

**Zeitschrift:** Verhandlungen der Schweizerischen Naturforschenden Gesellschaft =  
Actes de la Société Helvétique des Sciences Naturelles = Atti della  
Società Elvetica di Scienze Naturali

**Herausgeber:** Schweizerische Naturforschende Gesellschaft

**Band:** 81 (1898)

**Protokoll:** Sektion für klinische Medizin

**Autor:** Müller / Dor / Wormser

### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

### **Conditions d'utilisation**

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

### **Terms of use**

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

**Download PDF:** 14.02.2026

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**

durch abermaliges Zuklemmen die vorherige Druckhöhe wieder erreichen.

8. Ein charakteristisches Symptom für das Gelingen der Totalausschaltung ist die plötzliche Erregbarkeitssteigerung der Analgegend.

Schluss der Verhandlungen 12 $\frac{1}{2}$  U. — Der Nachmittag von 3–5 U. wurde den Demonstrationen im physiologischen und anatomischen Institut gewidmet.

---

### **J. Sektion für klinische Medizin.**

Sitzung vom 2. August 8 $\frac{1}{2}$  Uhr.

Einführender: Herr Prof. Dr. Müller.

Lokal: Hörsaal des physiologischen Instituts.

Präsident: Herr Prof. Dr. Dor-Lyon.

Sekretär: Herr Dr. Wormser-Bern.

- 
1. Herr de Cérenville (Lausanne) spricht über eine neue Methode der physikalischen Diagnostik, die er als «Effleurement» oder «Frôlement» bezeichnet. Sie wurde vor 15 Jahren zuerst von Marcel (Lausanne) angewandt zur Bestimmung der Höhe pleuritischer Exsudate: mit dem befeuchteten Zeigefinger streicht man von oben nach unten über den Rücken des Patienten. An der Grenze des Ergusses wechselt die vorher erhaltene Gefühlswahrnehmung ganz deutlich. (Analog der Bestimmung des Flüssigkeitsniveaus in grossen Fässern durch die Küfer.) De C. hat das Verfahren sehr oft bestätigt gefunden und hat es ausgedehnt auch auf solide Gebilde (Herzgrenzen etc.). Es ist leichter und genauer als die Perkussion und gibt z. B. für die normale Herzgrenze nicht die gewohnte Dreieckfigur, sondern eine den thatsächlichen Verhältnissen besser entsprechende, nach oben konisch zulaufende Grenze

Noch wertvoller ist das Verfahren z. B. bei Emphysem, wo die Perkussion nur ganz kleine Dämpfungen giebt, oder bei Verdrängung des Herzens durch pleuritische Exsudate.

Die Zeit erlaubt dem Redner nicht, über die Natur der bei dem Effleurement wahrgenommenen Empfindung, sowie über einige spezielle Punkte (Milzgrenzen u. a.) zu sprechen.

Diskussion: Herr Sahli (Bern) bestätigt, dass man mit dem Effleurement Grenzen bestimmen kann, besonders oberflächliche; für die tiefen sei die Sache viel schwieriger, wie ja auch die Perkussion. Das Gefühl sei eine Art von Erzittern, wie von Schwingungen herrührend. Er bestreitet, dass diese Methode mehr leiste als die sehr leise, aber doch nicht palpatorische Perkussion. Auch für tiefe Dämpfungen ist die möglichst schwach ausgeführte Perkussion richtiger. Das Effleurement ist vielleicht leichter zu erlernen, aber es giebt keine besseren Resultate als die Perkussion.

Hr. Dr. Dubois (Bern) sieht im neuen Verfahren den Vorteil, dass man sich weniger leicht suggestionieren lasse, als bei der Perkussion; man perkutiert unwillkürlich leiser, wenn man sich der vermuteten Grenze nähert.

Hr. de Cérenville hält seine Ansicht aufrecht, dass die ganz leise Perkussion palpatorisch sei. Er glaubt nicht, und zwar auf Grund von Versuchen, dass die Gefühlswahrnehmung auf einer Vibration beruhe. Sein Verfahren sei wertvoll für taube oder des Gebrauchs einer Hand beraubte Ärzte, ferner bei schreienden Kindern.

