



Casuistische Beiträge  
zur  
Aetiologie und Symptomatologie  
des Morbus Basedowii.

---

Inaugural-Dissertation

zur  
Erlangung der Doctorwürde  
in der  
**Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe,**  
welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Fakultät  
der Königl. Universität zu Greifswald  
am

Montag, den 14. August 1893,

Nachmittags 1 Uhr,

öffentlich verteidigen wird

**Carl Troschke**

aus Bärwalde i. d. Neumark.

---

Opponenten:

Herr Dr. med. Schreyer, pract. Arzt.  
Herr cand. med. Ahlefelder.

---

Greifswald.

Druck von Julius Abel.  
1893.





Seinen teuren Eltern  
und seinem lieben Bruder Paul

in Liebe und Dankbarkeit.

gewidmet

vom

Verfasser.

Der Symptomcomplex des Morbus Basedowii, der ursprünglich sich aus Struma, Herzpalpitation und Exophthalmus zusammensetzte, ist schon seit Jahren erweitert worden. Durch Charcot wurde 1862 als sehr wichtiges Zeichen für diese Krankheit das Zittern (Tremor) dem bekannten Symptomtrias hinzugefügt; der Elektrotherapeut Vigoureux lenkte die Aufmerksamkeit auf den häufig für den galvanischen Strom herabgesetzten Leitungswiderstand der Haut bei Morbus Basedowii. Der berühmte Augenarzt A. v. Graefe stellte als kennzeichnend das nach ihm benannte Phaenomen auf, nämlich die Insufficienz der Augenlider bei gehobener bzw. gesenkter Blickebene. Ebenfalls bereicherte der Augenarzt Stellwag v. Carion 1869 die Symptomatologie der Krankheit durch das Stellwag'sche Zeichen, das in einer Verminderung des unwillkürlichen Lid-schlages besteht. In der allerneuesten Zeit hat P. Guttman auf die Bedeutung des arteriellen Struma-geräusches aufmerksam gemacht, wodurch sich diagnostizieren lasse, ob die Struma durch Morbus Base-

dowii verursacht sei oder anderweitig herrühre: In edem Falle von Morbus Basedowii nämlich hört man, auch wenn am Herzen reine Töne vorhanden sind, über dem Struma ein dem Pulse isochrones, arterielles Geräusch, dessen Ursache in der Herzhypertrophie und in den unregelmässig erweiterten Arteriae thyreoideae zu suchen sind.

Keineswegs aber erschöpfen diese genannten krankhaften Erscheinungen das Bild des Morbus Basedowii. Bei allen Fällen kann man stets auch eine erhöhte Empfindlichkeit des ganzen Nervensystems konstatieren, und ferner lassen sich im Verlauf der Krankheit noch Symptome beobachten, die allerdings auch in Gefolgschaft anderer Krankheiten gelegentlich auftreten, als solche sind hervorzuheben: Neigung zu profusen Schweissen (Charcot), vermehrtes Hitzegefühl (Seeligmüller), unregelmässige Menstruation (P. Guttman), Erbrechen wässriger Massen (Schweigge), gesteigerte alimentäre Glycosurie (P. Chvostek), krampfartiger Husten (Oppenheim), braune Pigmentierung der Haut, Hautjucken (Loeb), psychische Störungen (Ballet, Joffroy).

Was nun die Entstehungsursache des Morbus Basedowii anlangt, so sind in der Litteratur Fälle

angegeben, welche zum plötzlichen Entstehen der Krankheit geführt haben. Unter anderem wird angeführt psychische Aufregung (Solbrig), heftiger Schreck (Laycock), forcierte Cohabitation (v. Graefe), ferner Kopfverletzung und Applikation von Blutegeln (v. Graefe), Verletzungen des Hinterhaupts (J. Begbie). Darin nur sind alle Autoren einig, dass es gewisse prädisponierende Momente für das Entstehen der Krankheit giebt. So wird das männliche Geschlecht viel weniger häufiger befallen als das weibliche — unter 49 Basedow-Kranke von J. Russel Reynold waren 48 weiblich und nur einer männlich (The Lancet)—, ebenfalls ist das mittlere Lebensalter zwischen Pubertät und den klimakterischen Jahren vorzugsweise beteiligt. Ferner muss bei Basedow'scher Krankheit eine nervöse — angeborene oder acquirierte — Disposition unbedingt angenommen werden.

