

dauernde Menses, in der letzten Woche heftige, in die Beine ausstrahlende Unterleibsschmerzen und Fieber. Der im Juni konstatierte entzündliche, kleinfaustgroße, druckempfindliche Adnextumor wurde kleiner, die Frau legte sich zu erholen und verließ die Anstalt. Wegen schwerer Blutungen kam sie im Dezember wieder und wurde am 29. Dezember laparotomiert. Der mit Netz, Darm und Peritoneum verwachsene, der rechten Tube angehörige Tumor wurde mit dem anscheinend normalen rechten Ovar und dem Uterus entfernt. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein Carcinoma tubulare, wahrscheinlich ein primäres Tubenkarzinom. Ein Neoplasma des Magens konnte nicht nachgewiesen werden, das rechte Ovar ist frei von Neubildung.

**Assistent Dr. P. Werner: Doppelseitiges Luxationsbecken.** Die vorgestellte 21jährige, am Schwangerschaftsende befindliche Frau hat angeblich durch Sturz in der frühesten Kindheit die zu beschreibende Gestaltsveränderung erfahren. Der Gang der Frau ist mühsam, watschelnd. Eine hochgradige Lordose zwingt die Wirbelsäule in einen Bogen, dessen oberer Schenkel vertikal, ja sogar ein wenig nach hinten, dessen unterer Schenkel ungefähr horizontal verläuft. Hochgradiger Hängebauch. Das Kreuzbein steht horizontal. Es besteht eine sogenannte Luxatio iliaca. Die Oberschenkel konvergieren nach unten und sind nach innen rotiert. Hochgradiges Genu valgum. Infolge der stark vermehrten Beckenneigung sieht die Vulva direkt nach hinten. Koitus und Untersuchung können nur von hinten vorgenommen werden. Erste Steißlage. Beckenmaße: 25, 25 $\frac{1}{2}$ , 32, 19. Die Conj. diag. dürfte 10 cm betragen. Trotz der Anamnese dürfte es sich wohl um eine angeborene Anomalie handeln, deren Bestand erst gelegentlich des Traumas aufgedeckt wurde und die durch die Belastung des Beckenbodens während des Heranwachsens der Pat. deutlicher wurde. Vortr. bespricht die Ätiologie unter Hinweis auf die Untersuchungen von Breus und Kolisko sowie auf die geltenden Ansichten von H. H. Hirsch, welcher annimmt, daß die eigene Wachstumsenergie des Femur bei der gepreßten Lage des Fötus (Oligohydramnie) zur kongenitalen Hüftgelenkluxation führe. Zum Schlusse demonstriert Werner einige Röntgenbilder des Falles.

**Doz. I. Fischer: 2 Obduktionsbefunde.** Im 1. Fall handelte es sich um eine 44jährige Frau, die Fischer am 28. Dezember 1915 im Zustande höchstgradiger Anämie sah. Keine Reaktion auf Fragen und Anrufe. Vor der Vulva Koagula. Anscheinend normalgroßer Uterus und normale Adnexe. Nach Angabe der Umgebung hatte Pat. die letzten Menses vor 6 Wochen und seit 2 Wochen andauernde Blutungen. Tamponade, Überbringung in eine Anstalt. Da bei der Inzision des Douglas etwas blutig-seröse Flüssigkeit sich entleert, wird sofort laparotomiert; es ergeben sich vollkommen normale Verhältnisse am Genitale. Unmittelbar post op. erfolgte der Exitus. Bei der Sektion wurde als Todesursache **chronische Metritis** festgestellt. — 3 Tage später wurde Fischer zu einer 29jährigen Frau gerufen, die im 5. Monat ihrer zweiten Schwangerschaft sich befand. Tags vorher Schüttelfrost, dann wieder Wohlbefinden. 2 Stunden vor Ankunft des Vortr. hatte die Frau Krämpfe und verlor das Bewußtsein. Fischer fand die Frau komatös und als auffälliges Symptom eine ausgesprochene Nackensteifigkeit. Die Harnuntersuchung ergab reichlich Eiweiß, keinen Zucker. Lumbalpunktion ohne Resultat. Sektio caesarea vaginalis. Tod am nächsten Tage. Die Sektion ergab neben einer **Meningitis cerebrospinalis epidemica deutliche Zeichen von Leberveränderungen**, wie sie für Eklampsie als pathognomonisch angesehen werden, so daß die Frage offen bleibt, ob es sich nicht um eine Kombination von Meningitis mit Eklampsie gehandelt haben könnte.

