



**N<sup>o</sup> XXIV.**

# **Auszug aus den Protocollen**

der

## **Gesellschaft practischer Aerzte**

zu Riga.



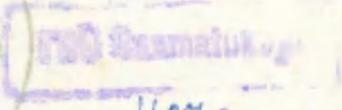
**Riga 1886.**

Ernst Plates Buchdruckerei, Lithographie und Schriftgiesserei,  
bei der Petri-Kirche.

1886

Анализъ изъ денъ Протоколовъ

Дозволено цензурою. Г. Гига, 25 Июля 1886 года.



*Ent.*

*Нотъ*

1886

Printed and Published by the University of Tartu, Tartu, 1886.

## 1062. Sitzung am 4. September 1885.

- 1) Für die Bibliothek sind eingelaufen und cursiren:
  - a. von der Universität Dorpat sämmtliche vom 28. April 1884 bis 28. April 1885 erschienene Dissertationen;
  - b. „Прибавление къ морскому сборнику“, Juni-, Juli- und Augustheft;
  - c. Centralblatt für chirurgische und orthopädische Mechanik;
  - d. Jahresbericht der Wittwe Reimers'schen Augenheilanstalt;
  - e. ein Beitrag zur schärferen Begriffsbestimmung der Manie. Diss. von Radecki.
- 2) Der Präses verliest ein Schreiben des ordentlichen Mitgliedes Dr. C. M. Schmidt, in welchem derselbe seinen Austritt aus dem Verein anzeigt.
- 3) Für die Feier des Stiftungstages wird der 14. Septbr. bestimmt, und soll nach der Sitzung ein feierliches Souper stattfinden. Zu Ausrichtern werden die DDr. Schultz und Bergmann erwählt.
- 4) Dr. Bergmann verliest seinen Vortrag „Ueber die Lepra in Riga“.

Seit grauer Vorzeit in unserem Lande endemisch wirkend, hätte diese Seuche doch bei den Collegen nicht das richtige Interesse erregt. Erst durch E. v. Bergmann's Arbeit und spätere Dissertationen sei die Aufmerksamkeit wieder auf diese Krankheit gerichtet worden. Ein

neues Ansehen gewinne diese Seuche durch die Entdeckung des Leprabaccillus, und durch alle jetzt in ein neues Stadium getretene Fragen der Contagiosität, Heredität etc.

Riga speciell galt für leprafrei, jedoch mit Unrecht, wie Vortragender nachweist. Im Laufe der letzten 21 Jahren sind 52 Lepröse im Allgemeinen Krankenhause aufgenommen worden. Diese Zahl ist um so bedeutender, als Leprakranke nur aufgenommen werden, wenn sie an intercurrenten Krankheiten oder Geschwüren leiden. Hierzu kämen noch einige Fälle aus der Privatpraxis des Vortragenden, sowie der Collegen Jansen, Bernsdorff, Carlblom.

39 Kranke stammten aus Riga oder hatten lange Jahre hierselbst gelebt. Von 31 konnten die Wohnungen nachgewiesen werden. Nach diesen kamen auf die Moskauer Vorstadt 14 Fälle, auf die Petersburger Vorstadt 7 Fälle, auf der Mitauer 5 Fälle, je 1 Fall auf Mühlgraben und der rothen Düna, 3 Fälle auf das Patrimonialgebiet.

Vortragender hebt hervor, dass selbst, wenn man eine Incubationsdauer von 20 und mehr Jahren gelten lassen wollte, für die grösste Menge der angeführten Patienten Riga der unzweifelhafte Ort der Erkrankungen sei.

Von diesen 32 Krankheiten litten an:

	Männer:	Frauen:
Lepra tuberosa . .	8 (2+)	12 (+2)
„ anaesthetica .	4	3 (+2)
Gemischte Form . .	7 (2+),	3
Nicht zu bestimmen	2	—
	<hr/>	<hr/>
	21	18

In ausführlicher Weise bespricht Vortragender die Erscheinung der Krankheit, führt zur Erläuterung einige besonders interessante Krankengeschichten vor, und berichtet über das Ergebniss der vorgenommenen Sectionen.