Auf Grund einer solchen Disposition konnte, wie Rosenberg in seiner Diss. Greifswald 1890 berichtet, in der Greifswalder medizinischen Klinik beobachtet werden, wie bei 3 Fällen plötzlich nach überstandener Influenza Morbus Basedowii auftrat.

Doch über den eigentlichen anatomischen Sitz

der Krankheit gehen die Ansichten der Forscher weit auseinander.

Die Ätiologie für Morbus Basedowii sollte im Blute liegen, durch Anaemie und Chlorose verursacht. P. Guttman hat indessen genügend dargethan, dass Anaemie und Chlorose als Folgezustände von Basedow'scher Krankheit aufzufassen sind, weil nicht nur bei Frauen im mittleren Lebensalter, sondern schon bei Kindern und auch ebenso jenseits des Klimakteriums die Krankheit zum Ausbruch kommen kann.

Charcot dagegen ist geneigt, die Erkrankung als Ausdruck einer allgemeinen Neurose anzusehen und sie der Hysterie zur Seite zu stellen, wobei dann noch besonders Lähmungserscheinungen des Sympathicus eine Rolle spielen sollen.

Ganz besondere Aufmerksamkeit hat man natürlicherweise den Nekropsien der an Morbus Basedowii Verstorbenen geschenkt. Je nach dem Ausfall des Sektionsbefundes wird die Frage nach der Ätiologie nach der oder jener Seite hin entschieden. Die einen nehmen eine Erkrankung des Sympathicus an, andere fassen die Krankheit als Folge von pathologischen Veränderungen im Gehirn selbst auf, wieder andere

denken an eine primäre Funktionsstörung der Schilddrüse.

Durch die Sektionsbefunde selbst, falls sie überhaupt nicht ganz negativ ausfielen, lassen sich Gründe, aber auch Einwände für jede Ansicht geltend machen.

Von Interesse sind die Mendel'schen Sektionsbefunde. Er fand bei einem an Basedow'scher Krankheit Verstorbenen, dass das linke Corpus restiforme atrophisch sei und rechterseits eine Atrophie des solitären Bündels bestehe.

Filehne hat nun 1879 dargethan, dass durch Einschnitte in die Corpora restiformia der Medulla oblongata von Kaninchen das typische Basedowtrias bei diesen erzeugt wird; dasselbe Resultat hat Bienfait 1890 nach gänzlicher Entfernung der Corp. restiformia bei Hunden gehabt.

In allerjüngster Zeit aber berichtet Professor Müller-Marburg über 5 von ihm genau beobachtete Fälle von Morbus Basedowii, von denen 3 zur Sektion kamen. Gehirn, Rückenmark, Sympathicus und Vagus wurden einer genauen mikroskopischen Untersuchung unterworfen. Der Sympathicus zeigte sich stets intakt. Der Vagus war nur in einem Falle hochgradig degeneriert; in allen Fällen dagegen fanden sich in der Medulla und in der Rautengrube

kleine frische Blutungen, besonders in der Nähe des Vaguskernelnes, denen aber Müller keine Bedeutung zuerkennt. Durch eingehende Betrachtung des Verlaufs der einzelnen Fälle, der möglichen Ursachen, der einzelnen Symptome und nach kritischer Wertung der letzteren besonders durch eigene Untersuchung, kommt der Forscher zu der Anschauung, dass Morbus Basedowii nicht in einem einzigen Punkte des Nervensystems, etwa der Medulla oblongata oder dem Sympathicus angreift, sondern dass auch das Grosshirn in Mitleidenschaft gezogen wird. „Es sei nicht zu erwarten, dass sich ein lokalisierter Krankheitsherd finden lasse, sondern man müsse annehmen, dass ähnlich wie bei gewissen Vergiftungen (Alkoholismus, Saturnismus, Jodismus) das ganze Nervensystem gewissen, uns grossenteils noch unbekanntem Veränderungen unterliegt.“

Obwohl ich auch keine neuen Gesichtspunkte mit den nunmehr folgenden 4 Fällen anführe, so ist es vielleicht doch von Interesse, jene 4 Fälle von Morbus Basedowii, welche in letzter Zeit in der Greifswalder Medicinischen Klinik zur Beobachtung kamen, mitzuteilen.

