



Ueber das Verhältniss  
der Chorea zum Gelenkrheumatismus  
und zur Endocarditis.

Inaugural - Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe,

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Facultät

der Königl. Universität Greifswald

am

Dienstag, den 20. März 1894

Nachmittags 1 Uhr

öffentlich vertheidigen wird

**Hugo Czekalla**

aus Schlesien.

Opponenten:

Herr Cand. med. Josef Schneider.

Herr Cand. med. Heinrich Weber.

Herr Cand. med. Hans Wichura.



Greifswald.

Druck von Julius Abel.

1894.



Seinen teuren Eltern

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

**Verfasser.**

Trotz wiederholter klinischer Beobachtungen und Erfahrungen haben sich die Anschauungen über Ätiologie der Chorea noch nicht endgültig geklärt, und so zahllos wie die Menge der Forscher, sind auch die Ansichten derselben über die Entstehungsursachen der genannten Neurose.

Aus der Mannigfaltigkeit der aufgestellten Behauptungen und Mutmassungen haben einzelne eine grössere Bedeutung, da sie von den meisten Autoren bestätigt werden. So ist unter den Ursachen des Veitstanzes, wie bei allen Erkrankungen des Nervensystems, der Erblichkeit eine bedeutende Rolle beizumessen. Die Heredität gewinnt bei dieser Krankheit an Wichtigkeit, da sie hier nicht nur als indirektes prädisponierendes Moment aufzufassen ist, sondern es giebt eine direkte erbliche Chorea, die sich von Geschlecht zu Geschlecht fortpflanzt und ein trauriges Gemeingut vieler Familienmitglieder werden kann. Diese Chorea hereditaria oder Huntington'sche Chorea genannt, nimmt die schwersten Formen an, beginnt meist erst zwischen dem 30—40 Lebensjahre und führt häufig zu vollkommener Geistesstörung.

Unter den besonderen Gelegenheitsursachen sind vornehmlich psychische und klimatisch-atmosphärische Einflüsse zu nennen. Wiederholt gehen stärkere Gemütsbewegungen, wie Schreck, Zorn, Angst und Furcht vor Strafe dem unmittelbaren Ausbruch der Chorea vorher. Häufig scheinen die Entwicklungsjahre, vor allem die Symptome der Chlorose mit dem Ausbruch des Veitstanzes im Zusammenhang zu stehen. Es ist aber immer zu betonen, dass diese Einflüsse nicht die innere Ursache der Neurose sind, sondern nur Gelegenheitsursachen zum Entstehen derselben abgeben, während der Laie, der gern jede Erkrankung auf einen in die Augen springenden äusseren Anlass zurückzuführen versucht, ihnen die grösste ätiologische Beachtung schenkt.

Neben diesen psychischen Erregungen kann der Anblick anderer an der Krankheit leidender Individuen, wodurch der Trieb, die pathologischen Bewegungen nachzuahmen und die sogenannte Chorea imitatoria erzeugt wird, sehr oft die Entstehung des Veitstanzes hervorrufen.

Ein in dieser Hinsicht sehr lehrreicher Fall ist im Jahre 1888 in hiesiger medizinischen Klinik beobachtet und von Herrn Professor Dr. Peiper<sup>1)</sup> veröffentlicht worden. Ich kann nicht umhin, denselben in die Erinnerung zurückzurufen:

„Die 18jährige M. P. wurde am 30. April des

---

<sup>1)</sup> Deutsche Medizinische Wochenschrift, 1888, Nr. 30.

Jahres wegen hochgradiger Chlorose in die medizinische Klinik aufgenommen. Organische Herzkrankung nicht nachweisbar, jedoch sind accidentelle Blutgeräusche an der Pulmonalis und Mitralis zu constatiren. Mitte Mai war schon eine wesentliche Besserung eingetreten; als eine Choreakranke aufgenommen wurde. Trotz Verbotes besuchte Patientin dieselbe, betrachtete aufmerksam die choreatischen Bewegungen und machte sie alsbald nach. Als sie von anderen Patienten auf ihr unpassendes Verhalten aufmerksam gemacht und ihr geboten wurde, mit den Nachahmungen aufzuhören, vermochte sie den Bewegungen nicht mehr Einhalt zu thun. Schon nach 2 Stunden bot Pat. das typische Bild einer Chorea minor, welche drei Wochen anhielt.