Prof. E. Wertheim demonstriert einige Bilder zur Erklärung des Operationsverfahrens bei der **Auflagerung der Portio auf die Sacro-uterin-Ligamente.**

### Verein für Psychiatrie und Neurologie in Wien.

Sitzung vom 8. Februar 1916. — Orig.-Ber. d. „W. M. W.“

Vorsitzender: Hofrat Prof. Dr. H. Obersteiner.

Schriftführer: Assistent Dr. M. Schacherl.

Ass. Dr. J. Bauer demonstriert einen **Fall von mächtigen Osteoidsarkomen des Schädeldaches und der Lendenwirbelsäule mit Metastasen in der Leber und auffallend**

**geringen nervösen Erscheinungen.** Der jetzt 24jährige Pat. ließ sich vor einiger Zeit wegen einer Schädelgeschwulst in die Poliklinik aufnehmen. Bei der Untersuchung konstatierte man bei ihm einen großen kugeligen Tumor des Schädeldaches, der auffallende Härte, Druckschmerzhaftigkeit und Gefäßreichtum aufweist. Die Röntgenuntersuchung ergibt, daß das Schädeldach vom Tumor durchwachsen ist. Ein dem beschriebenen ähnlicher Tumor ist links an der Lendenwirbelsäule vom vierten Lendenwirbel ausgehend nachweisbar. Die Leber ist vergrößert, grobhöckerig und stellenweise knochenhart. Mäßige Urobilinogenurie. Im Blute mäßige Leukocytose mit normalem prozentualen Verhältnis der einzelnen Leukocytenformen. Bemerkenswert ist ferner, daß nur geringe Kompressionssymptome, keine Stauungspapille, keine zerebralen oder spinalen Reiz-, respektive Ausfallserscheinungen bestehen und nur Reflexstörungen an den Beinen vorhanden sind. Erwähnenswert ist auch der äußerst protrahierte Verlauf der Erkrankung, die bei dem bis dahin gesunden Burschen im 14. Lebensjahr mit sehr heftigen Schmerzen in der linken Lendengegend begann. Nach Jahren entwickelte sich erst die Schädelgeschwulst unter Kopfschmerzen, die allmählich gänzlich schwanden. Im Jahre 1912 war der Schädel tumor noch sehr klein. Der Fall ist in mehrfacher Hinsicht interessant: Erstens wegen der Seltenheit derart schleichend verlaufender Knochensarkome. Ferner dürfte auch der Schädel tumor bereits eine Metastase des Wirbeltumors darstellen. Außerdem ist das Fehlen besonderer Nervenerscheinungen sowie die Kleinheit des Pat. und die Grazilität seines Skelettes hervorzuheben. Auch zwei Geschwister des Pat. sind auffallend klein. Es scheint also im vorgestellten Falle um eine konstitutionell minderwertige Anlage des Skelettes zu handeln.

**Dr. Hermine Lichtenstern: Über die Erfolge der Vasotoninbehandlung** (nach Dr. Bergenthal in Düsseldorf) **bei neuralgischen Schmerzen nach Schußverletzungen und Ischias.** Vasotonin ist eine Doppelverbindung von Jodiminonitrat und Urethan mit druckherabsetzender Gefäßwirkung. Vortr. hatte in drei Fällen von Schußverletzung des Nervus ischiadicus, ferner in vier Fällen von Ischias und in einem Falle von Trigeminusneuralgie, die monate-, ja jahrelang jeder anderen Behandlungsmethode gegenüber sich refraktär verhalten hatten, das Mittel angewandt. Die sieben Fälle mit Beschwerden von seiten des Nervus ischiadicus wurden ausnahmslos durch das Vasotonin günstig beeinflusst, sogar zum Teil von den Schmerzen dauernd befreit. Bei der Trigeminusneuralgie wurden die Schmerzen, die im dritten Aste stärker waren, günstig beeinflusst, die im zweiten Aste weniger. Auch hatte dieser Kranke Kopfschmerzen nach den Injektionen im Gesichte. Bei den übrigen sieben Pat. traten keine Nebenerscheinungen auf, was vielleicht darauf zurückzuführen ist, daß es sich um jüngere und junge Menschen noch ohne Gefäßveränderungen handelt. Bei älteren Individuen ist sicherlich Vorsicht bei der Vasotininanwendung geboten.