### 1. Krankengeschichte.

Anamnese: Auguste B., Eigentümerstochter aus

Peterfitz bei Cöllin, 18 Jahre alt. Die Eltern leben und sind gesund, ebenso ihre beiden Geschwister. Als Kind erkrankte sie an den Masern, in ihrem 9. Lebensjahre litt sie an Chorea minor, von der sie nach ca. 2jähriger Dauer durch mehrmaligen Aufenthalt im Seebade Colberg geheilt wurde. Die Menses traten mit dem 15. Jahre auf, waren regelmässig, anfangs stark, später schwach. Ihr Leiden begann im vorigen Winter mit Halsschmerzen und Appetitlosigkeit. Bald darauf bekam sie ohne alle Veranlassung starkes Herzklopfen, das allmählich immer heftiger wurde, gleichzeitig merkte sie auch, dass an der vorderen Seite des Halses eine Geschwulst auftrat, die eine Veränderung der Stimme sowie öftere Heiserkeit herbeiführte; es fiel ihr auch auf, dass ihre Augen immer mehr hervortraten.

Am 28. Juni liess sich die Patientin in die Universitäts-Klinik aufnehmen.

Status praesens. Patientin ist von mittelgrosser Figur, kräftigem Wuchs und in gutem Ernährungszustande. Das Gesicht ist stark braun pigmentiert, Haut ist überall feucht, von Schweisstropfchen bedeckt. Beide Augen stehen hervor, das Graefe'sche und Stellwag'sche Symptom ist auf dem linken Auge mehr als auf dem rechten ausge-

prägt. Die Glandula thyreoidea ist deutlich angeschwollen, vorwiegend der mittlere Lappen, und hat eine weichelastische Konsistenz. Deutliche arterielle Gefässgeräusche lassen sich über dem Tumor konstatieren, ebenso ist auf der Struma Pulsation zu fühlen. Die Herzaktion ist sehr erregt, pulsatio epigastrica ist vorhanden, der Herzimpuls ist im 5. Intercostalraum fühl- und sichtbar. An der Herzspitze ist der 1. Ton unrein, über der Pulmonales lässt sich ein lautes systolisches Geräusch hören. In den ausgestreckten Armen ist heftiger Tremor vorhanden, links mehr als rechts.

Im Verdauungstraktus bestehen keine Unregelmässigkeiten, Leber und Milz sind nicht vergrössert.

Der Urin reagiert alkalisch, hat stechenden Geruch, es besteht ein trübes, flockiges Sediment, Albumen und Zucker sind nicht nachweisbar.

Die Klagen der Patientin beziehen sich hauptsächlich auf das Herzklopfen und die starke Pulsation am Halse. Nach Verlauf von ca. 4 Wochen, in denen sich der Zustand der Patientin deutlich gebessert hat, wurde sie auf ihren Wunsch am 29. Juli entlassen.

## 2. Krankengeschichte.

Anamnese: Patientin ist die 35 Jahre alte Marie

H. aus Stralsund. Ihre Eltern sind an den Folgen der Influenzaepidemie gestorben, von den beiden Brüdern ist der eine lungenleidend, der andere ist an einer Herzkrankheit verstorben. Sie selbst ist von Jugend auf kränklich gewesen, die Ursache bildete ein Herzleiden, das sich nach geeigneter Behandlung besserte. Sie will in spätern Jahren einen schweren Rheumatismus überstanden haben, der sie wochenlang ans Bett fesselte, und wovon sie nach ihrer Aussage nie ganz gesund wurde, zumal das alte Herzleiden in stärkerem Masse wieder auftrat. Seit dieser Zeit stellten sich häufig spontan Erbrechen und Durchfälle ein; ausserdem bemerkte sie beim Hinunterschlucken der Speisen ein unbestimmtes Druckgefühl im Halse, das im Laufe der Zeit besonders nach Gemütsregungen heftiger wurde. Patientin fing an über Beklemmungen in der Brust, über Schlaflosigkeit und neuralgische Schmerzen im Gesicht zu klagen. Eine allgemeine Mattigkeit, Abgespanntheit und Schwäche zeigte sich bei ihr, die sie wesentlich am Gehen hinderte und auch mit die Veranlassung wurde, am 17. Mai die Hülfe der Universitäts-Klinik in Anspruch zu nehmen.