Klimatisch - atmosphärische Schädlichkeiten scheinen jedenfalls bei der ungleichen geographischen Verbreitung des Veitstanzes und seinem zeitweisen endemischen Auftreten eine mitwirkende Rolle zu spielen. So wird die Chorea in England und Nordamerika weit häufiger beobachtet als in Deutschland, und in unserem Vaterlande zeigen die Bewohner der Küstenprovinzen eine grössere Disposition zum Veitstanze als die des Binnenlandes.

Dass es eine Chorea congenita<sup>1)</sup>, welche auf eine Erkrankung der Mutter zurückzuführen ist, giebt, sei nur kurz von mir erwähnt; auch die Schwanger-

---

<sup>1)</sup> Rau, Inaug.-Diss. Berlin, 1887.

schaft prädisponiert in gewissem Grade zu der Erkrankung, die Chorea gravidarum ist schon lange bekannt.

Ferner treten manchmal während und nach acuten Infektionskrankheiten, z. B. Typhus, Scarlatina, Diphtherie u. a. choreatische Bewegungen auf; diese Thatsache ist von mehreren Seiten bestätigt worden.

Ich kann hier wiederum auf eine Veröffentlichung des Herrn Professors Dr. Peiper<sup>1)</sup> hinweisen. Die 16 Jahre alte Ida F. wurde im November 1884 typhuskrank in die hiesige medizinische Klinik eingeliefert. Vor einem Jahre bestand sie einen fieberhaft verlaufenden, leichten Gelenkrheumatismus. Zu dem Typhus gesellte sich eine deutlich ausgeprägte Chorea. Daneben konnten pathologische Erscheinungen am Herzen beobachtet werden. Der systolische Ton der Mitralis ist unrein, der zweite Pulmonalton verstärkt, und ausserdem sind an den Ven. jugul. sehr laute anämische Geräusche hörbar.

Aber von allen Ursachen der Chorea werden jetzt allgemein als die wichtigste und häufigste rheumatische Affektionen angenommen. Der Zusammenhang des Gelenkrheumatismus und der Endocarditis mit unserer Krankheit ist, wie gesagt, überall bekannt, und sein Vorhandensein zu leugnen, heisst sich mit den Thatsachen in Widerspruch stellen, aber bedauerlicherweise ist er noch sehr dunkel, da uns eine sichere pathologisch-anatomische Unterlage, welche die funk-

<sup>1)</sup> Deutsche Medizinische Wechenschrift 1885, 8.

tionellen Störungen zu erklären vermag, bis zur Gegenwart fehlt. Die vorgenommenen Sektionen ergaben makroskopische Veränderungen der Nervencentra, die vorzugsweise in Hyperämie und Entzündung der Häute, Vermehrung und serös-sanguinolenter Beschaffenheit der Arachnoidal- und Spinalflüssigkeit, entzündlicher Erweichung und kapillären Extravasationen bestanden. Neben diesen pathologischen Erscheinungen im Gehirn und Rückenmark fanden sich so häufig Läsionen des Herzens, dass dieselben nicht zu den zufälligen Befunden zu rechnen sind. Frischere oder ältere, fibrinöse Auflagerungen oder Granulationen an den Herzklappen, exsudative Endocarditis und Pericarditis und Hydropericardium sind am häufigsten gesehen worden. Die endocarditischen Veränderungen sind meistens an der Mitrals, seltener an den Aortenklappen zu suchen. Den im Herzen gefundenen Embolien liegen fast ausschliesslich Veränderungen der Mitrals und zwar in Gestalt zarter, granulöser Wucherungen an der dem Atrium zugewandten Fläche derselben zu Grunde. Diese pathologischen Befunde weisen allzu deutlich auf Beziehungen zum Gelenkrheumatismus und zur Endocarditis hin, machen uns aber leider den inneren Zusammenhang nicht deutlicher.