Bezüglich der Therapie weist Vortragender darauf hin, dass eine Besserung der localen Symptome vorüber-

gehend wol zu erreichen, das Grundleiden aber trotz der neuesten Vorschläge bis jetzt leider noch unheilbar sei. Selbst der von Unna angeblich geheilte Fall, halte ebensowenig wie die Unna-Hypothese des Sauerstoffsbedürfnisses der Leprabaccillen und die darauf gestützten Folgerungen einer ernsthaften Kritik Stand.

Krankendemonstration.

Dr. Stavenhagen berichtet kurz über 2 von ihm beobachtete Fälle von Lepra tuberosa.

5) Zu Mitgliedern werden proponirt:

Dr. Trey mann von Dr. Krannhals,

Dr. Heyl „ Dr. Miram,

Dr. Waldhauer „ Dr. Miram.

6) Internum (Anfrage von Dr. Hübner).

---

### 1063. Sitzung am 14. September 1885.

1) Der Präses verliest die Statuten.

2) Der Secretair verliest den Jahresbericht.

3) Dr. Hollander erstattet Bericht über die von ihm vollzogene Revision der Wittve Reimers'schen Augenheilanstalt. Dr. Hampeln schliesst sich den Ausführungen Dr. Hollanders durchweg an.

4) Zu ordentlichen Mitgliedern werden aufgenommen die DDr. Trey mann, Heyl und Waldhauer.

5) Zum Secretair wird Dr. Miram wiedergewählt.

6) Zu Revidenten der Wittve Reimers'schen Augenheilanstalt werden die DDr. Hollander und Hampeln wiedergewählt.

7) Zum Gliede der Vortragscommission wird Dr. Hampeln wiedergewählt.

---

## 1064. Sitzung am 2. October 1885.

1) Der Präses begrüsst die neu aufgenommenen Mitglieder.

2) Dr. Krannhals legt, anknüpfend an den Bergmann'schen Vortrag, 2 lepröse Kehlköpfe vor und demonstriert Präparate vom Leprabacillus.

3) Internum (Anfrage Dr. Hübner's).

4) Dr. Kröger verliest seinen Vortrag: „Ueber die wissenschaftlichen Grundlagen der modernen Hydrotherapie“.

Nach einer kurzen historischen Uebersicht hob Vortragender hervor, dass die moderne Hydrotherapie durchaus auf wissenschaftlicher Basis ruhe und ebenbürtig den anderen Disciplinen gegenüber stehe. Das Ziel jeder Wissenschaft, die Einzelbeobachtung auf Grundlage von allgemein anerkannten Gesetzen zu erklären, sei auch ihr ausgesprochenes Bestreben, welches sie in ungemein zahlreichen Fällen factisch durchgeführt habe.

Vortragender ging dann näher auf die Vorgänge bei den hydrotherapeutischen Wirkungen ein und führte aus, wie vorwaltend die Temperaturwirkung uns entgegentritt, daneben aber auch das Wasser nicht nur als Wärmeträger von grosser Bedeutung ist, sondern auch, vermöge seiner physikalischen Eigenschaften, bei keinem thermischen Verfahren eigentlich entbehrt werden könne.

Die durch thermische Reize hervorgerufenen Wirkungen könne man zweckmässig nach drei Richtungen hin unterscheiden. Sie bestehen:

1) in Reizerscheinungen,

2) in Wärmezufuhr und Wärmeentziehung,

3) in Gegenwirkungen des Organismus gegen den thermischen Reiz.

Im weiteren Verlaufe des Vortrages kam zunächst die Reizwirkung von Wärme und Kälte zur Betrachtung, dann die örtlichen Wirkungen derselben auf die Hautgebilde,

ferner die Temperaturwirkungen auf peripher und central von der Einwirkungsstelle gelegene Körpertheile; weiter die Reflexwirkungen thermischer Hautreize, die Wirkungen auf's Herz, auf den Blutdruck und die Blutvertheilung. Zuletzt wurde der Einfluss thermischer Reize auf die Körperwärme besprochen.

Der vorgerückten Zeit wegen, musste die Fortsetzung des Vortrags auf die nächste Sitzung verschoben werden.

### **1065. Sitzung am 16. October 1885.**

1) Für die Bibliothek sind eingelaufen:

a) „Прибавление къ морск. сборнику“, September- und Octoberheft;

b) Protocolle und Beilage der Gesellschaft Kiewer Aerzte.

2) Dr. Zwingmann stellt einen Fall von amyloider Degeneration der Conjunctiva vor und macht kurz auf das Charakteristische gedachter Affection aufmerksam.

