verhalten fehlten sie; ihm fiel jetzt die Festigkeit des Unterleibes auf. In den letzten Wochen bemerkte er Kurzathmigkeit und Oedem der Füsse. Appetit gut, aber Stuhlgang etwas mangelhaft; Lues wird in Abrede gestellt.

St. pr. Kräftiger gut genährter Mann. In der Unterbauchgegend vom Nabel an ein Mannskopfgrosser, prall gespannter, anscheinend fluctuirender Tumor; ihm anliegend dicht oberhalb des Lig. Poup. ein faustgrosser fester Tumor. Freie Flüssigkeit im Bauche nachweisbar.

14. 3. 96. Schnitt in der Linea alba bis 8cm oberhalb des Nabels. Netz verwachsen mit der Geschwulst; beim Ablösen des Netzes bleiben grauweisse markige Tumormassen an demselben hängen. Oben links ist die Geschwulst mit Dünndarmschlingen verwachsen; es bleiben Geschwulstmassen am Darne zurück. Jetzt wird der rechterseits oberhalb des Lig. Poup. fest fixirte Tumor mit einem Gummischlauch umschnürt und abgetragen, darauf folgt Schnitt oberhalb des Lig. Poup. partii. Zunächst Versorgung der sehr dicken Vasa spermatica; Haupthinderniss sind aber 2 direct aus der Art. und Vena iliaca ext. entspringende Gefässe; sie treten nach kurzem Verlaufe direct in den Tumor ein, sind mit Mühe doppelt und zwar hart an den grossen Gefässen zu unterbinden, letztere selbst verlaufen in grossem Bogen hart an der medialen Seite des Tumors entlang. Dieser selbst ist in der Gegend des Ann. ing. int. am Becken adhaerent; von dort geht der atrophische Samenstrang in's kleine Becken hinab, während in der Richtung des Leistenkanals ein Hydrocelesack sich bis zum Ann. ing. ext. hin erstreckt; derselbe wird gleichzeitig mit der Basis der Geschwulst entfernt; letztere lag durchweg subperitoneal, liess sich vollständig rein entfernen.

Leider musste jetzt noch verdächtiges Netz und eine Darmschlinge von ca. 40cm Länge entfernt werden (unteres Ende des Ileum bis hart an's Coecum), Schluss der Bauchmuskulwunde mittelst Catgut, Hautwunde bleibt offen. Reactionsloser Verlauf; 4 Wochen post op. geheilt entlassen.*)

Die mikroskopische Untersuchung des Tumors ergab Rundzellensarkom. Auf dem Durchschnitte der Geschwulst erscheint eine central gelegene Partie von Wallnussgrösse, durch Farbe und Consistenz etwas vom übrigen Tumor verschieden; möglich, dass dieser Theil der Geschwulst der einstige atrophische, jetzt sarkomatös entartete Hode ist; das Mikroskop gab keinen Aufschluss darüber; es fand sich lediglich Sarkomgewebe an jener Stelle.

Seit langer Zeit nimmt man an, dass retinirte Hoden mit Vorliebe der Neubildung anheimfallen. Die Statistik spricht nicht für diese Ansicht. Gegenüber den zahllosen Fällen von Geschwülsten in normal gelagerten Hoden konnte Kocher doch nur 54 Fälle aus der Literatur zusammenstellen; er

*) Anmerk. während der Correctur: Pat. hat sich Mitte Juni in erfreulichem Zustande frei von Beschwerden vorgestellt.

selbst operirte einen, König 2 Kranke. Die meisten Chirurgen werden nur vereinzelt Fälle gesehen haben, während in jeder Klinik doch pro anno mehrere Hodentumoren operirt werden. Eine grosse vergleichende Statistik über die Häufigkeit von Geschwülsten in freien und in reitirten Hoden ist dringend erwünscht.

5) Herr Schnitzler (Wien): „Zur Kenntniss des aseptischen Fiebers“.*)

6) Herr Storp (Königsberg i. P.): „Zur operativen Behandlung der Hydrocele testis“.**)

Discussion:

Herr von Bergmann: M. H.! Pro domo ein kleines Wort. Ich glaube in der That, dass es keine einfachere Operation geben kann, als die Exstirpation der innersten Schichten der Tunica vaginalis propria. Wie Jemand es fertig bringt, dabei den Samenstrang zu zerreißen und Gangrän des Hodens zu bekommen, ist mir unbegreiflich. Ich wundere mich darüber, aber ich bewundere Das nicht.