Bekanntlich haben zuerst englische und französische Ärzte, Brown, Copland, Bright, Sée, Roger, alsdann deutsche Forscher wie Eichhorst, Henoeh, Litten, Peiper und Strümpel auf das

Verhältniss der Chorea zum Gelenkrheumatismus hingewiesen. Es ist bei dem Mangel einer pathologisch-anatomischen Basis erklärlich, dass die Beziehungen nicht von allen Autoren in gleicher Weise gedeutet werden.

Während die Franzosen auf Grund zahlreicher Beobachtungen in dem Alternieren der Chorea mit rheumatischen Affektionen und Endocarditiden einen gesetzmässigen Vorgang erblicken, sind die Deutschen bezüglich dieses Punktes uneins. Sée konnte unter 128 Choreaerkrankungen bei 61 Patienten einen causalen Zusammenhang der Chorea mit Gelenkrheumatismus und Herzfehlern feststellen. Roger konnte für seine Behauptungen noch günstigere Resultate erlangen. Nach diesem französischen Arzt kann jeder der drei erwähnten Prozesse den anderen vorhergehen, begleiten oder ihnen folgen. Häufig trete Chorea, dann Rheumatismus und Herzerkrankung, oder noch häufiger Rheumatismus, dann Chorea und Endocarditis oder ein anderes Herzleiden auf.

Gegenüber diesen Ansichten haben sich die deutschen Forscher weit reservierter über das Verhältnis ausgesprochen, ja dasselbe ganz geleugnet. Eichhorst, Lebert, Strümpel und v. Ziemssen geben nur ein relativ häufiges Zusammentreffen beider Prozesse zu, aber nicht in der von Roger behaupteten Regelmässigkeit. Steiner in Prag und Prior leugnen eine Coincidenz des Veitstanzes mit Gelenkrheumatismus. Von 252 Fällen konnte Steiner nur

4 Fälle anführen, in denen er ein Zusammentreffen der Chorea mit rheumatischen Erkrankungen feststellte. Auch Romberg und v. Niemeyer erhoben Widerspruch gegen die Ansicht Roger's.

Dagegen stellten sich Henoeh und Litten ganz auf den Boden der französischen Anschauungen, indem sie in dem Gelenkrheumatismus die bei weitem häufigste Ursache der Chorea erblickten. Henoeh spricht sich folgendermassen<sup>1)</sup> aus: „Am häufigsten ist es der acute Gelenkrheumatismus, in dessen Abnahme oder Reconvalescenzstadium sich die Chorea entwickelt, und ich rate Ihnen daher, bei solchen Kindern sich immer auf das Auftreten derselben gefasst zu machen. Zuweilen beobachtet man ein Alternieren beider Affektionen. Fast ebenso häufig aber sind es anscheinend leichte rheumatische Zustände, welche die Chorea in ihrem Gefolge haben, wandernde Schmerzen mit leichten Anschwellungen einzelner Gelenke, welche nur ein paar Tage bestehen und kaum von Fieber begleitet sind, oder auch nur Schmerzen im Rücken, in den Waden, in verschiedenen Gelenken, ohne jede Anschwellung und ohne Fieber. Wiederholt konnte ich beobachten, dass das Wiederauftauchen solcher rheumatischen Affektionen im Verlaufe der Chorea, die schon in der Abnahme begriffenen Bewegungen von neuem steigerte. Dass man unter diesen Verhältnissen sehr häufig Fehler

---

<sup>1)</sup> Henoeh, Vorlesungen über Kinderkrankheiten, Berlin p. 173.

des Klappenapparates am Herzen findet, erklärt sich leicht aus der bekannten Beziehung des Rheumatismus zum Endocardium.“

Litten fasst in den Charité-Annalen<sup>1)</sup> auf Grund eines sorgfältig beobachteten Materials, „den acuten Gelenkrheumatismus neben den physischen Affekten für die wichtigste und am sichersten begründete ätiologische Ursache dieser Neurose“ auf.