Status praesens: Patientin ist eine kleine gracile Person. Die Haut des Nackens und Rückens ist.



bräunlich pigmentiert, überall von sehr weicher Beschaffenheit. Die Kopfhare sind früh ergraut und ziemlich dünn. Es besteht Exophthalmus, der rechts stärker als links ausgebildet ist.

Das Graefe'sche Symptom lässt sich nicht nachweisen. Am Hals befindet sich ein Struma mittleren Grades, man hört über ihr Gefäßgeräusche, der rechte Lappen ist am meisten vergrößert. Die Herzaktion ist andauernd sehr erregt, Puls 130, es besteht eine Hypertrophie des linken Ventrikels, die Herztöne an der Spitze sind zeitweilig gespalten, an der Tricuspidalis kann man dumpfe und unreine Töne konstatieren, desgl. ist an der Aorta der erste Ton leise und unrein.

Der Thorax selbst ist schmal und in seinen obern Partien etwas abgeflacht, die Atemfrequenz zeitweise beschleunigt, es bestehen dyspnoetische Zustände. Die Perkussion und Auskultation ergeben normale Verhältnisse.

Im Systema uropoeticum lässt sich nichts Anormales nachweisen.

Patientin befindet sich in einer hochgradig psychischen Aufregung; Excitations- und Depressionszustände wechseln häufig ab. Schon bei Bewegungen des Kopfes tritt Schwindel auf, die herausgestreckte

Zunge zittert stark, desgl. besteht in beiden Händen ein ausgesprochener Tremor, der rechts stärker ist als links.

Die Atmung ist von einer eigentümlichen durch Hautreize sich steigernden zuckenden Bewegung des rechten Schulterblattes begleitet, welches sich synchron mit der Atmung nach hinten verschiebt. Heftiger Kopfschmerz ist vorhanden, die Nächte werden schlaflos zugebracht.

Nach ca. 10wöchentlicher klinischer Behandlung wurde Patientin wesentlich gebessert entlassen.

### 3. Krankengeschichte.

Anamnese: Patientin ist das 17 Jahre alte Dienstmädchen Emilie T. aus Wolgast. Ihre Eltern leben und sind gesund. Ihr Vater ist in hiesiger chirurgischer Universitätsklinik an einem wahrscheinlich tuberkulösen Knochenleiden, das den Unterkiefer befallen hatte, 9 Wochen lang behandelt worden. Die Mutter leidet seit vielen Jahren an Luftmangel, ohne jedoch von Husten oder Auswurf gequält zu sein. Von den Geschwistern der Patientin sind 5 in früher Jugend gestorben, 3 an *dentitis difficilis*, 1 an Scharlachdiphtherie, 1 an Gehirnerschütterung.

Sie selbst war als Kind schwächlich, sie über-

stand Masern, Röteln, Diphtherie und 14 Jahre alt, Scharlachdiphtherie.

