



Seinen theuren Eltern

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Unter Basedow'scher Krankheit versteht man einen Symptomen-Complex, als dessen Kardinalscheinungen Hervortreten der Augäpfel (Exophthalmus), Anschwellung der Schilddrüse (Struma) und verstärkte, sowie beschleunigte Herzthätigkeit betrachtet werden müssen. Eine Reihe anderweitiger Störungen, namentlich im Gebiete des Nervenapparates, des Circulationssystems, und beim weiblichen Geschlecht in der Genitalsphäre, sind zwar häufige, aber nicht pathognomonische, zum Teil sogar erst sekundäre Erscheinungen.

Die genannten drei Kardinalsymptome sind zwar in der Mehrzahl der Fälle combinirt, doch kommt es vor, dass eines derselben fehlt, oder nur in sehr geringem, wenig in die Augen fallendem Grade vorhanden ist.

Ueber das Wesen dieser merkwürdigen Krankheitsform herrschen, trotzdem die Literatur über die Basedow'sche Krankheit eine ungemein grosse ist, noch jetzt sehr verschiedene Ansichten. Und das ist auch durchaus erklärlich, da keine der hierüber aufgestellten Theorien die sämtlichen Symptome in ihrem pathogenetischen Zusammenhang befriedigend zu erklären oder auch nur die drei bekannten Kardinal-

symptome aus einer gemeinschaftlichen Quelle hervorzuleiten vermag.

Zuerst galt die Auffassung, dass dieser Krankheit eine besondere, der chlorotischen ähnliche Veränderung des Blutes zu Grunde liege, und diese Ansicht war anscheinend dadurch berechtigt, dass die Basedow'sche Krankheit so überwiegend häufig beim weiblichen Geschlechte vorkommt, hier oft von Menstruationsstörungen begleitet ist, und eine methodisch durchgeführte Behandlung mit Eisenmitteln oft eine überraschende Besserung hervorbringt. Diese Theorie über das Wesen des Morbus Basedowii ist jetzt wohl allgemein verlassen. Die Anämie ist nicht die Ursache, sondern nur die Folge der Krankheit, wofür mancherlei gewichtige Erfahrungen sprechen. Denn zunächst kommt Morbus Basedowii auch bei Frauen jenseits der klimakterischen Periode vor, wo die Chlorose nicht mehr beobachtet wird, sodann ist die Krankheit bei Kindern in den ersten Lebensjahren, allerdings sehr vereinzelt, beobachtet worden. Ferner werden auch Männer von derselben ergriffen und zwar in der Mehrzahl derselben von den schwersten Formen. Nicht selten haben endlich die mit Morbus Basedowii behafteten Frauen keine Spur von Chlorose oder Anämie, im Gegenteil ein frischrotes Aussehen.

Besseres liess sich nach der Analyse der einzelnen Symptome von den neurotischen Theorien, insbesondere von der Annahme einer primären Beteili-

gung des Halssympathikus oder seiner spinalen Centren erwarten. Es stützt sich diese Anschauung auf gewisse auf Grund der Claude Bernard'schen Experimente beobachtete Analogieen, welche die Symptome des Morbus Basedowii mit denen nach Durchschneidung des Halssympathikus einerseits und nach Reizung desselben andererseits darbieten.

Die Beschleunigung der Herztätigkeit zunächst lässt sich ungezwungen mit Funktionsstörungen des Halssympathikus in Beziehung bringen, da in der Bahn desselben die excitomotorischen Nerven für die Herztätigkeit verlaufen. Das zweite Symptom, die Struma, könnte man in Bezug auf die in ihr vorhandene Gefässerweiterung als eine Analogie der nach einer bei Thieren nach der Durchschneidung des Halssympathikus stets auftretenden Erweiterung der Blutgefäße der betreffenden Kopfhälfte auffassen. Ebenso könnte man den Exophthalmus wenigstens zum Teil auf vasomotorische Lähmung und dadurch bedingte Blutüberfüllung der Orbita zurückführen. Ausserdem müsste man, um den Exophthalmus aus der Affektion des Sympathikus zu erklären, einen Reizungszustand in den oculopupillären Fasern desselben annehmen, da bekanntlich bei Thieren durch elektrische Reizung des aufwärts gelegenen Endes des durchgeschnittenen Halssympathikus Exophthalmus erzeugt wird. Die dieser anscheinenden Übereinstimmung notwendig zu Grunde liegende Auffassung, dass im Halssympathikus Reiz- und Lähmungszustände gleichzeitig

neben einander bestehen können, liesse sich wohl rechtfertigen, da uns die Erkrankungen peripherischer Nerven Analogieen dafür liefern.