Was die Operation selbst betrifft, so betrachte ich sie als eine unnütze Complication gegenüber unserer so überaus einfachen Operation. Die Schwierigkeiten bestehen ja in der That nur dann, wenn es sich um sehr starke Verdickungen handelt, Ablagerungen, speckartige Schwarten und von Cholestearin-Krystallen. Aber da hat ja der Erfinder der neuen Operation die alte bevorzugt. Mehr brauche ich zur Kritik der andern wohl nicht zu erwähnen. Wenn mein junger Herr College, wie ich, 3000 Hydroceelen operirt haben wird, ohne einmal Schwierigkeiten zu finden, so wird er wahrscheinlich schon beim 30. Fall anderer Ansicht sein, als er bei seinem 19. gewesen ist.

7) Herr Heinrich Braun (Leipzig): „Ueber Verkrümmungen des Femur bei Flexions-Contracturen des Unterschenkels.“***)

8) Herr Hoffa (Würzburg): „Die mechanische Behandlung der Kniegelenksverkrümmungen“****)

Discussion:

Herr Braatz (Königsberg i. Pr.): M. H.! Hier herrscht ein kleines Missverständnis. Der Herr College Hoffa sagte, Dies sei das sogenannte Braatz'sche Schienensystem. (Widerspruch des Herrn Hoffa.) (Ich habe es so gehört.) Es ist nämlich meine Schiene gerade darauf abgesehen, die Subluxation aufzuheben und Das zu erreichen ohne alle anderen Vorrichtungen, nur mit meiner Curve. Die Curve ist hier im Ganzen richtig gemacht, aber sie muss etwas weiter nach vorn stehen, und

*) S. Grössere Vorträge und Abhandlungen.

***) Ebendasselbst.

****) Ebendasselbst.

*****) Ebendasselbst.

wenn es hier (Demonstration) gut fixirt ist, so geht es ganz sicher — ich habe sehr schöne Schemata dafür. Es ist leider wie in anderen Fällen auch hier so gewesen, dass man nicht vorher erfährt, was zur Verhandlung kommen wird, dass ich vorher keine Ahnung gehabt habe, dass dieses Thema hier vorkommt, dann wäre es eine Kleinigkeit gewesen, Das einzustecken und mitzubringen, dann hätte ich Ihnen ja gleich demonstrieren können, dass die Subluxation durch meinen Apparat allein aufgehoben wird. Jetzt kann ich mich nicht darauf einlassen, weil Sie auch durch die längste Beschreibung keine Vorstellung davon bekommen, dass Das richtig ist.

Herr Hoffa: Ich kenne selbstredend die verschiedenen Braatz'schen Schemata, aber es gelingt bei solchen Fällen, wie das vorliegende Präparat einen darstellt, nicht, die Subluxation zu corrigiren. Man bewirkt in ausgezeichneter Weise die Distraction der Gelenkenden und Das ist schon ein sehr grosser Vortheil. Ich habe sämtliche Schienen an diesem Präparat nach Ihren Modellen versucht, es ist mir nicht gelungen, die Subluxation zu corrigiren. Theoretisch wäre ja die Correction denkbar, practisch ist sie aber nicht erreichbar.

9) Herr Küttner (Tübingen): „Ueber den Lupus der Finger und Zehen.“ M. H.! Gestatten Sie mir, einige kurze Bemerkungen über den Lupus der Finger und Zehen. Die Affection ist ja im Allgemeinen nicht gerade häufig, und Bernhard v. Langenbeck hat sie sogar auf dem 14ten Congress unserer Gesellschaft für etwas recht Seltenes erklärt. Namentlich interessirt uns dieser Lupus wegen der secundären Veränderungen, wegen der schweren Functionstörungen und Entstellungen, die er an den betroffenen Gliedern hervorzubringen vermag. Das mir zur Verfügung stehende Material bezieht sich auf 11 ausgesprochene Fälle dieser Art aus der Bruns'schen Klinik. Die Veränderungen, welche sich in diesen Fällen fanden, berechtigen zu einer Einteilung derselben in 2 Gruppen. Die erste Gruppe sind die lupösen Verstümmelungen oder Mutilationen; bei ihnen greift der Lupus unaufhaltsam wie eine maligne Neubildung in die Tiefe und zerstört, was sich ihm in den Weg stellt. Bei der zweiten Gruppe bleibt der Lupus oberflächlich und auf die Haut beschränkt, führt jedoch zu Narbencontracturen, Wachstums-hemmungen u. s. w.; diese Fälle möchte ich als lupöse Verkrüppelungen bezeichnen.