Besonders von letzter Krankheit wurde sie sehr mitgenommen. Sie fing an über Kopfschmerzen zu klagen, sie erschrak leicht und wurde öfters von Schwindelgefühlen befallen, so dass sie nur mit grösster Anstrengung die häuslichen Arbeiten verrichten konnte, dabei stellte sich beim Treppensteigen z. B. Herzklopfen ein, welches mit einer unangenehmen Beklemmung und nicht unbedeutender Atemnot einherging. In jener Zeit bemerkte sie auch, dass ihre Augen mehr aus den Höhlen hervortraten und sie dieselben nicht recht schliessen konnte; dann fiel ihr eine Schwellung ihrer vordern Halspartie auf, welche im Laufe der Zeit immer mehr zunahm. Die menses sind bei der Patientin bisher noch nie aufgetreten, statt dessen merkte Pat. schon von ihrem 15. Lebensjahre ab, dass ihr Abdomen anschwell, und zugleich trat in Perioden von 2—3 Wochen 2 bis 3 Tage lang Erbrechen aller genossenen Speisen auf. Den letzten Winter über traten diese Erscheinungen zurück, fanden sich aber im Frühjahr wieder ein. Überhaupt war das Allgemeinbefinden der Patientin im Winter stets ein besseres wie im Sommer, wo sie im Seebade sich körperlich sehr an-

strengen musste, während sie im Winter sich bei ihren Eltern der Ruhe hingeben konnte.

Als ihr Allgemeinzustand sich im Frühjahr sehr verschlechterte, suchte sie die Hülfe der Universitätsklinik auf.

Status praesens: Patientin ist von hohem Wuchs, schlankem Körperbau, ziemlich gut entwickelter Muskulatur. Die Wangen sind rot, die sichtbaren Schleimhäute etwas anämisch. Auffallend ist der beiderseitige Exophthalmus. Graefe'sche und Stellwag'sche Symptome sind deutlich wahrnehmbar. Die Gegend der Schilddrüse ist geschwollen; arterielle Gefäßgeräusche lassen sich leicht konstatieren. Die Kranke leidet augenblicklich nicht mehr so heftig an Kopfschmerzen als früher, doch treten dieselben mit ein- oder mehrtägigen Pausen auf und dauern dann ein bis mehrere Stunden.

Die Inspektion und Palpation der Herzgegend ergeben keine Abnormitäten. Bei der Perkussion findet man den obern Herzrand am obern Rand der 4. Rippe, der Spitzenstoss ist im 5. Intercostalraum, die linke Herzgrenze 1 Finger breit von der Papille entfernt, der rechte am linken Sternalrand. Die Auskultation ergibt eine Verstärkung des 2. Pulmonaltons und des 1. Tons an der Mitralis. Man bemerkt

eine ausgesprochene Tachycardie, bei Bettruhe 100 bis 115 Pulsschläge in der Minute.

Das Systema respirationis liefert nur insofern besonderes, als Patientin bei jeder grössern Anstrengung an Atemnot, welche sich zugleich mit Herzpalpitation einstellt, leidet.

Die Urinmenge ist normal, die Farbe hellgelb mit wenig Sediment; Eiweiss und sonstige pathologische Bestandteile sind nicht nachzuweisen.

Nach Verlauf von 6 Wochen, in denen sich der Zustand der Patientin deutlich gebessert hat, wurde sie auf ihren Wunsch entlassen.

#### 4. Krankengeschichte.

Anamnese: Patientin ist die 47 Jahre alte Post-schaffnersfrau A. S. aus Stralsund. Ihre Eltern sind an Altersschwäche gestorben. Von ihren Geschwistern ist 1 Bruder gesund, von 2 Schwestern leidet eine an Rheumatismus, die andere an Asthma. Als Kind stets gesund gewesen bekam sie, 5 Jahre alt, ein skrophulöses Ekzem im Gesicht, woran sie lange zu leiden hatte. Die menses traten im Alter von 14 Jahren auf und waren regelmässig bis zum 18. Jahre, wo sie heftig an Chlorose erkrankte. 22 Jahre alt verheiratete sie sich und hatte 5 Kinder, von denen 2 tot sind; das eine ist an Kopfrosee, das andere an

Luftröhren- und Lungenentzündung verstorben; von den lebenden Kindern sind 2 Söhne gesund, der dritte hat an einer Knocheneiterung gelitten und ist nach überstandener Operation bisher gesund geblieben.