Indessen stellen sich der Annahme einer Beteiligung des Sympathicus beim Morbus Basedowii erhebliche Schwierigkeiten entgegen. Man müsste zunächst, um die Beschleunigung der Herztätigkeit aus der Affektion des Sympathicus herzuleiten, einen permanenten, Jahre hindurch anhaltenden Reizzustand gewisser Nervenfaserguppen annehmen, während doch nach einer gewissen Zeit jeder Reizzustand in den entgegengesetzten, den Lähmungszustand übergeht. Die beiden andern Symptome, die Struma und der Exophthalmus können auch nur recht ungenügend als vom Sympathicus herrührend erklärt werden. Denn nie ist das Experiment gelungen, durch Sympathicus-Durchschneidung resp. Reizung Struma hervorzurufen; endlich müsste man auch in den oculopupillären Fasern des Halssympathicus notwendig den oben erwähnten permanenten Reizzustand annehmen. Diese genannten Schwierigkeiten, welche der Annahme, dass eine Erkrankung des Sympathicus dem Morbus Basedowii zu Grunde liege, im Wege stehen, führten mehrere Autoren, besonders Geigel und Benedict dazu, den Sitz der Krankheit weiter aufwärts in das Halsmark oder in die medulla oblongata zu verlegen. Und in der That erheben sich in neuerer Zeit gewichtige Stimmen für diese Ansicht. Kahler (Internationale klinische Rundschau, 1890. Nr. 11) nimmt

entschieden eine Erkrankung des Centralnervensystems entweder funktioneller oder organischer Natur an und spricht sich folgendermassen aus: „Wenn wir das ganze Bild des Morbus Basedowii betrachten und wenn wir uns nicht beschränken auf die Konstatirung der Symptomtrias, sondern wenn wir alle multiplen Symptome in Erwägung ziehen, welche das Krankheitsbild des Morbus Basedowii zu einem so complicirten machen, so müssen wir als Grund desselben eine Erkrankung im Centralnervensystem annehmen“.

So sehen wir, dass die Ansichten der Autoren über das Wesen der Morbus-Basedowii zur Zeit noch sehr verschiedene sind. Jedenfalls hat sich aber heutzutage wohl allgemein die Überzeugung geltend gemacht, dass es sich nicht um eine constitutionelle Krankheit, wie Chlorose, Anämie etc. handelt, sondern dass wir es beim Morbus Basedowii mit einer nervösen Krankheit, mit einer allgemeinen Neurose zu thun haben; es ist nur die Frage, welcher Art die Neurose ist.

Was die Aetiologie des Morbus Basedowii anlangt, so kann es uns nicht Wunder nehmen, dass man bei der Dunkelheit, in die das Wesen des Morbus Basedowii zur Zeit noch gehüllt ist, auch über die Ursachen der Krankheit noch völlig im Unklaren ist. In den Lehrbüchern findet man unter den ätiologischen Momenten für die Basedow'sche Krankheit so gut wie nichts erwähnt, und das wenige, was sich hier und da zerstreut in der Literatur vorfindet, ist

in der Mehrzahl der Fälle als unsicher und unbestimmt dargestellt. Nur darin stimmen wohl alle Autoren überein, dass es prädisponirende Momente giebt für das Entstehen des Morbus Basedowii, die als feststehend anzusehen sind. So wird das weibliche Geschlecht entschieden häufiger befallen als das männliche (mindestens im Verhältniss wie 2 : 1). Ebenso ist das mittlere Lebensalter zwischen der Pubertät und den klimakterischen Jahren vorzugsweise beteiligt. Ferner muss bei Morbus-Basedowii eine Heredität anerkannt werden, insofern als eine allgemeine neuropathische Veranlagung sich meistens bei Individuen nachweisen lässt, die an Morbus Basedowii leiden. In der Vorgeschichte der Krankheit finden wir Hysterie, psychische Krankheiten und andere nervöse Affektionen. In einzelnen Fällen scheinen ganz accidentelle Schädlichkeiten den Ausbruch des Leidens herbeigeführt zu haben. So werden unter anderem physische Aufregung [Solbrig], heftiger Schreck [Laycock], forcirte Cohabitation [v. Gräfe], ferner Kopfverletzung und Applikation von Blutegeln [v. Gräfe], Verletzung des Hinterhaupts [J. Begbie] als Ursache plötzlicher Entstehung angeführt. Endlich sind auch zwei Fälle von Morbus Basedowii in der Literatur verzeichnet, welche auf überstandenen Abdominaltyphus resp. Scharlach zurückgeführt werden.