3) Dr. Mandelstam demonstrirt einen scharfen Löffel, den er sich behufs Operationen an der Conjunctiva, hat anfertigen lassen.

4) Dr. Kröger fährt in seinem Vortrage fort.

Vortragender wies zuerst auf die Einflüsse hin, die der Stoffwechsel erleiden könne. Stoffwechselbeschleunigung hänge einestheils von dem Grade der Erregung sensibler Hautnerven ab, wobei die Muskelschicht reflectorisch in Spannung versetzt werde, bei welchem Vorgange vermehrte Wärmebildung stattfinde und stickstofffreie Stoffe verbraucht würden. Andererseits ist Stoffwechselbeschleunigung abhängig von der Körpertemperatur; je höher dieselbe steige, umsomehr werde Körpersubstanz und zwar namentlich N-haltige Bestandtheile zersetzt.

Weiter wurde der Einfluss thermischer Eingriffe auf die Hautfunction besprochen. Dadurch, dass wir den Blut-

reichthum der Haut beliebig vermehren können, und die Abstossung der Epidermis zu steigern vermögen, befördern wir die respiratorische Thätigkeit der Haut. Ebenso können wir die secretorische Hautthätigkeit beeinflussen und dadurch vielfach resorptionsbefördernd, sowie auch ableitend wirken.

Sodann wurde die Wirkung des innerlich genommenen Wassers beleuchtet und darauf hingewiesen, wie das reichlich getrunkene Wasser auch resorptionsbefördernd wirken könne, da es sich rasch ausscheide und immer auch lösliche Körperbestandtheile in sich aufnehme.

Nun ging Vortragender auf die Schilderung der verschiedenen Badeformen über, deren Wesen und Indicationen beleuchtet wurden.

In erster Linie erhielten die beiden wichtigsten schweisserregenden Badeformen: das römisch-irische Luftbad und das russische Dampfbad, eine eingehende Beleuchtung, in welcher nachgewiesen wurde, wie das römisch-irische Bad wesentlich den Wasser-Kreislauf befördere, während das russische Dampfbad einen nicht unerheblichen Einfluss auf den Umsatz der festen Körperbestandtheile ausübe.

Hieran schliesst sich eine kurze Betrachtung der beiden anderen wesentlich auf Schweisserregung abzielenden Prozeduren des Dampfkastenbades und der trockenen Einpackung.

Endlich wurden die anderen Badeformen besprochen, so namentlich das Halbbad, das Vollbad, die Douchen, die Abwaschung, die Abreibung, die feuchte Einpackung. Ferner die Sitzbäder, das Fussbad, die verschiedenen Umschläge und Binden, namentlich der Longettenverband und die Chapmann'schen Rückenschläuche.

Dr. Hampeln. Es sei auffallend, dass bei der grossen Wichtigkeit und Bedeutung der modernen Hydrotherapie, dieselbe keinen Eingang in die grossen Krankenhäuser gefunden habe. Seiner Ansicht nach müsste jede Abthei-

lung für innere Krankheiten eine Kaltwasserheilstalt zur Verfügung haben. Bezüglich der localen Kältewirkung hebt er zwei Erfahrungen hervor. Bei Epistaxis der Recurrens-Patienten, wirke die Kälte bei Application auf den Hals blutstillend, während ihre Wirkung, auf den Ort der Blutung applicirt, effectlos sei. Ebenso halte er die Kälteanwendung auf die Claviculargruben bei Lungenblutung für erfolglos, vielleicht könnte mehr erreicht werden, wenn man das Eis auf die Gegend der Pulmonalis applicire.

Dr. Worms: Winternitz habe bereits die Kälteanwendung auf die zuführenden Gefäße empfohlen. — Der Grund, weshalb die Hydrotherapie bei ihren unzweifelhaft wirksamen Mitteln keine grössere Bedeutung für die Therapie im Allgemeinen gewonnen, sehe er in dem schwankenden Boden, auf dem die Behandlung der chronischen Leiden beruhe. Es sei zu wenig, was als feste Norm gelten könne.