Ihre erste Geburt war erst 5 Jahre nach der Verheiratung, sie war sehr schwer und von Krämpfen begleitet, auch die andern Geburten waren schwer, das Wochenbett dauerte von 14 Tage bis 6 Wochen. Ihr jetziges Leiden nahm seinen Anfang vor 6 Jahren, sie hatte sich damals einen schweren Gelenkrheumatismus zugezogen. Derselbe dauerte mit verschiedenen langen Pausen gegen 4 Jahre, da nach der geringsten Erkältung ein Recidiv zu kommen pflegte, und Schwächezustände blieben zurück, die Patientin für Verrichtung schwerer häuslicher Arbeit untauglich machten. Vor vier Wochen bemerkte sie eine immer grösser werdende Schwellung der Gegend der Schilddrüse, zuerst auf der rechten, dann auf der linken Seite. Später wurde sie auch aufmerksam gemacht, dass ihr rechter Augapfel etwas hervorgetreten sei. Herzpalpitation hat sie nie gefühlt.

Am 17. Juli fand ihre Aufnahme in die Universitätsklinik statt.

Status praesens: Patientin ist von mittel-

grosser Statur, hat schwächlichen Körperbau und dementsprechende mässig entwickelte Muskulatur. Die Hautfarbe ist blass, im Gesicht findet sich braune Pigmentation, dsgl. an den Unterarmen und Handrücken. Es bestehen besonders an den obern und untern Extremitäten, an der Stirn und den seitlichen Halspartien durch heftigen Juckreiz hervorgerufene Kratzekzeme. Das Kopfhaar, das sonst normal genannt werden kann, zeigt auf der Höhe des Scheitels eine ca. 1 Handteller grosse Partie, wo teils die Haare ganz fehlen, teils nur in Länge von ca. 1 cm vorhanden sind. Die sichtbaren Schleimhäute der Conjunctiven und der Lippen sind blass. Der Bulbus ist rechterseits etwas hervorgedrängt; das Graefesche Symptom lässt sich nachweisen. An der vordern Halsseite zeigt sich eine Struma in Gestalt einer mässigen, über die ganze Schilddrüse hin, besonders aber auf der rechten Seite sich hervorhebenden Anschwellung von weicher Konsistenz, über der arterielle und venöse Geräusche zu konstatieren sind. Zu beiden Seiten des Halses sieht man Klopfen und Hüpfen der Carotiden.

Die Herzdämpfung ist etwas nach rechts verbreitert; der 1. Mitraltön ist gespalten und über der Aorta ist als Fortsetzung vom Strumageräusch ein schwaches

systolisches Geräusch zu konstatieren. Der Puls beträgt 120 Schläge in der Minute.

Es besteht leichter Tremor an den Extremitäten, der namentlich bei intendierten Bewegungen deutlicher hervortritt.

Im Verdauungstraktus bestehen keine Unregelmässigkeiten, die Leber und Milz sind nicht vergrössert. Auch das Systema uropoeticum zeigt normales Verhalten.

Patientin leidet an leichter nervöser Unruhe, sie ängstigt sich viel, klagt sehr über aufsteigende fliegende Hitze und Kopfschmerz; des Nachts kein guter Schlaf, bei Tage wird sie viel von lästigen Schweissen und von heftigem Juckreiz im Gesicht und Extremitäten gequält.

Patientin befindet sich augenblicklich noch in Behandlung, ihre subjektiven Beschwerden und auch der objektive Befund haben sich wesentlich schon gebessert.

Das sind die 4 in der Greifswalder Universitätsklinik in letzter Zeit zur Beobachtung gekommenen Fälle, ätiologisch von Wichtigkeit, weil alle 4 Fälle neuropathische Disposition erkennen lassen, symptomatologisch interessant, weil die Fälle teils jene gemeinsamen, teils auch jene besondern Zeichen für

Morbus Basedowii darboten, wie sie zu Anfang der Arbeit geschildert sind.

Entsprechend den verschiedenen Anschauungen über den Sitz des Grundleidens, herrscht über die Behandlungsweise der Krankheit keine einheitliche Meinung. Die Heilmittel, die in Betracht kommen, sind Arzneimittel, hygienisch-diätetische und operative Massnahmen.