Häufiger beobachtet und besser bekannt sind die lupösen Mutilationen, zu denen vier von unseren Fällen gehören. Die Verstümmelung kommt an Fingern und Zehen auf dreierlei Weise zu Stande: Bei dem ersten Modus der Mutilation wird von der Peripherie her eine Phalanx nach der anderen abgestossen, wie Das z. B. bei dem auf der Farbentafel abgebildeten Fusse stattgefunden hat: an demselben fehlen sämtliche Zehen bis auf kleinere Stümpfe. Bei dem zweiten Modus der Verstümmelung werden aus der Continuität einzelne Phalangen ausgestossen und die betroffenen Finger und Zehen auf kleine Nageltragende Stümpfe reducirt. Als Beispiel hierfür zeige ich Ihnen diese Hand; am Daumen und kleinen Finger derselben ist Grund- und Mittelphalanx verloren gegangen und nur die Nagelphalanx erhalten geblieben. Schliesslich kann die

Mutilation noch so zu Stande kommen, dass der Lupus an einer Stelle eines Fingers ringförmig in die Tiefe greift und denselben hier durchtrennt nach Art einer Amputation. Das scheint in dem Falle stattgefunden zu haben, welcher hier dargestellt ist; wenigstens erkennt man auf der Abbildung aus einem früheren Stadium am Mittel- und Ringfinger tiefgehende Schnürfurchen an den Stellen, wo später die Mutilation vor sich geht. In zwei von unseren Fällen bot der Lupus das gewöhnliche Bild der exulcerirenden Form, in den beiden anderen Fällen hatte er den Character des epitheliomartigen Lupus von Busch. Auf die elephantiasischen Zustände will ich nicht näher eingehen wegen der Kürze der Zeit.

Weniger bekannt als der Lupus mutilans ist diejenige Form des Lupus, welche zu Verkrüppelungen führt, und namentlich fehlt es bisher noch fast ganz an anatomischen Untersuchungen über die zu Grunde liegenden Veränderungen. Ich war in der Lage, in 5 von unseren 7 hierhergehörigen Fällen die anatomische Untersuchung vornehmen zu können und habe dabei folgende Resultate bekommen: In allen Fällen lupöser Verkrüppelungen bleibt der Lupus oberflächlich und auf die Haut beschränkt, er greift nicht zerstörend in die Tiefe, ist also gutartiger, als der mutilirende Lupus; trotzdem führt er an den benachbarten Gelenken und Knochen zu schweren Veränderungen und zwar an den Gelenken zu Contracturen, Subluxationen, Luxationen und Ankylosen, an den Knochen zu verschiedenartigen Störungen des Knochenwachstums.

Von den Gelenkcontracturen ist am häufigsten, entsprechend der Häufigkeit des Lupus auf dem Dorsum der Mittelhand, die Contractur der Metacarpo-Phalangealgelenke in Hyperextension, seltener, bei Lupus in der *Vola manus*, in Flexionsstellung. Beide Contracturen neben einander sehen Sie an dieser Hand, der kleine Finger ist hyperextendirt, der Mittel- und Ringfinger flectirt, entsprechend dem Sitze des Lupus. Ausserdem wurden beobachtet vollständige Luxationen der Endphalangen, seitliche Verkrümmungen in sämmtlichen Fingergelenken, ja sogar volare Luxationen im Carpo-Metacarpal- und im Handgelenk. Zu beziehen sind diese Contracturen auf den Narbenzug der Haut; das lässt sich mit Bestimmtheit deshalb behaupten, weil an den untersuchten Fällen makroskopisch und mikroskopisch festgestellt wurde, dass der Lupus die Grenzen der Haut nicht überschritten und namentlich die darunter befindlichen Sehnen intact gelassen hatte.