Auch die neuesten Erscheinungen auf dem Gebiete der Chorealitteratur betonen den Zusammenhang von Veitstanz und Rheumatismus. So ziehen Walton und Vikery<sup>2)</sup> aus den gewonnenen Zahlen ihres Materials folgende Schlüsse: 1) Der Befund von Chorea mit Rheumatismus und Herzaffektionen ist ein zu häufiger, als dass man ein einfaches Zusammentreffen dieser drei Krankheiten annehmen dürfte. 2) In tödtlich verlaufenden Fällen von Chorea werden fast immer auch Herzerkrankungen gefunden, manchmal auch organische Hirnkrankheiten, besonders Embolien. 3) Die pathologisch-anatomische Beziehung ist noch unklar.

Von 26 Kranken der Gerhardt'schen Klinik hatten nach Riehl<sup>3)</sup> 13 Gelenkrheumatismus oder doch rheumatische Beschwerden gehabt. Nur bei 2 Kranken waren keine pathologischen Erscheinungen

<sup>1)</sup> Charité-Annalen, Berlin 1886, p. 265.

<sup>2)</sup> A contribution to the study of chorea, with special reference to its connection with rheumatism and heart disease; by Walton and Vikery (Amer. Journ. of med. Sc C III. 5, p. 520. 1892).

<sup>3)</sup> Diss. inaug. von Oswald Riehl, Berlin 1891.

am Herzen vorhanden. Owen<sup>1)</sup> stellt statistisch fest, dass die Häufigkeit des Veitstanzes mit dem Rheumatismus in einem deutlichen Zusammenhang steht; wo der letztere seltener vorkommt, vermindert sich auch die Chorea. Zuletzt sei noch Sturges<sup>2)</sup> Erwähnung gethan; nach diesem Verfasser bilden Chorea und Rheumatismus eine einzige Gruppe von pathologischen Zuständen, deren gemeinsames Symptom die Arthritis ist.

Wie über die Häufigkeit der Coincidenz der Chorea mit Gelenkrheumatismus und Endocarditis die Meinungen der einzelnen Autoren bedeutend divergieren, ebenso weit gehen die Ansichten der Forscher über den pathologischen Zusammenhang der beiden Prozesse auseinander. Da bis jetzt auf dem Wege des Experimentes keine bestimmte Basis für die eine oder andere Anschauung gewonnen ist, so können wir uns auf möglichst genaue anamnestische Erhebungen über das Vorleben der Patienten und eine sorgfältige klinische Beobachtung beschränken. Solange die funktionellen Störungen bei der Chorea nicht pathologisch-anatomisch erklärt werden können, muss jeder Beitrag zur Statistik choreatischer Erkrankungen willkommen sein um den erwähnten Zusammenhang zu beleuchten.

<sup>1)</sup> Geographical distribution of rickets, acute and subacute rheumatism, chorea, cancer and urinary calculus in the British Islands; by Owen (Brit. med. Jour. Jan. 19. 1889.)

<sup>2)</sup> The kindred of chorea; by Octavius Sturges (Amer. Jour. of med. Sc. CH 6p. 578, Dec. 1891.)



Von dem Wert der Statistik überzeugt folgte ich gern der Anregung meines hochverehrten Lehrers, des Herrn Professors Dr. Peiper, über die Erfahrungen zu berichten, welche an dem Krankenmaterial der hiesigen medizinischen Klinik und Poliklinik über die Beziehungen der Chorea zum Gelenkrheumatismus und zur Endocarditis gemacht worden sind.