Was die chirurgische Behandlung der Fälle betrifft, so ist man augenblicklich weit entfernt durch den operativen Eingriff eine Radikalheilung herbeizuführen — ein Recidivieren der Krankheit ist nur zu häufig der Fall gewesen — äussert sich doch Julius Wolff, der in 5 Fällen von Morbus Basedowii die halbseitige Kropfexstirpation vorgenommen hat, über die Indikation zur Operation folgendermassen: „Die Chirurgen, die bisher die halbseitige Kropfexstirpation vorgenommen haben, sind wohl ziemlich durchweg darüber einig, dass man nicht alle Fälle operieren solle, und dass vorzugsweise nur diejenigen Fälle sich zur Operation eignen, bei welchen Erscheinungen von Trachealstenose vorhanden sind.

Im Wesentlichen bleibt also die Therapie des Morbus Basedowii Aufgabe der internen Medizin, sie

wird hauptsächlich eine symptomatische und hygienisch-diätetische sein müssen. Gemäss der Ansicht, dass die Krankheit durch eine wenn auch nicht organische, so doch funktionelle Störung im sympathischen Nervensystem verursacht sei, hat man sich die Galvanisation und Faradisation bei der Therapie der Basedow'schen Krankheit nutzbar zu machen gesucht. Und in der That stimmen alle Ärzte darin überein, dass, wenn die Elektrizität auch kein Radikalheilmittel für diese Krankheit ist, ihr doch ein sehr grosser heilsamer Einfluss zukomme.

Am Schlusse dieser Arbeit bleibt mir noch die angenehme Pflicht zu erfüllen, meinem hochverehrten Lehrer, dem Herrn Geheimrat Prof. Dr. Mosler für die gütige Überweisung des Themas, sowie Herrn Dr. Ackermann, I. Assistenzarzt der Medizinischen Klinik für die liebenswürdige Unterstützung bei Anfertigung der Arbeit meinen aufrichtigen Dank auszusprechen.



## Literatur.

---

- Deutsche medic. Wochenschrift 1892 und 1893.  
Berliner klin. Wochenschrift 1892.  
Münchener med. Wochenschrift 1893.  
Deutsche Medizinal Zeitung 1893.  
Wiener klin. Wochenschrift 1892.  
Verhandlungen des medic. Vereins zu Greifswald 1890—91.  
Eulenburg: Realencyklopaedie.  
Eichhorst: Handbuch der spec. Pathologie und Therapie.



## Lebenslauf.

Verfasser, Carl Troschke, evangelischer Konfession, Sohn des Rentiers A. Troschke und seiner Ehefrau Marie, geb. Kühnemann wurde geboren am 28. Juni 1867 zu Beerfelde i. d. Neumark. Das Zeugnis der Reife erhielt er auf dem Gymnasium zu Küstrin, er besuchte dann die Universitäten Berlin und Greifswald. In Greifswald genügte er seiner Dienstpflicht als Einj.-Freiwilliger beim 5. Pommerschen Infanterie Regiment (Prinz Moritz von Anhalt-Dessau) No. 42 und bestand auch daselbst die ärztliche Vorprüfung, das tentamen medicum und das examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Curse folgender Herrn Professoren und Docenten:

### In Berlin:

Du Bois-Reymond. Hartmann. Pinner. Waldeyer.

### In Greifswald:

Ballowitz Grawitz. Heidenhain. Helferich. Hoffmann.  
Krabler. Pernice. Peiper. v. Preuschen. Schirmer. Schmitz  
Schulz. Solger. Sommer. Strübing.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht Verfasser an dieser Stelle seinen aufrichtigen Dank aus. Zu besonderem Danke fühlt er sich verpflichtet dem Herrn Geh. Med.-Rath Professor Dr. Mosler und Professor Dr. Helferich, an deren Kliniken er längere Zeit als Volontärarzt thätig sein durfte.

## Thesen.

### I.

Bei lues ist die Inunotionskur allen anderen therapeutischen Verfahren vorzuziehen.

### II.

Bei gewissen Formen der Gelenktuberkulose der Extremitäten ist die Bier'sche Stauung dringend anzuraten.

### III.

Besteht bei gegebener Indication zur Beschleunigung einer Geburt durch die Zange Krampf des Muttermundes, so sind zur Beseitigung desselben nie Incisionen zu machen.

IIIR



2485