An den Gelenkflächen finden sich die gewöhnlichen Veränderungen immobilisirter Gelenke, doch kommt es auch wohl, in Zusammenhang mit den chronischen Entzündungsprocessen in der Haut, zu bindegewebigen und vollständigen knöchernen Ankylosen.

Fast ebenso regelmässig wie Veränderungen der Gelenke, beobachtet man beim verkrüppelnden Lupus pathologische Vorgänge an den Knochen, und zwar handelt es sich dabei um Störungen des Knochenwachstums. Während Güterbock, welcher zuerst lupöse Verkrümmungen beschrieb, ein gesteigertes Knochenwachstum constatirte, fanden sich in unseren Fällen ausschliesslich Wachsthumshemmungen, bedingt durch die Inaktivitätsatrophie, die narbigen Veränderungen der bedeckenden Weichtheile, die schweren Contracturen und

Ankylosen der Gelenke. Dass es sich dabei um Wachsthumshemmungen gehandelt hat, geht daraus hervor, dass eine Zerstörung durch den Lupus stets mit Sicherheit ausgeschlossen werden konnte, und dass das Leiden immer im Wachsthumalter aufgetreten war.

Als Beispiel, zu welchen Veränderungen der verkrüppelnde Lupus führen kann, zeige ich Ihnen diesen Arm; derselbe stammt von einem 12jährigen Mädchen und ist vor und nach der Praeparation wiedergegeben. Sie erkennen deutlich die volare Luxation im Handgelenk, durch welche die Hand um mehrere Centimeter am Vorderarm in die Höhe gezogen ist, ferner bestand eine volare Luxatio carpo-metacarpea, Dorsalsubluxationen der Finger, Verkürzungen und Verbiegungen der Metacarpalknochen (letztere in Zusammenhang mit einseitiger Wachsthumshemmung), knöcherne Ankylosen im Gebiete der Handwurzel, Osteoporose sämtlicher Knochen der Hand und des Vorderarms. Angesichts solcher Fälle möchte ich noch einmal hervorheben, dass die Veränderungen, so schwer sie sind, doch mit einer Mutilation nichts zu thun haben und dass der Lupus oberflächlich bleibt. Es ergibt sich daraus wohl die Berechtigung, die verkrüppelnde Form des Lupus von der verstümmelnden zu trennen.

Herr von Bergmann: M. H.! Ich habe die Frage der Catgutsterilisation deswegen in unserer Tagesordnung zurückgesetzt oder verschoben, weil sie ursprünglich sehr in den Vordergrund gerückt werden sollte. Unser berühmtes Ehrenmitglied, Sir Joseph Lister, hatte einen Vortrag über die Sterilisation des Catgut und ihre Bedeutung angekündigt. Er war im letzten Augenblick verhindert worden, unseren Congress zu besuchen, und die daran sich schliessenden Vorträge, glaubte ich, würden hier nicht mehr zu Ende geführt werden können. Nun wünschte ich nur noch, dass Hr. Hofmeister einmal uns das Recept mittheilt, das er für eine gute Catgutsterilisation jetzt nach vielfachen Versuchen sich erdacht hat. Dadurch bekommen wir wenigstens Etwas davon zu hören.

10) Herr Hofmeister (Tübingen): „Ueber Catgut-Sterilisation durch Auskochen.“ M. H.! In Anbetracht der vorgeschrittenen Zeit will ich Ihnen den Vortrag über die Verwendung des idealsten aller unserer Sterilisationsmittel nämlich des kochenden Wassers zur Keimfreimachung des Catgut in extenso ersparen und will mich im Wesentlichen darauf beschränken, Ihnen einige technische Winke zu geben, deren Beachtung absolut nothwendig ist, wenn ein gutes Resultat erzielt werden soll. Nach unseren Erfahrungen über die Leistungsfähigkeit der Kochmethode, speciell nach den Untersuchungen von Schimmelbusch, brauche ich ja einen Beweis dafür, dass ein Material, das 30 Minuten im Wasser gekocht werden kann, dadurch steril wird, eigentlich kaum zu erbringen, und es kann nicht Wunder nehmen, dass meine sämtlichen Proben, die ich in dieser Richtung angestellt habe, — ca. 50 an der Zahl — sich bei 14tägiger Haltung im Probeschrank keimfrei erwiesen haben.