**Prof. E. Redlich: Zur Frage der Entschädigung der traumatischen Neurosen im Kriege.** Einleitendes Referat von E. Redlich, der die folgenden Leitsätze zur Diskussion stellt: 1. Die Behandlung und Versorgung der im und durch den Krieg nervös Erkrankten gehört schon wegen der großen Zahl der einschlägigen Fälle mit zu den wichtigsten und schwierigsten Fragen der Invalidenfürsorge. 2. Die sogenannte traumatische Neurose ist weder pathogenetisch noch klinisch eine einheitliche Krankheitsform, da die gleichen Bilder auch infolge von Erschöpfung, nach akuten Infektionskrankheiten u. a., ja selbst bei Individuen vorkommen, die niemals im Felde gewesen sind. Der Ausdruck traumatische Neurose ist daher möglichst zu vermeiden, schon deswegen, weil mit ihm vielfach ganz irrtümliche Vorstellungen über die Schwere, selbst Unheilbarkeit des Leidens verknüpft werden. Statt dessen sind, wenn irgend möglich, die Krankheitsbilder nach ihren Symptomen als solche zu bezeichnen. 3. Für das Zustandekommen dieser nervösen Symptome kommen in erster Linie psychische Momente in Betracht, speziell für die hysterischen Formen; es handelt sich vornehmlich um sogenannte psychogene Krankheiten. Vielfach spielt auch eine nervöse Disposition mit; viele der Kranken sind schon vor dem Kriege nervös oder mindestens dazu veranlagt gewesen. Auch die vorausgegangenen Strapazen, schwächliche Konstitution u. a. sind oft von Bedeutung. Dies gilt besonders für neurasthenische Bilder. 4. In prophylaktischer (vorbeugender) Beziehung empfiehlt es sich, nervös Erkrankte nach deutschem Muster tunlichst zunächst in Erholungs-

heimen hinter der Front zu versorgen, auch Spitalsabteilungen unter Leitung von Psychiatern (Nervenärzten) hinter der Front zu errichten, da erfahrungsgemäß Heimatsurlaube oder Verbringung in Spitälern im Hinterland höchst ungünstig einwirken, sehr oft erst hier nervöse Symptome zur Entwicklung kommen. Kriegsmüdigkeit der Betroffenen fixiert mitunter die Erscheinungen. 5. Die Vorhersage dieser Fälle muß prinzipiell als eine gute bezeichnet werden. 6. Die Behandlung muß entsprechend dem Zustandekommen der Symptome in erster Linie eine psychische sein; erst in zweiter Linie stehen alle sonst in der Behandlung nervös und psychisch Erkrankter bewährten Heilmethoden. 7. Die Behandlung soll, wenn irgend möglich, in eigenen Spitälern oder Spitalabteilungen, die der Leitung erfahrener Nervenärzte oder Psychiater unterstehen, durchgeführt werden. Zu diesem Zwecke sollen in jedem Korpsbereich nach Bedarf eine oder mehrere solche Spitalsabteilungen geschaffen werden. Die Behandlung im Spital soll als obligatorisch erklärt werden. 8. Sie muß in allen Fällen die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zum Ziele haben und sind zu diesem Behufe alle sonst der Invalidenfürsorge angereichten Arbeitsmöglichkeiten mit heranzuziehen. 9. Bei der Entschädigung und Versorgung bislang ungeheilte Fälle müssen die langjährigen, ausgedehnten Erfahrungen aus der zivilen Unfallpraxis herangezogen werden. Eine Entschädigung hat nur insoweit zu erfolgen, als die Krankheitszustände durch den Krieg selbst bedingt oder mindestens verschlechtert wurden. 10. Fortlaufende Renten bis zur Heilung mit periodisch stattfindenden ärztlichen Untersuchungen sind prinzipiell zu verwerfen; sie dienen nur dazu, die Krankheitszustände zu stabilisieren und die Rückkehr zur Arbeitsfähigkeit illusorisch zu machen. Die vielfach empfohlene einmalige Kapitalsabfindung birgt die Gefahr unzweckmäßiger Verwendung der zugesprochenen Geldsummen in sich und setzt dadurch den Empfänger der Not aus. Am meisten empfiehlt sich die Zuerkennung einer zeitlich begrenzten, automatisch endigenden Rente, während welcher der Kranke sich an die Arbeit zu gewöhnen hat, „Gewöhnungsrente“. 11. Für die Entscheidung in diesen für die Allgemeinheit wie für den Betroffenen gleich wichtigen Fragen sollen in erster Linie die Leiter der oben erwähnten Nervenstationen herangezogen werden, die in zweifelhaften Fällen eine Beobachtung in der Station für notwendig erklären können. 12. Für schwierigere Fälle soll in jedem Korpsbereich ein ärztliches Schiedsgericht bestellt werden, das aus einem höheren Militärarzt und zwei Fachärzten bestehen soll und dessen Entscheidung inappellabel ist.