So sehen wir also, dass es nur wenige, gut beglaubigte Fälle von Morbus Basedowii giebt, in denen wir eine klare Einsicht in die Aetiologie dieser uns auch



in Bezug auf die anatomische Grundlage so rätselhaften Krankheit bekommen. Deshalb habe ich geglaubt, dass es nicht uninteressant sei, drei in der medizinischen Universitätsklinik des Herrn Geheimrath Mosler in Greifswald beobachtete Fälle von Morbus Basedowii mitzuteilen, in denen die Erkrankung jedesmal auf eine bei Gelegenheit der diesjährigen Epidemie überstandene Influenza zurückzuführen ist. In allen 3 Fällen führten die Patienten auf die Frage nach der Entstehung des Leidens den Beginn desselben auf das bestimmteste auf die überstandene Influenza zurück. Und man wird nach aufmerksamen Lesen der drei Krankengeschichten nicht wohl umhin können, den Schluss zu ziehen, dass die voraufgehende Influenza mit dem nachfolgenden Morbus Basedowii in irgend einem inneren Zusammenhange steht; in welchem, darüber soll weiter unten die Rede sein.

Selbst beobachtet habe ich nur den 3. Fall, von den beiden andern Patientinnen, die inzwischen aus dem Krankenhause entlassen waren, standen mir nur noch die Krankheitsgeschichten zu Gebote.

1. Krankheitsgeschichte.

Anamnese: Frau E., Maurerfrau aus Breege a/R., ist 24 Jahre alt. Ihr Vater ist gesund, ihre Mutter leidet viel an starkem Herzklopfen, an Husten und Auswurf; eine Schwester der Frau E. ist an Schwindsucht gestorben. Von den Eltern und Geschwistern leidet keiner an einer Nervenkrankheit, nur ist der Vater der Patientin sehr leicht erregbarer Natur. Ihr

Mann, mit dem sie sich in ihrem 23. Lebensjahre verheiratete, ist völlig gesund.

Patientin, die seit frühester Kindheit an starkem Herzklopfen leidet, hat als Kind die Masern durchgemacht. Die Menses traten in ihrem 16. Lebensjahre zuerst ein und waren stets regelmässig. Vor einem Jahre hat sie eine normale, leichte Geburt durchgemacht, das Kind ist gesund. Zu Anfang d. J. erkrankte die Patientin an Influenza unter den Erscheinungen von Fieber, Kopfschmerzen, Husten, Halsschmerzen und Appetitlosigkeit. Ungefähr 8 Tage darauf bekam sie ohne jede Veranlassung starkes Herzklopfen, das allmählich immer stärker wurde, bald merkte sie auch, dass die vordere Partie des Halses dicker wurde und die Augen immer mehr hervortraten. Am 21. Mai liess sich die Patientin, da sich ihr Zustand mit der Zeit immer mehr verschlimmerte, in die Universitätsklinik aufnehmen.

Status praesens: Patientin ist von mittelgrosser Figur, kräftigem Körperbau und gut entwickeltem panniculus adiposus. Das Gesicht ist stark braun pigmentirt, namentlich die unteren Augenlieder.

Die Augen stehen stark hervor, können jedoch von dem oberen Augenlid völlig bedeckt werden. Die mangelnde Bewegung des oberen Augenlides bei Hebung und Senkung der Visirebene, das sogenannte Gräfe'sche Symptom, ist nicht nachzuweisen.