Ehe ich zur Mitteilung der Fälle schreite, verfehle ich nicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geheimrat Professor Dr. Mosler meinen ergebensten Dank auszusprechen für die gütige Erlaubnis, die sorgfältig angefertigten Krankengeschichten seiner Klinik, die eine tägliche physikalische Untersuchung des Herzens nachweisen, benutzen zu dürfen; besonders finde ich, dass auf die Unterscheidung accidenteller, anorganischer Geräusche von den durch organische Herzklappenveränderungen hervorgerufenen Auscultationsphänomenen peinlich geachtet worden ist. Die Untersuchungen erhalten eine grössere Bedeutung dadurch, da sie immer vom Herrn Geheimrat Professor Dr. Mosler bestätigt worden sind.

Meine Darstellung ist eine Fortsetzung der Beobachtungen des Herrn Professors Dr. Peiper, die er an derselben Klinik anstellte und in der deutschen medizinischen Wochenschrift<sup>1)</sup> zur Veröffentlichung brachte. Mein hochverehrter Lehrer war so gütig, mir einen Separatabdruck seines Aufsatzes zur Verfügung zu stellen; ich sage ihm dafür, sowie für

sein Interesse und die mir bei der Abfassung der Arbeit so gütig gewährte Unterstützung meinen besten Dank.

Mir stehen im ganzen 18 Choreaerkrankungen zu Gebote, die sich auf den Zeitraum vom 1. Juli 1888 bis zum Erscheinen dieser Dissertation verteilen. Von dieser Zahl waren bei 9 Kranken gleich 50% rheumatische Erkrankungen oder Herzfehler festzustellen.

#### I. Fall.

Auguste J., 9 Jahre alt, überstand in früherer Jugend Masern, Scharlach und Keuchhusten. Von Rheumatismus ist sie nicht belästigt worden. Die Untersuchung des Circulationsapparates ergab keine Spuren einer Affektion.

#### II. Fall.

Heinrich P., 11 Jahre alt, ist hereditär nicht belastet. Von den gewöhnlichen Kinderkrankheiten ist er verschont geblieben. Neun Wochen vor seiner Einlieferung erkrankte er am Gelenkrheumatismus, von dem namentlich die Kniee und Schultern ergriffen wurden. Die Gelenkschmerzen haben bis jetzt angedauert und sind der Behandlung des Arztes nicht gewichen. Seit etwa 14 Tagen traten die ersten choreatischen Bewegungen auf, die an Heftigkeit zunahmen. Acht Tage später begann der Patient über starkes Herzklopfen und Schmerzen in der Herzgegend zu klagen. Der Kranke ist von schwächlichem

Knochenbau und schlechter Muskulatur; Haut und Schleimhäute blass. Die Kniegelenke sind etwas verdickt; Ödeme bestehen nicht.

Die Untersuchung des Herzens ergibt mehrfache pathologische Veränderungen. Der Spitzenton ist verbreitert im fünften Intercostalraum zu fühlen; man sieht Pulsation im 2.—4. Intercostalraum. Die relative Herzdämpfung reicht rechts bis über den linken Rand des Brustbeins, nach oben bis zur dritten Rippe, lateral bleibt sie innerhalb der Mamillarlinie. Über der Mitralis ist ein lautes fauchendes systolisches und diastolisches Geräusch hörbar. Die Töne über der Aorta sind schwach, der zweite Pulmonalton klappend. Die Pulsfrequenz beträgt 124 Schläge in der Minute; der Puls selbst ist klein und leicht unterdrückbar.

### III. Fall.

Hermann E., 17 Jahre alt, stammt von gesunden Eltern und ist selbst nie krank gewesen. Die Auscultation des Herzens ergibt einen stark accentuierten etwas unreinen ersten Herzton, sonst ist nichts Pathologisches.

### IV. Fall.

Wilhelm E., 15 Jahre alter Schlichterlehrling, ist nie bettlägerig gewesen. Seine Eltern und Geschwister sind gesund. Herzthätigkeit ist normal.

### V. Fall.

Anna M., 10 Jahre alt, überstand in früher Kindheit Masern und Keuchhusten. Ihr gegenwärtiges

Leiden begann mit rheumatischen Schmerzen in den Gelenken der linken oberen Extremität, später auch in den des linken Fusses. Im weiteren Verlaufe der Erkrankung traten choreatische Bewegungen in den selben Extremitäten auf; dazu gesellten sich häufige Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit und zeitweilige Verstopfung. Patientin hat ein, blasses, anämisches Aussehen und bietet das Bild einer ausgesprochenen Chorea.