## Referate.\*)

### Ohrenheilkunde.

**Die Hinterkopftraumen vom Standpunkte des Otologen und des Militärarztes.** Von Dr. R. Goldmann (Iglau). (Arch. f. Ohren- u. Nasenkrankheiten Bd. 98, H. 4.) — Goldmann unterscheidet in bezug auf die Koordinationsstörung 2 Typen. Bei dem einen besteht ein beiderseitiges Vorbeizeigen, wobei der Pat. nach der Seite des Vorbeizeigens fällt. Er glaubt, daß es sich in diesen Fällen um eine Affektion handelt, die peripher von den Vestibulariskernen zu lokalisieren ist. Beim 2. Typus zeigt der Kranke mit einem oder beiden Armen nach außen, seine Fallrichtung geht zur Seite der stärkeren Affektion. Dieses Vorbeizeigen in den Armen, das durch kalorischen Labyrinthreiz nicht zu beeinflussen ist, sieht Goldmann als ein für eine Verletzung des Hinterkopfes fast charakteristisches Symptom an. Er stützt seine Erfahrung auf 21 Fälle. Außer den indirekten Läsionen müssen auch die direkten Läsionen der hinteren Schädelgrube beachtet werden, also Fälle, bei denen sich außer dem Ausfall der kalorischen und akustischen Erregbarkeit ein Fehlen jeglicher Reizerscheinungen feststellen läßt. Bemerkung des Referenten: Bei den sicherlich nicht zu übersehenden Untersuchungen Goldmanns, die sich vor allem auf die Barany'schen Theorien stützen, darf doch nicht übersehen werden, wie schwer gerade bei solchen Fällen oft funktionelle Erscheinungen von organischen zu differenzieren sind, wobei außerdem nicht zu vergessen ist, wie gern Neurotiker sich ihnen bisher unbekanntem Untersuchungsmethoden anpassen.

\*) Die unter dieser und der folgenden Rubrik besprochenen Veröffentlichungen sind zu beziehen durch die k. u. k. Hofbuchhandlung Moritz Perles, Wien I. Seilergasse 4 (nächst dem Graben).

**Beitrag zur Infektion mit Streptococcus mucosus.** Von Dr. Ernst Winkler (Bremen). (Arch. f. Ohrenheilk. Bd. 96, H. 3.) — Die Wiener otologische Klinik ist seit Jahren gewohnt, den durch Streptococcus mucosus bedingten Mittelohrinfektionen wegen der Tücke ihres Verlaufes, wegen der Eigenartigkeit des Trommelfellbildes und wegen der aus scheinbarem Wohlbefinden plötzlich einsetzenden Komplikationen eine Sonderstellung einzuräumen. Um so überraschender sind die Beobachtungen des Verf., der behauptet, daß die Streptococcus mucosus-Infektion keine anderen Veränderungen setzt als die übrigen Eitererreger. Bei Streptococcus pyogenes, bei lanceolatus und aureus, ja sogar bei albus sollen akute Nachschübe eines latent bestehenden Entzündungsherdes häufiger beobachtet werden als bei mucosus. Die Röntgenbilder können unter Umständen für die Diagnose in zweifelhaften Fällen sehr wertvoll sein. Eine Erklärung für die sicherlich genauen und gewissenhaften Beobachtungen des Autors und ihrem Widerspruch mit den an zahlreichen Fällen bestätigten Beobachtungen der Wiener Schule läßt sich nur schwer geben.