Die Glandula thyreoidea ist auf beiden Seiten gleichmässig stark angeschwollen und hat eine weichelastische



Consistenz, Beim Schluckakt bestehen keinerlei Schmerzen. Die Patientin hat heisse Hände und schwitzt viel. Die Temperatur ist normal. Der Thorax ist gut gewölbt; die Lungenspitzen sind nicht retrahirt, und die Auskultation und Percussion der Lungen ergiebt überall normale Verhältnisse. Die Atemfrequenz ist etwas beschleunigt. Die Herzthätigkeit ist sehr erregt, arhythmisch. Die Pulszahl hält sich auf einer fortdauernd gleichmässigen Höhe von 130—140 Schlägen in der Minute. Die Herzdämpfung reicht nach rechts bis zur Mitte des Sternum, nach oben bis zur 3. Rippe, nach links bis zur Mamillarlinie. Ueber der Mitralis ist ein schabendes systolisches Geräusch wahrzunehmen, ebenso über der Pulmonalis; der 2. Pulmonalton ist accentuirt. Es ist eine starke pulsatio epigastrica vorhanden, welche von dem Pulsiren der Aorta abdominalis herzurühren scheint. Ueber der Glandula thyroidea sind Arterientöne zu hören, ebenso ist auf der Struma Pulsation zu fühlen; die Carotiden pulsiren stark.

Die Zunge ist nicht belegt, der Appetit gut, Stuhlgang normal. Leber und Milz sind nicht vergrössert.

Der Urin ist von hellgelber Farbe, enthält kein Eiweiss und keinen Zucker; seine Reaktion ist sauer.

Die Patientin leidet fast unaufhörlich an starker, nervöser Unruhe, sie ängstigt sich leicht, klagt viel über aufsteigende fliegende Hitze und starken Kopfschmerz.

Die Hände zittern stark, namentlich wenn sich die Patientin aufregt, was sehr oft und bei der geringsten Veranlassung der Fall ist, Sobald die Patientin die Augen längere Zeit anstrengt, besonders beim Sehen in die Ferne, empfindet sie starkes Flimmern vor den Augen, auch thränen dieselben oft. Der Schlaf ist gut. Die Temperatur erhob sich bei der Patientin nur einmal auf 38,2 Grad, sonst hielt sie sich meistens zwischen 36 und 37 Grad.

Nach Verlauf von etwa 3 Wochen, in denen sich der Zustand der Patientin deutlich gebessert hatte, wurde die Kranke auf ihren Wunsch am 9. Juni entlassen.

2. Krankheitsgeschichte.

Anamnese: Patientin ist die 36jährige Gastwirtsfrau K. aus Peenemünde. Die Eltern der Patientin leben im 66. resp. 74. Lebensjahre und sind gesund. Der Vater ist sehr leicht erregbar und oft geradezu jähzornig, ein Bruder der Patientin lebt und ist gesund, ein anderer starb an einer der Patientin unbekanntem Krankheit.

Die Patientin war in den ersten Lebensjahren ein sehr schwächliches Kind. Sie machte die Röteln durch und litt viel an Krämpfen, deren Ursache nach Angabe der Patientin Angst war. Später hat sie 3 Mal Lungenentzündung überstanden. Ihre Menstruation begann im 16. Lebensjahre; dieselbe war immer etwas unregelmässig, meist mit Schmerzen ver-

bunden, und hielt lange, meist über eine Woche an. Mit 24 Jahren, also vor 12 Jahren, heiratete die Patientin. Sie gebar dreimal, das erste Kind starb, das zweite lebt und ist gesund, das dritte wurde zu früh geboren und war deshalb nicht lebensfähig.

Während der letzten Schwangerschaft, vor 8 Jahren, erkrankte Frau K. an einer schweren Nierenentzündung, von der sie sich noch jetzt nicht recht erholt hat, und die sie auch als die erste Ursache ihres jetzigen Leidens beschuldigt. In den letzten Jahren hatte Patientin viel über einseitigen Kopfschmerz, Uebelkeit, Herzklopfen, Schmerzen im Nacken und Luftmangel zu klagen

Als die Patientin im letzten Winter eine schwere Influenza durchgemacht hatte, nahmen diese Beschwerden an Intensität zu. Besonders bemerkte die Patientin, dass ihr Herzschlag oft unregelmässig wurde und oft sehr beschleunigt war. Dazu wurde ihre vordere Halsgegend allmählich dicker, und die Augäpfel traten stark hervor. Im Juni d. J. bemerkte die Patientin zuerst starkes Pulsiren an beiden Halsseiten. Dies alles ängstigte die Patientin in hohem Grade, so dass sie die Hilfe der Universitätsklinik in Anspruch nahm, wo sie am 22. October Aufnahme fand. —

Status praesens: Die Patientin ist von mittl-grosser Statur mit entsprechender Muskulatur und Fettpolster. An der Brustwirbelsäule besteht eine mässige Scoliosis dextro-convexa. Die Patientin

macht einen ängstlichen und durchaus nervösen Eindruck.

