auf der Seite der hauptsächlich oder ausschließlich befallenden Extremität — auf den wurzelneuritischen Ursprung hin.

Herr Meyer (Schlußwort): In der Diskussion äußerte H. Curschmann, daß er sich wundern müsse, daß ich eine Erkrankung als neu beschrieb, die ihm schon seit langem wohlbekannt sei. Er verwies auf solche Befunde bei Mißbrauch von Alkohol und Nikotin. Es ließe sich Herrn Curschmann betreffs der Häufigkeit dieser Befunde, wenigstens soweit sie in der Literatur niedergelegt sind, einiges entgegnen (man vergleiche hierzu die oben angeführten Angaben von Pelz). Ich selbst könnte noch darauf hinweisen, daß bekanntlich bei Diabetes mellitus ähnliche Symptome angetroffen werden. Aber ich sehe von weiteren Entgegnungen in dieser Hinsicht ab, da mir eine Diskussion über die alkoholischen und sonstigen von C. erwähnten Polyneuritiden unnötig erscheint; denn der von mir beschriebene Fall, sowie die weiter von mir beobachteten, zeichnen sich gerade durch das Fehlen aller üblichen, für Polyneuritis ätiologischen Momente (Alkohol, Diabetes, Nikotin, Ruhr usw.) aus. Es ging dies zwar aus meinem Vortrag hervor, ich habe aber wohl den Fehler begangen, es nicht genügend hervorzuheben. Ich gestehe, daß mir, als ich auf solche Fälle zuerst aufmerksam wurde, die ersten von ihnen, gerade wegen des Fehlens ätiologischer Momente, diagnostische Schwierigkeiten machten und daß ich vergeblich in den Lehrbüchern eine entsprechende Bezeichnung suchte. Auch Alexander (l. c.) sagt hinsichtlich seiner Fälle von Polyneuritis ambulatoria, daß er einen Hinweis auf solche Verlaufsformen der Polyneuritis in der Literatur nicht gefunden habe. Ich habe gelegentlich der vorjährigen Badener Versammlung, sowie in Braunschweig mit sehr erfahrenen Neurologen über meine Beobachtungen gesprochen. Entweder waren den Fachgenossen solche Fälle nicht bekannt oder, wenn sie ihnen bekannt waren, so konnten sie mir nicht angeben, wo sie in der Literatur besprochen seien. Ich habe auch gesprächsweise Herrn Prof. Curschmann gefragt, wo denn in seinem Lehrbuch der Nervenkrankheiten, in dem ich vergeblich danach gesucht hatte, diese Fälle erwähnt seien und er antwortete mir, daß er sich dessen nicht erinnern könne. Ich muß also, um mit Curschmann selbst zu sprechen, mich wundern, daß er sie als etwas gut und längst Bekanntes hinstellte.

12. Herr O. B. Meyer-Würzburg:

Ein besonders ausgeprägter Fall von Lipodystrophie.

(Mit 2 Abbildungen).

M. H.! In diesem Kreise brauche ich das Krankheitsbild der Lipodystrophie nicht näher zu erörtern, sondern kann mich im wesentlichen auf die Demonstration zweier Bilder beschränken und im übrigen auf die Darstellung von Simons (in der Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych.

5. Bd.) verweisen. Ich erinnere daran, daß, nach dem Vorgang von Pic-Gardère und Barraquer, Simons im Jahr 1911 den ersten Fall in Deutschland publizierte. Ich erwähne noch eine drastische Beschreibung, womit Parkes Weber das Krankheitsbild in einem Satz umreißt: „An Stelle der Abbildungen möge man sich, um eine richtige Anschauung von Patientinnen mit typischen Krankheitserscheinungen

Fig. 1.

Fig. 2.

zu haben, eine groteske Gestalt vorstellen, deren untere Körperhälfte einer Venus im ultra Rubensschen Stil gleicht, während der Oberkörper hexenhaft erscheint.“

Die Frau auf den beigegebenen Abbildungen¹⁾ war zurzeit der Auf-

1) Die Vergrößerungen der Originalaufnahmen wurden von Herrn Oberingenieur J. Weißmann (Würzburg) gemacht, wofür ihm auch hier bestens gedankt sei.

nahme (im Jahr 1918) 40 Jahre alt. Sie war ihrer Angabe nach völlig normal bis zum 8. Lebensjahre, von da an bemerkte sie, daß Gesicht und Oberkörper allmählich abmagerten, während der Unterkörper und die Beine fetter wurden. Das Gesicht ist teilweise „totenkopf-ähnlich“ abgemagert, besonders in der Gegend der Fossa canina. Die Grenze zwischen Abmagerung des Oberkörpers und Überfettung des Unterkörpers ist etwa durch die Nabellinie gegeben. An der Vorderseite der Oberschenkel ist eine gewisse Marmorierung zu bemerken. Die Fettanreicherung und damit die Spannung ist hier so stark, daß sich die einzelnen Fettläppchen durch die Haut hindurch abzeichnen, was, soweit ich weiß, bei dieser Erkrankung bisher noch nicht beschrieben wurde. Die Krankheitssymptome sind in meinem Fall wesentlich mehr ausgeprägt als in dem von Simons. (Die von Simons veröffentlichte, auch in der 6. Auflage des Oppenheimschen Lehrbuchs enthaltene Abbildung wird zum Vergleich projiziert.) Auf der Abbildung der Rückseite der Kranken ist in der Gegend der Kniekehlen eine geradezu geschwulstartige Anhäufung von Fett zu bemerken. Durch Palpation läßt sich aber feststellen, daß es sich nicht etwa um Lipome, sondern um besonders reichliche, aber nicht geschwulstartig abgegrenzte Fettmassen handelt. Es wurden am Körper der Kranken verschiedene Messungen vorgenommen, von denen hier nur folgende Maße angegeben seien: Thoraxumfang 69 cm bei 147 cm Körperlänge, Umfang über Gesäß und Hüften 106 cm! Zum Vergleich wurde eine magere, organisch gesunde, weibliche Person von 155 cm Körperlänge gemessen: Brustumfang 71, Gesäß-Hüftenumfang 89 cm. Also bei der lipodystrophischen Kranken ein Unterschied in beiden Maßen von 53%, bei der mageren Person 11%. Ein ziemlich fettes, organisch gesundes Weib von 161 cm Körperlänge hatte einen Thoraxumfang von 99 cm, der Gesäß- und Hüftenumfang war sogar geringer, nämlich nur 95 cm.

Für eine etwaige Krankheitsursache fanden sich keinerlei Anhaltspunkte. Jedenfalls ergaben sich keine sonstigen Symptome, die auf eine Erkrankung der Hypophyse oder der Epiphyse hingewiesen hätten.

13. Herr Heinrich Bickel-Halle:

Gibt es heute noch eine Kriegsneurose?

Eine statistische Untersuchung.

Daß die Kriegsneurosen, welche in erster Linie durch die Furcht vor dem Felddienst mit seinen Gefahren für das Leben ausgelöst wurden,