An der Mitralis und Pulmonalis bestand ein accidentelles Geräusch, welches später verschwand. Die Perkussion ergab eine starke Vergrößerung des Herzens. Der Puls ist beschleunigt und schwach.

#### VI. Fall.

Anna D., 11 Jahre alt, überstand Scharlach und Diphtherie. Herzaffektion ist nicht vorhanden.

#### VII. Fall.

Gotthard R. hat nach Angabe der Mutter kurz vor dem Ausbruch des Veitstanzes Gelenkrheumatismus durchgemacht.

Die Untersuchung des Herzens ergibt deutliche Insuffizienz der Mitralis. Der im fünften Intercostalraum fühlbare Herzspitzenstoss ist nicht sichtbar. Die Percussion des Herzens weist Hypertrophie des rechten Ventrikel nach; die Auscultation systolisches Geräusch an der Herzspitze und zweiten verstärkten Pulmonalton.

**VIII. Fall.**

Max W., 12 Jahre alt, ist nicht hereditär belastet und ist selbst bis auf eine Lymphdrüsen-schwellung gesund gewesen.

Ein vitium cordis ist bei dem Patienten nicht vorhanden; die Herzdämpfung liegt innerhalb normaler Grenzen, und die Herztöne sind regelmässig und rein.

**IX. Fall.**

Martha S., 7 Jahre alt, überstand in ihrem sechsten Lebensjahre die Masern, sonst ist sie immer gesund gewesen. Die Chorea beschränkt sich auf die linke Körperhälfte. Es besteht keine Herzaffektion.

**X. Fall.**

Gustav F. ist nie krank gewesen und seine Eltern und Geschwister leben und erfreuen sich guter Gesundheit. Abgesehen davon, dass der erste Pulmonalton ein geringes schabendes Geräusch ver-rät, ist am Herzen nichts Abnormes zu bemerken.

**XI. Fall.**

Wilhelm W., 23 Jahre alt, ist in seiner Jugend von Lungenentzündung und Scharlach heimgesucht worden; sein Vater ist an der Schwindsucht gestorben.

An der Spitze des Herzens hört man bei stärkerem Aufdrücken mit dem Stethoskop pericardiales Reiben; der zweite Ton ist accentuiert.

**XII. Fall.**

Klara B., 7 Jahre alt, leidet, wie die Mutter aussagt, seit 3 Jahren an einem Herzfehler. Un-

längst sei das Kind von seiner Grossmutter heftig gescholten und geschlagen worden, worauf der Veitsanz ausgebrochen sei. Das Kind ist von einer ihrem Alter entsprechenden Grösse, gracilem Knochenbau und schlaffer Muskulatur. Panniculus adiposus ist nur in geringem Grade vorhanden, die Hautfarbe ist sehr blass. Die sichtbaren Schleimhäute sind sehr anämisch. Cyanose, Teterus, Ödeme und Exantheme sind nicht vorhanden. Die Chorea tritt sehr heftig auf.

Bei der Untersuchung des Herzens fand ich: Die Herzdämpfung reicht nach rechts bis zur mittleren Sternallinie, beginnt oben am oberen Rande der dritten Rippe und reicht noch bis zum unteren Rande der vierten Rippe. Der Herzspitzenstoss ist im vierten und fünften Intercostalraum fühlbar, deutlich hebend und systolisch schwirrend. Bei der Auscultation hört man an der Spitze ein systolisch fauchendes Geräusch, das nach der Basis hin abnimmt. Der zweite Pulmonalton ist accentuirt, nicht so stark der zweite Aortenton. Es besteht Hypertrophie des rechten Ventrikel. Der Puls ist weich, leicht unterdrückbar und frequent. Die Zahl der Pulsschläge beträgt 132 in der Minute. Es besteht somit eine deutlich ausgeprägte Insufficienz der Valvula mitralis.