Beiderseits besteht ziemlich bedeutender Exophthalmus, der bulbus kann jedoch von den Augenlidern noch vollkommen bedeckt werden. Das Gräfe'sche Symptom ist nicht vorhanden. An der vorderen Halsfläche zeigt sich eine Struma in Gestalt einer mässigen über die ganze Schilddrüse gleichmässig verbreiteten Anschwellung von weicher Consistenz. Ueber der Geschwulst fühlt man ein sanftes Schwirren. Zu beiden Seiten des Halses sieht man die Carotiden stark und unregelmässig pulsiren.

Beide Füsse, besonders das linke Kniegelenk, das bei Bewegungen oft von plötzlichem Schmerz durchzuckt wird, sind ödematös geschwollen.

Die Temperatur ist nicht erhöht. Die Respiration ist mässig beschleunigt. Durch Auskultation und Perkussion ist an den Lungen nichts Abnormes nachzuweisen, die Lungen-Lebergrenze befindet sich am oberen Rand der 6ten Rippe.

Die Herzdämpfung beginnt in der Mitte des Sternum, reicht nach oben bis zur 4ten Rippe und ist 7 cm breit. Es besteht starke Arythmia cordis, ferner Beschleunigung der Pulsfrequenz, welche ohne jede Unterbrechung oder Remission vorhanden zu sein scheint. Die Herztöne selbst sind rein.

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

Der Urin enthält wenig Eiweiss und einige körnige Cylinder.

Die Patientin ist sehr nervös und leicht erregt; sie ist launisch und neigt zum Trübsinn.

Ihre Klagen beziehen sich hauptsächlich auf die Kopfschmerzen und das Herzklopfen, besonders ängstigt sie die unregelmässige Herzthätigkeit und das starke Pulsiren am Halse. Der Schlaf ist ziemlich gut. Die Patientin, die 14 Tage in der Universitätsklinik behandelt wurde, hatte während dieser Zeit mehrfach Temperatursteigerungen bis zu 39 Grad. Sie verliess die Klinik ohne die geringste Besserung.

3. Krankheitsgeschichte.

Die 3te Patientin, welche ich selbst zu beobachten Gelegenheit hatte, und welche sich noch jetzt in der Universitätsklinik befindet, ist die 21 Jahre alte Köchin Auguste G. aus Barth. Der 45 Jahre alte Vater der Kranken ist seit mehreren Jahren lungenkrank, die Mutter ist 41 Jahre alt und vollkommen gesund. 2 von ihren 5 Schwestern sind krank, die eine leidet an Scrofulose, die andere ist durch Gicht und Rheumatismus gelähmt. Nervenkrankheiten sollen in der Familie der Patientin nicht vorgekommen sein. Sie selbst ist stets gesund gewesen bis zum Jahre 1886, wo sie einen schweren Typhus durchmachte.

Die Menstruation begann im 16. Lebensjahre, war anfangs regelmässig, aber in Folge von Bleichsucht recht schwach; nach dem Typhus blieb die Periode 6 Wochen lang weg.

Nach dem Typhus befand sich die Patientin bis

zu Anfang dieses Jahres wieder vollkommen wohl. Zu Beginn des Februar 1890 erkrankte sie an einer schweren Influenza, die mit Fieber, starken Schmerzen in allen Gliedern, besonders im Nacken und Rücken, und grosser Abgeschlagenheit einherging. Nach Ablauf dieser Krankheit blieben quälende Kopfschmerzen zurück; die Patientin musste ferner oft erbrechen. Bald merkte sie auch, dass die Augen sehr stark hervortraten und dass das Herz bei dem geringsten Anlass sehr stark klopfte. Sie war, was früher nie vorgekommen war, oft sehr aufgereggt und nervös. Einige Monate später, zu Anfang des Sommers, bemerkte die Patientin auch eine Anschwellung an der vorderen Halsgegend.

Im August war die Patientin 14 Tage wegen eines Luftröhrenkatarrhs bettlägerig. Nach Überstehen desselben fühlte sie, dass das Herzklopfen und die Nervösität immer zunahm, sie war unfähig, sich irgendwie zu beschäftigen, und suchte endlich am 24. November die Universitätsklinik auf.