2. Hr. Kottmann (Solothurn) spricht über Peri- und Paratyphlitis sowie über Senkungsabszesse, bes. nach dem Rectum. Peri- und Paratyphlitis sind klinisch nur bei Abszessbildung zu unterscheiden.

Der Eiter kommt entweder aus dem Proc. vermif. durch die Lymphgefäße in das Paratyphlon, oder Cœcum und Processus liegen zum Teil extraperitoneal. Letzteres Verhalten ist nur in 4 Prozent der Sectionen gefunden worden. Paratyphlitis ist nur durch Senkung der Abszesse zu erkennen und aus der raschen Bildung von Phlegmonen. Die wichtigste Senkung ist die nach dem Rectum. K. hat zehn Fälle derart beobachtet. Beginn wie eine gewöhnliche Perityphlitis; nach Remission gegen den 8. bis 12. Tag wieder Verschlimmerung, starke subjektive Beschwerden, Abdomen aufgetrieben, Puls frequent. Per rectum fühlt man die hintere Wand vorgerieben durch einen prallelastischen Tumor, dessen untere Grenze zirka 5 cm. über dem Anus liegt (wegen der Fascia pectinea). Spontane Entleerung stets nach dem Rectum, deshalb auch Therapie: Incision vom Rectum aus, womit meist definitive Heilung erzielt wird.

Diskussion: Hr. P. Müller (Bern) weist auf die Wanderung der Abszesse nach dem Lig. latum hin und auf die Schwierigkeit der Diagnose zwischen Perityphlitis und rechtsseitiger Adnexerkrankung, ferner auch auf die schlechte Prognose der Komplikation von Schwangerschaft und Perityphlitis.

3. Hr. His (Leipzig) spricht über die Bedeutung der Harnsäure bei Gicht.

Bei reichen wie armen Gichtkranken ist der Harn oft ganz normal, dagegen findet sich stets Harnsäure im Blut, dies im Gegensatz zu Anæmie, Leukæmie etc., wo bei vermehrtem Harnsäuregehalt des Blutes auch der Harn harnsäurereicher ist. Gicht und Nephritis sind ætiologisch nicht gleich zu stellen (Nephritis ohne Gicht wie Gicht ohne Nephritis sind sehr häufig). Auch die Retentionshypothese ist nicht zu halten, da Fütterung mit nucleinreichen

Substanzen (Thymus z. B.) auch bei Gichtkranken vermehrte Harnsäureausscheidung bewirkt. Analog dem Zucker bei Diabetes wird wohl die Harnsäure in eine weiter nicht verbrennbare Verbindung umgewandelt, welche als solche circulierte. Von Zeit zu Zeit setzt das Gichtblut seine Harnsäure als saures Salz ab. Die Alcalescenz ist daran nicht schuld, sie ist nie vermindert, das Serum des Gichtblutes ist nicht mit Harnsäure übersättigt. Viele Autoren suchen die Ursache der Ablagerung in den Geweben (Ebstein nimmt Necrosen an); doch ist dies nicht wahrscheinlich. Garrot meint, dass Harnsäure und deren Salze gar nicht giftig seien. Dem widersprechen Versuche von Ebstein. Zur Aufklärung der Toxikologie der Harnsäure hat H. harnsaure Salzlösungen Kaninchen subcutan injiziert und die Herde mikroskopisch untersucht: Zunächst Gewebsnekrose, bindegewebige Hypertrophie in der Umgebung. Vom 6. bis 8. Tag sind Riesenzellen im Herd nachweisbar (sie wurden auch im menschlichen Tophus gefunden). Auch bei Injektion von Kalk entsteht eine Infiltration, jedoch geringer und später als im Urat-herd. Nach zirka zwei Monaten sind die Herde ganz verschwunden und zwar zum grössten Teil durch Phagocytose, nicht durch Lösung. Die Phagocyten wurden durch die aufgenommenen Körnchen nicht alteriert (Immunität oder Umwandlung der giftigen Harnsäure in unschädliche Verbindungen). — Bei Injektionen in die Bauchhöhle und die Gelenke geschieht dasselbe. — Die Phagocytose (von Riehl auch im frischen menschlichen Tophus gefunden) lehrt die Zwecklosigkeit der therapeutisch angewandten Lösungsmittel der harnsauren Salze.