### XIII. Fall.

Anna Dr., 17 Jahre alt, überstand in ihrem sechsten Lebensjahre die Masern, sonst ist sie immer gesund gewesen. Die Chorea beschränkt sich auf

die linke Körperhälfte. Es besteht kein vitium cordis.

#### XIV. Fall.

Anna H., 9 Jahre alt, stammt aus einer gesunden Familie; eine durch Heredität bedingte Disposition zu nervösen Erkrankungen ist nicht nachzuweisen. In ihren ersten Lebensjahren erkrankte Pat. an Rhachitis, später überstand sie Masern und Diphtherie. Vor Jahresfrist war sie 4—5 Wochen bettlägerig; sie klagte über allgemeine Schmerzen, besonders in den Gliedmassen. Fünf Wochen vor Einlieferung in die hiesige Klinik wegen Chorea erkrankte das Mädchen abermals. Pat. ermüdete leicht beim Gehen, klagte bei mässigen Anstrengungen über Herzklopfen, auch Gliederschmerzen stellten sich ein. Im Anschluss daran traten die für die Chorea charakteristischen Symptome auf. Das Mädchen ist blass und anämisch und von schwächlichem Muskel- und gracilem Knochenbau. Das Fettpolster ist nur mässig entwickelt.

Die von mir vorgenommene Untersuchung des Circulationsapparates ergab folgendes: Hypertrophie des rechten Ventrikel war deutlich nachweisbar. Der erste Mitralton war sehr schwach und klappend, der erste Aortenton fast verschwunden und der zweite Pulmonalton verstärkt und gespalten.

Geringe anämische Geräusche an den Ven. jugul. waren ebenfalls zu beobachten. Die Pulsfrequenz betrug 116 Schläge in der Minute.

**XV. Fall.**

Auguste K., 20 Jahre alt, wurde mit einer hochgradigen Chorea in die Klinik gebracht. Eine allgemeine Anamnese hinsichtlich des Gesundheitszustandes ihrer Eltern, sowie eine besondere betreffend ihre etwaigen früheren Erkrankungen waren wegen der Heftigkeit ihrer Krankheit nicht zu erheben; aus demselben Grunde mussten die Untersuchungen des Herzens, der Lungen und anderer Organe unterbleiben. Innerhalb 24 Stunden trat der exitus letalis ein. Die Sektion ergab hochgradige Anämie des Gehirns sowie fast aller Organe. Im Herzen sah man an der Mitral-klappe an der Vorhofseite eine Anzahl frischer, grau durchschimmernder warziger Verdickungen, die auf eine Endocarditis verrucosa hindeuteten.

**XVI. Fall.**

Auguste M., 20 Jahre alt, stammt von gesunden Eltern, während sie selbst immer gekränkelt hat. Drei Wochen vor dem Ausbruch der Chorea klagte das Mädchen über Schmerzen im Kreuz, in den Gliedern und Gelenken. Eine Schwellung der Gelenke war nicht vorhanden. Nach einiger Zeit war eine starke Bronchitis zu constatieren, der rasch die choreatischen Bewegungen folgten.

Die Untersuchung des Herzens zeigte beschleunigte und unregelmässige Thätigkeit, ausserdem war ein fauchendes Geräusch an der Mitralis wahrzunehmen. Die Pulsfrequenz stieg auf 130 Schläge in der Minute.

**XVII. Fall.**

G. R., 10 Jahre alt, hat keine Kinderkrankheiten durchgemacht. Der Vater und die Schwester haben in den letzten Jahren wiederholt rheumatische Affektionen gehabt. Pat. erkrankte vor vier Wochen an fieberhaften Erscheinungen unter Magenbeschwerden. Sie lag während der Zeit im Bett und war wenig mittheilsam. Die Eltern bemerkten nach Genesung eine gewisse Unschicklichkeit, die mehrmals bestraft wurde. Nach einer solchen traten die Zuckungen während des Weinens in verstärktem Masse auf. Die Chorea ging bald in Gesundheit über.