Mein Sterilisationsverfahren beruht auf der zuerst von Photographen erkannten Thatsache, dass das Formalin die Fähigkeit besitzt, Leims-substanzen

in der Weise zu verändern, dass sie ihre Löslichkeit in kochendem Wasser verlieren. Ich habe die Methode in ihren Hauptzügen schon im Februar d. J. publicirt, und wenn ich es heute wage, noch einmal darauf zurückzukommen, so geschieht es deshalb, weil eben gewisse technische Feinheiten, deren detaillirte Feststellung mir erst in den letzten Monaten möglich war, zum Gelingen der Methode nothwendig sind. Ich glaube, Ihnen den besten Dienst zu thun, wenn ich Ihnen, anstatt diese technischen Feinheiten ausführlich vorzutragen, eine gedruckte Vorschrift hier zur Vertheilung bringe*). Ich möchte zu derselben nur bemerken, dass unter Punkt 4 sich ein Druckfehler eingeschlichen hat, indem 1‰ Sublimat-Alkohol zur Aufbewahrung empfohlen wird; es soll natürlich 1‰ Sublimat-Alkohol heissen.

Sie finden in dieser Anweisung alle wesentlichen Punkte. Ich möchte nur 2 derselben hier ganz besonders betonen. Es ist für die Erhaltung eines zuverlässigen zugfesten Präparates absolut nothwendig, dass der Faden straff gespannt ist und dass das Formalin vor dem Kochen gründlich durch fließendes

Vorschriften für die Sterilisation des Catgut durch Auskochen in Wasser nach Dr. Hofmeister (Tübingen).

*) Das Rohcatgut wird ohne weitere Vorbehandlung auf starke Glasplatten, oder vernickelte Eisenrahmen gewickelt, so dass Faden neben Faden in einer Schicht zu liegen kommt. Der Faden muss sorgfältig und unter möglichst straffer Spannung aufgezogen werden. Anfang und Ende werden festgeknüpft. Die Knoten zwischen den einzelnen Fadenstücken müssen sicher geschürzt sein.

Das aufgewickelte Catgut wird:

- 1) auf 12—48 Stunden in 2—4‰ Formalinlösung gelegt,
- 2) zur Entfernung des überschüssigen Formalins in fließendem Wasser mindestens 12 Stunden lang ausgewaschen,
- 3) 5—20 Minuten in Wasser gekocht,
- 4) nachgehärtet und aufbewahrt in Alkohol abs. (+ 5‰ Glycerin und 4‰ ac. carb. oder 1‰ Sublimat, je nachdem man Metallrahmen oder Glasplatten benützt). Für den Gebrauch werden die Fadenträger aufrecht in einen länglichen Glastrog gestellt; so lässt sich der Faden bequem abziehen, haftet aber doch so fest, dass er sich nicht spontan ablöst.

Bemerkungen.

Während die Concentration der angewandten Formalinbeize und die Kochzeit das Resultat nicht wesentlich beeinflussen, ist die exacte Aufwicklung und gründliche Auswässerung für die Erzielung eines brauchbaren Materials unerlässlich. Die straffe Anfangsspannung, welche durch die Formalinwirkung noch bedeutend erhöht wird, (deshalb starke Rahmen!) muss erhalten bleiben bis zur Vollendung der Härtung. Die Rahmen müssen also mindestens einige Stunden in Alkohol gestanden haben, bevor man das festgeknüpfte Fadenende löst. Bei mangelhafter Spannung wird der Faden dick und gummiähnlich elastisch, so dass er als Ligaturmaterial sich schlecht eignet.

Wird das Formalin vor dem Kochen nicht gründlich ausgewaschen, so wird der Faden brüchig. Die Anordnung der Fäden in nur einer Schicht bietet die beste Gewähr für gleichmäßigen Zutritt sowohl des Formalins als des Wasch- und Kochwassers.

Das ausgewaschene Catgut kann vor dem Kochen ohne Schaden beliebig lange in Alkohol aufbewahrt werden; auch kann man einmal gekochtes Catgut wiederholt auskochen, wenn man das Fadenende wieder festknüpft, um die Spannung zu erhalten.

Wasser ausgewaschen wird. Dann aber können Sie mit absoluter Sicherheit darauf rechnen, dass Sie ein Präparat bekommen, dass die volle Zugfestigkeit des verwendeten Rohmaterials wiedergibt. Ich werde Ihnen sogleich Fäden demonstrieren, welche 10 Minuten im Wasser gekocht sind, und Sie werden sich durch persönliche Prüfung überzeugen, dass Das, was ich Ihnen hier behauptet habe, thatsächlich richtig ist.