Status praesens: Die Patientin ist von grosser Statur, starkem Knochenbau, gut entwickelter Muskulatur und reichlichem Fettpolster. Die Gesichtsfarbe ist etwas bleich, die sichtbaren Schleimhäute etwas blass. Die Augäpfel stehen beiderseits stark aus den Augenhöhlen hervor; doch lässt sich der Exophthalmus durch leichten Druck auf den Bulbus verkleinern; das Gräfe'sche Symptom ist nachweisbar, wenn auch nicht sehr ausgesprochen. Über der ganzen Schild-

drüse nimmt man eine gleichmässig verbreitete Anschwellung von elastischer Consistenz wahr. Auf der Struma fühlt man mit der aufgelegten Hand fast allenthalben ein deutliches Frémissement und hört bei der Auskultation laute, sausende, in der Systole häufig verstärkte Geräusche. Die Untersuchung der Lungen ergibt bei der Perkussion und Auskultation überall normale Verhältnisse. Der Puls ist voll und hat eine Frequenz von 125—135 in der Minute, er ist in hohem Grade arhythmisch. Bei Betrachtung des Thorax fällt vor allem die Erschütterung der ganzen Herzgegend auf; die Gegend um die linke Mamma pulsirt und zwar entsprechend der Raschheit des Pulses ausserordentlich schnell. Diese Erschütterung pflanzt sich bis zum Epigastrium fort. Bei Betastung des Herzstosses finden wir eine starke Verbreiterung des Spitzenstosses. Die Herzdämpfung beginnt rechts am linken Sternalrand, oben am oberen Rand der 3. Rippe, ist $9\frac{1}{2}$ cm breit.

Die Auskultation des Herzens ergibt einen lauten systolischen Ton an der Spitze und neben dem Tone ein schwaches blasendes accessorisches Geräusch.

Die Verdauung der Patientin ist zufriedenstellend, Appetit gut, Stuhlgang in Ordnung. Die Leber und Milz erscheinen nicht vergrössert.

Die Untersuchung des Urins ergibt keine abnormen Bestandteile. Die Temperatur ist stets normal, die Schweissekretion gering. Die Patientin macht einen ausserordentlich aufgeregten und nervösen

Eindruck. Sie hat eine leicht veränderliche, gereizte, oft weinerliche Gemüthsstimmung. Zuweilen wechseln bei ihr Excitations- und Depressionszustände ab.

Das sind die drei in der Greifswalder Universitäts-Klinik beobachteten 3 Fälle, wo sich Morbus Basedowii an eine überstandene Influenza anschloss und auf diese zurückgeführt werden muss. Sämmtliche 3 Patienten hatten kaum die Influenza überstanden, als sich bei ihnen auch schon die deutlichen Anfänge des Morbus Basedowii zeigten. In verhältnissmässig kurzer Zeit war dann das Bild der Morbus Basedowii ein vollkommenes, da nicht nur die drei Kardinalsymptome, sondern auch die inconstanteren Erscheinungen der Basedow'schen Krankheit bei allen 3 Patientinnen nachzuweisen waren.

Was nun die Verwertung dieser 3 Krankheitsfälle für die Bildung einer eigenen Meinung anlangt, so muss mit aller Entschiedenheit betont werden, dass ein Zusammenhang zwischen dem Morbus Basedowii und der voraufgegangenen Influenza anzunehmen ist. Worin besteht nun dieser Zusammenhang?

Jedenfalls glaube ich, dass sich Morbus Basedowii als Nachkrankheit der Influenza nicht in einem Organismus entwickeln kann, der frei von hereditärer oder acquirirter nervöser Belastung ist. Mit andern Worten ist also die nervöse Disposition unbedingt erforderlich, wenn sich Morbus Basedowii an eine Influenza anschliessen soll.