**XVIII. Fall.**

M. A., 14 Jahre alt, erkrankte an ziehenden Schmerzen in den oberen und unteren Extremitäten; stärkeres Fieber trat daneben auf. Nach viertägigem Bestande liess das Fieber nach und es erschienen die ersten choreatischen Bewegungen. Eines Tages war unregelmässige Herzthätigkeit und hohe Pulsfrequenz zu constatiren. Nach acht Tagen wurde der erste Mitralton unrein und der zweite Pulmonalton verstärkt. Nach weiteren acht Tagen wurde die Herzthätigkeit normal; die Chorea nimmt einen milden Verlauf, doch waren noch zwei Recidive zu beobachten. Die Pat. befindet sich noch in Behandlung.

Wenn auch die Anzahl der hier angeführten Fälle eine geringe ist, so unterstützt diese Statistik wiederum die Ansicht, dass die häufigste und am

sichersten begründete ätiologische Ursache der Chorea der Gelenkrheumatismus und die Endocarditis ist. Von den 18 Fällen konnten bei neun Fällen entweder vorausgegangene rheumatische Affektionen oder noch bestehende Herzfehler festgestellt werden; dazu kommt, dass bei einigen Patienten der Gelenkrheumatismus unmittelbar vor dem Ausbruch des Veitstanzes aufgetreten ist. Wenn man ferner bedenkt, dass die Arthritis oft so subacut verläuft, dass sie sehr oft besonders bei Kindern übersehen wird, und infolgedessen dieser Punkt in die sorgfältigst angestellte Anamnese nicht aufgenommen werden kann, so kann man mein gewonnenes Zahlenverhältniss unmöglich auf Kosten von Zufälligkeiten setzen. Ich bin vielmehr mit meinem hochverehrten Lehrer der Ansicht, dass das Alternieren der Chorea mit Gelenkrheumatismus ein regelmässiger Vorgang ist. Nach allem Anschein handelt es sich um ein gemeinschaftliches schädliches Agens, um eine Infektion, die, wenn sie sich in den Gelenken localisiert, acuten Rheumatismus, wenn sie vorzugsweise das Gehirn befällt, choreatische Zuckungen hervorruft.

## Lebenslauf.

Hugo Maximilian Czekalla, evangelischer Konfession, wurde als Sohn des Königlichen Steuer-Einnehmers Johannes Czekalla und dessen Ehefrau Emilie, geb. Neumann, am 4. April 1870 geboren. Er besuchte von Oktober 1870 bis zum Oktober 1880 das Gymnasium zu Gross-Strehlitz in Schlesien, das er mit dem Zeugniß der Reife verliess. Er bezog zunächst, um Philosophie und später Medizin zu studieren, die Universität München. Oktober 1890 vertauschte er diese Universität mit seiner heimatlichen, Breslau, wo er drei Semester studierte. Von dort ging er nach Greifswald, um hier sein Studium zu beendigen. Er vollendete zunächst hier sein Tentamen physicum, am 16. Februar bestand er das Tentamen medicum und am 26. desselben Monats das Examen Rigorosum.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Professoren und Dozenten.

Arndt. v. Beyer. Ferd. Cohn. Grawitz. Hasse. Heidenhain.  
Helferich. Kuhn. Ladenburg. Landois. Lommel. Löffler.  
Meyer. Mosler. Oberbeck. Peiper. Pernice. v. Preuschen.  
Schirmer. Schulz. Sommer.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht Verfasser an dieser Stelle in Ehrerbietung seinen herzlichsten Dank aus.

## Thesen.

### I.

Die häufigste und am sichersten begründete ätiologische Ursache der Chorea ist der Gelenkrheumatismus und die Endocarditis.

### II.

Bei der modernen Wundbehandlung ist die Herniotomia externa nicht mehr indicirt.

### III.

Bei Hypertrophie der Tonsillen und Pharyngitis chronica ist die Tonsillotomie nicht vorzunehmen, wenn am Orte Diphtherie epidemisch herrscht.





10654

26544