**Über die plastische Deckung von Duradefekten nach Abtragung von Hirnprolapsen in der Otolochirurgie.** Von Doz. Dr. O. Mayer (Wien). (Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 73, H. 1.) — Auf Grund der in der Literatur niedergelegten Erfahrungen, die die ungünstigen Folgen einer festen Verwachsung der Hirnoberfläche mit dem sie deckenden Periosthautlappen ergeben, schlägt Mayer vor, auch den Duradefekt sogleich nach Abtragung des Prolapses plastisch zu decken. Da nach vollendeter Epidermisierung des Prolapses die Operation technisch schwieriger ist, so soll der Epidermisierungsprozeß nicht abgewartet werden, zumal die Erfolge bei granulierenden Wunden sich immer günstiger gestalten. Genaue Beschreibung und Besprechung eines Falles, bei dem Mayer die von Hacker vorgeschlagene Methode angewendet hat und der mit äußerst günstigem Erfolge der Heilung zugeführt wurde.

**Über typhöse und posttyphöse Mastoiditis.** Von Doz. Dr. Ernst Urbantschitsch. (Monatschr. f. Ohrenheilk. 1916, H. 1.) — Beobachtung von 28 Fällen, die mit Krankengeschichten genau angeführt werden. Der Beginn der Mittelohrentzündung fällt in den meisten Fällen in die 5. Typhuswoche. Sehr frühzeitiger Beginn scheint selten zu sein. Die meisten Operationen wurden 2—2½ Monate nach Typhusbeginn vorgenommen. Unter jenen Fällen, die später zur Operation kamen, war 2 mal die Totalaufmeißelung der Mittelohrräume notwendig. In 1/3 der Fälle waren die Beschwerden nur lokaler Natur, in den übrigen bestand vor allem heftiger Kopfschmerz, der auf die Seite der Erkrankung lokalisiert wurde. Die typhöse, respektive posttyphöse Mastoiditis zeigte folgende Eigentümlichkeiten: Neigung zu intensiver Knochenzerstörung, wie Fistelbildung, Sequesterbildung, ferner Neigung zu exzessiver Granulationsbildung bei verhältnismäßig geringer Eiterung. Ferner besteht die Tendenz des Übergreifens der Entzündung auf die Sinuswand. Merkwürdig ist der fieberlose Verlauf, selbst in jenen Fällen, bei denen sich eine Thrombophlebitis bei der Operation fand. Außerdem fehlen sehr häufig pyämische Erscheinungen bei Sinusthrombose, so daß eine Jugularisunterbindung in der Regel nicht erforderlich ist. Trotz der oft ausgedehnten Zerstörung erfolgt die postoperative Heilung meist rasch und vollständig. Als Eitererreger fand Urbantschitsch in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle Strepto- und Staphylokokken, sehr selten Typhusbazillen.

**Über das angebliche Hörvermögen der Fische und des Zwergwelses.** Von Prof. O. Körner (Rostock). (Zeitschr. f. Ohrenheilkunde Bd. 73, H. 4.) — Aus den Untersuchungen Körners ergibt sich, daß ein Hörvermögen der Fische nicht nur bis jetzt unbewiesen, sondern wahrscheinlich auch unbeweisbar ist. Damit schwindet unsere Hoffnung, auf dem Wege der vergleichenden Anatomie und Physiologie die Frage entscheiden zu können, ob dem menschlichen Vorhof-Bogenapparat neben seiner statischen auch noch eine akustische Funktion zukommt. Nur die klinische Beobachtung in Verbindung mit der pathologisch-anatomischen Untersuchung wird hier zum Ziele führen können.

**Saprogene Pneumatocele supramastoidea bei chronischer Mastoiditis.** Von Dr. O. Muck in Essen. (Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 73, H. 4.) — Unter Pneumatocele supramastoidea wird bekanntlich eine Luftansammlung im Perikranium verstanden, welche vom Warzenfortsatze sich teils nach auf-, vor- und rückwärts aus-