Dem Gichtanfall folgt eine gesteigerte Harnsäureausscheidung; 1—2 Tage vor dem Anfall dagegen ist sie deutlich vermindert. Nur in 3 von 17 An-

fällen fehlte diese Verminderung, und zwar, weil diese drei Anfälle den vorhergegangenen zu rasch folgten.

Diskussion: Hr. Sahli (Bern) fragt, ob Versuche über allgemeine Giftwirkung der Harnsäure angestellt worden seien, und ob bei den Harnsäurebestimmungen auf die Nahrung geachtet wurde.

Hr. Hanau (St. Gallen) hat bei allen Sektionen von Schrumpfnieren nach Tophis gesucht, sie nie gefunden. — Bei Injektion von staubförmigen Fremdkörpern (Kohle etc.) kommt es auf die Menge an: kleine Mengen werden resorbiert, bei grösseren giebt es Nekrosen. H. fragt, ob auf die Mengen geachtet wurde.

Hr. His antwortet Sahli, dass Ebstein allgemeine Giftwirkungen nicht hatte nachweisen können; die Nahrung sei bei den zum Teil jahrelang beobachteten Patienten möglichst gleichmässig gewesen. — Was die Mengenverhältnisse bei den Injektionen betrifft, so seien die Versuche noch nicht abgeschlossen.

4. Hr. Hanau (St. Gallen): Demonstration eines ähnlich wie bei Lepra verstümmelten Fusses — Stumpf à la Chopart mit zwei rudimentären Zehen — mit tiefem Ulcus perforans plantare. Wegen des letzteren war es von Dr. Feurer amputiert worden. Im Gegensatz zu der chirurgischen Annahme einer Missbildung stellte der Vortragende die Diagnose auf Verstümmelung durch traumatische Geschwüre und Necrosen infolge mangelnder Empfindung, wahrscheinlich durch Spina bifida occulta. Die bezügliche Untersuchung bestätigte dieselbe. Vortragender bespricht eingehender die Verstümmelungen bei Lepra, Syringomyelie und das Mal perforant und erklärt diese Affektionen alle für traumatisch, ermöglicht durch die ihnen gemeinsame Empfindungsstörung, deren Ursache allerdings verschieden bei den einzelnen Krankheitsformen ist. (Autoreferat.)

Diskussion: Hr. Sahli (Bern) fragt, ob in dem betreffenden Fall vor der Amputation auf Sensibilität geprüft worden ist (wird verneint). Diese Sensibilitätsstörung findet sich eben nicht immer; so fehlt sie bei einem Kretin, den S. in Beobachtung hat, der ganz typisches Mal perforant an Händen und Füßen aufweist.

Hr. Jadassohn (Bern) weist hin auf den Pemphigus leprosus, wo Blasen auf ganz intakter, sensibler Haut entstehen. Ferner erwähnt er die Beobachtung eines alten Leprösen, bei dem im Verlauf von 24 Stunden an Teilen, die Traumen nicht ausgesetzt waren, bis handgrosse Hautnekrosen auftraten, die meist ebenso rasch wieder heilten. J. bezweifelt, ob man diese Erscheinungen nach Hanau erklären kann.

Hr. Hanau möchte den Fall von Sahli durch allgemeinen geistigen Stumpfsinn erklären. — Die acuten Hautnekrosen beruhen vielleicht doch auf plötzlicher Nervenlähmung.

5. Hr. P. Müller (Bern) demonstriert Röntgenaufnahmen von Becken gravider Frauen. Die Bilder sind wenig deutlich, trotzdem der Fötus während der Aufnahme nach oben gedrängt war. Auch anderwärts sind Versuche in dieser Richtung nicht gut gelungen. Viel deutlicher ist ein Bild eines Falles von Symphyseotomie.
6. Hr. Schenkel (Bern) demonstriert eine Sammlung von Röntgenbildern.

Schluss der Sitzung.

---