Wichtig für das Gelingen ist noch — Das will ich auch noch hervorheben — dass man den Faden nur in einer Schicht den verschiedenen Agentien aussetzt. Ich benutze, um Dies zu erreichen, Glasplatten, die ich zur Demonstration mitgebracht habe.

Die Vorzüge des Verfahrens bestehen einmal in der absolut sicheren Keimtödtung, dann in der Erhaltung der vollen Zugfestigkeit des Roh-Catgut, und endlich in der Vermeidung von complicirten und theuren Apparaten. Der einmal aufgewickelte Faden braucht vom Beginn der Sterilisation bis zum Gebrauch mit den Fingern nicht mehr berührt zu werden.

Noch einen Punkt muss ich kurz berühren. Es hat sich herausgestellt, dass das mit Formalin vorbehandelte Catgut auch nach dem Kochen schwerer resorbirbar ist, als anderweitig präparirtes Material, speciell als der Sublimat-Catgut. Meine Versuche haben aber ergeben, dass die Resorption nicht etwa vollständig aufgehoben, sondern nur ein wenig verlangsamt ist. Wäre die Resorption vollständig aufgehoben, so würde man ja mit Recht fragen: Wodurch unterscheidet sich das Material noch von der Seide?

Ich darf Ihnen nun wohl einige der von mir präparirten Fäden zur Probe herumschicken. Diese Fäden sind nach der entsprechenden Vorbehandlung 10 Minuten im Wasser gekocht. Sie besitzen eine Zugfestigkeit von 10—24 kg.

In der Bruns'schen Klinik wird meine Methode seit Februar benutzt und hat nach jeder Richtung sehr befriedigt.

Herr von Bergmann: M. H.! Wir sind mit den Arbeiten, so gross die Zahl der Meldungen auch war, doch ziemlich zu Ende gekommen. Ich hoffe, wir haben auch diesmal Das, was wir erarbeitet hatten, zu wahren verstanden, und Das, was uns bekannt war, durch viel Neues und Schönes vermehrt. Insofern treten wir unter günstigen Auspicien in unser neues Vierteljahrhundert ein.

Indem ich Ihnen meinen Dank, auch für Ihren freundlichen Besuch, ausspreche, hoffe ich, dass Sie angenehme Erinnerungen an diesen unseren Jubelcongress mit nach Hause nehmen werden.

Herr Bruns (Tübingen): M. H.! Ehe wir auseinandergehen, wollen wir unseren Dank abstaten unserem allverehrten Präsidenten, der den Jubelcongress so glänzend vorbereitet und so meisterhaft geleitet hat. Unser hochverehrter Präsident, Herr von Bergmann lebe hoch! (Die Anwesenden erheben sich und stimmen freudig 3 mal in das Hoch ein.)

Herr von Bergmann: Ich danke Ihnen, m. H., und wenn Sie mir nach 25 Jahren wieder die Ehre schenken, den nächsten Jubelcongress zu leiten, (Beifall) so verspreche ich Ihnen, dass das Langenbeckhaus hinaufgewachsen

sein wird zu einer Höhe wie das Reichstagsgebäude, in dem wir zuerst in diesen Festtagen zusammenkamen.

Herr Riedel (Jena): M. H.! Die Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins hat uns vorgestern im Kroll'schen Etablissement ein wundervolles Fest gegeben. Es fand sich dort keine Gelegenheit, den Herren zu danken für dieses Fest. (Beifall.) Wir wollen aber Berlin nicht verlassen, ohne noch einmal ausdrücklich für diese Auszeichnung, die uns zu Theil geworden ist, zu danken! Dank dem Dichter, der die herrlichen Verse geschrieben hat! Dank den Künstlern, welche die schönen Bilder gestellt haben, und Dank vor allen Dingen dem Vorstande dieses Vereins, der das Ganze entritt hat. Ich glaube in Ihrer Aller Sinne gesprochen zu haben. (Lebhafter Beifall.)

(Schluss der Sitzung und des Congresses 3 Uhr 48 Minuten.)

A b h a n d l u n g e n.