Uebrigens kann uns die Mitteilung der 3 Fälle kaum überraschen, da wir in der Literatur vielfache Analogieen vorfinden. Denn einerseits schliessen sich auch an andere Infektionskrankheiten die mannigfaltigsten Nervenkrankheiten an, und grade Morbus Basedowii ist, wie ich schon am Eingang erwähnte, je einmal im Anschluss an Abdominaltyphus und Scharlach beobachtet worden. **Andrerseits sind auch unter den Nachkrankheiten der Influenza in der neuesten Literatur zahlreiche Nervenkrankheiten und sogar Psychosen verzeichnet.**

So berichtet Holtz in der Sitzung der Berliner medicinischen Gesellschaft vom 8. Januar 1890 über „schwere Zufälle bei Influenza“ und erwähnt eine Lähmung des rechten Halssympathicus nach Influenza. Ferner teilt Fehr (deutsche Medicinalzeitung 1890, Nr. 66) 4 Fälle mit, in denen sich Psychosen unmittelbar an eine überstandene Influenza anschlossen, und wo bestimmt keine Zeichen einer Geistesstörung bei Beginn der Grippe bestand; nur zeigten die Patienten eine mehr oder weniger ausgeprägte nervöse Belastung. Im allgemeinen ärztlichen Verein zu Köln wird ferner eine Chorea erwähnt, die sich nach Influenza entwickelt hatte, und Gaudichier lenkt in der société de médecine in Paris die Aufmerksamkeit auf die lange Fortdauer des Schwächegefühls in den Extremitäten nach Influenza; er kommt zu dem Resultat, dass diese Mattigkeit einen medullären Ursprung haben müsse.

Es sind noch viele Fälle aus der letzten Influenza-Epidemie veröffentlicht, in denen sich an diese Krankheit nervöse Leiden angeschlossen haben, indessen will ich mich hier mit den angeführten begnügen.

Ich bin jedenfalls der Meinung, dass die 3 mitgeteilten Fälle von Morbus Basedowii mit der vorausgegangenen Influenza in eine Causalbeziehung zu bringen sind, dass die Influenza jedoch nicht im Stande ist, aus eigenen Kräften Morbus Basedowii zu erzeugen bei Individuen, die nicht schon vorher dazu disponirt waren.

Zum Schluss erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat, Prof. Dr. Mosler für die gütige Überlassung der Fälle und für die Anleitung zur Arbeit, sowie seinem Assistenten, Herrn Dr. Colley für die Unterstützung bei Anfertigung derselben meinen herzlichen Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Ich, Paul Rosenberg, wurde am 18. März 1863 zu Neustettin Regierungsbezirk Köslin geboren und bin mosaischer Confession. Den ersten Unterricht genoss ich in der Dornbluth'schen Elementarschule zu Neustettin. Vom 8. Lebensjahre an besuchte ich das Königl. Hedwigs-Gymnasium ebendasselbst, welches ich Ostern 1881 mit dem Zeugniß der Reife verliess, um mich dem Studium der Medizin zu widmen. Die ersten beiden Semester studierte ich in Königsberg, den Rest der Studienzeit verbrachte ich in Berlin. Hier bestand ich am 7. März 1883 das Tentamen physikum und erlangte am 30. Januar 1888 die Aprobation als Arzt. Ich liess mich im Februar 1888 in Neustettin als Arzt nieder und übe bisher dort die Praxis aus. Ende November 1890 begab ich mich nach Greifswald zum Zweck der Promotion und bestand dort am 3. December das Examen rigorosum.

Während meiner Studienzeit hörte ich die Vorlesungen folgender Herren Professoren und Docenten:

In Königsberg:

Albrecht, Caspary, Grünhagen, Hertwig, Lossen, Pape,
Petruschky, Schwalbe, Zaddach.

In Berlin:

v. Bergmann, du Bois-Reymond, B. Fränkel, Fräntzel, Gusserow,
Henoeh, Hirsch, Hirschberg, Hofmann, Lewin, Leyden, Martin,
Mendel, Munk, Reichert, Rabl-Rückhard, Schröder, Virchow, Wolff.

Allen diesen Herren, meinen hochverehrten Lehrern, sei mir gestattet, an dieser Stelle meinen herzlichsten Dank auszusprechen.



Thesen.

I.

Die Behandlung mit Koch'scher Flüssigkeit ausserhalb einer Anstalt ist zur Zeit noch entschieden zu widerraten.

II.

Die parenchymatöse Injektion in chronische Milztumoren ist jedenfalls der Splenectomie vorzuziehen.

III.

Bei hartnäckigen Fällen von chronischem Darmkatarrh ist die direkte Infusion medicamentöser Substanzen in den Darmkanal nicht zu unterlassen.



14780

21186