Dr. Kröger: Die Hydrotherapie sei eine junge Wissenschaft, die nicht an den Kliniken gelehrt, sich selbstständig entwickelt habe. Daher rühre es, wenn noch vieles unzureichend sei. Ueberdies kämen meist nur die Gichtischen, Rheumatischen und Nervenleidenden zu den Hydrotherapeuten, während gerade die geeignetsten, wie die an chronischen Bronchitiden und Herzleiden laborirenden Patienten, sich in der privaten Behandlung befänden, oder in Kliniken und Krankenhäusern Aufnahme suchten und erhielten.

Dr. Carlblom: Bei den localen Einwickelungen, den sog. Prisnitz'schen Umschlägen, bediene er sich meist des Gummizeuges, mit dem er die nasse Compresse decke. Dieses biete den Vortheil, dass der Umschlag warm bleibe, der Kranke in Folge weniger häufigen Wechsels mehr Ruhe habe. Ihm sei nicht recht ersichtlich, warum die Hydrotherapeuten das Gummizeug gewöhnlich weglassen.

Dr. Kröger: Das Gummi wird nicht angewendet, wenn eine stärkere Verdunstung stattfinden soll. Sei die

Körpertemperatur hoch, so würde dadurch eine Abkühlung erzeugt, während durch den impermeablen Stoff Wärme zurückgehalten, und die Temperatur dadurch noch gesteigert werde. In jedem Falle müsse man individualisiren. Der Grad der Reaction zeige, ob die Reizstärke genügend sei. Der Wechsel zwischen Hyperämie und Ischämie, durch den Wechsel der Temperatur erzeugt, das sei der Zweck der ganzen Procedur. A priori feste Regeln liessen sich daher nicht geben. Im Uebrigen liesse sich das Gummizeug in jedem Falle durch Bedeckung mit Wolle- oder Flanellstoffen ersetzen.

Dr. Rulle: Gerade die Schwierigkeit des Individualisirens sei es, die der Hydrotherapie das Eindringen in die Privatpraxis erschwere.

### 1066. Sitzung am 6. November 1885.

1) Für die Bibliothek sind eingelaufen und cursiren: Die Protocolle der Charkow'schen medicinischen Gesellschaft, und die Protocolle der balneologischen Gesellschaft zu Pätigorsk.

2) Der Präses verliest ein Schreiben des Professors Thoms von der Versuchsstation am baltischen Polytechnikum zu Riga, in welchem mitgetheilt wird, dass die Untersuchung der sputa auf baccillen von jetzt ab für Zahlung eines Rbl. S. ausgeführt wird.

3) Dr. Hampeln verliest seinen Vortrag: „Zur Therapie der Pleuraempyeme Erwachsener“.

Ueber das Princip der Eiterevacuation und über die Nachbehandlung, beides unter antiseptischen Cautelen, herrsche wol Einigkeit. Welche Methode, ob Resections- ob Punctionsdrainage, dabei für den Kranken die vortheilhaftere sei, sei streitig. Zur Beleuchtung wolle er im Nachstehenden einen Beitrag liefern. Liege es doch im Interesse des Therapeuten ein Leiden selbstständig zur Ausheilung

zu bringen, dessen Beginn als fibrinöse Pneumonie er so häufig zu beobachten Gelegenheit habe und deren Symptomatologie, Diagnose und therapeutische Indicationen, wesentlich die Frucht medicinisch-klinischer Arbeit sei. Die vom Vortragenden angegebene Methode sei bereits von ihm, und dann von Schmidt in seiner Dissertation ausführlich dargelegt, sowie auch dort die Nachbehandlung des Breiteren besprochen. Vom Jodoform mache er nur spärlichen Gebrauch.

Bezüglich der Diagnose bespricht Vortragender eingehend die Bedeutung der Probepunction. Dieselbe dürfe erst in Anwendung kommen, wenn die Entleerung des bereits diagnosticirten Exsudates in Frage komme, die Diagnose müsse vorher ohne Probepunction gestellt sein. Die Unmöglichkeit der Differenzialdiagnose zwischen Pleuritis und Pneumonie könne nur vorübergehend sein; bei ruhigem Abwarten werde schliesslich immer die Diagnose zu stellen sein. Bedinge die Ausdehnung des Exsudates Lebensgefahr, so sei gerade die Ausdehnung desselben, sowie die Verdrängungssymptome characteristisch. Die Probepunction sei überdies unzuverlässig, sie könne negativ ausfallen bei vorhandenem, positiv bei fehlendem Exsudat. Hierfür als Beleg führt Vortragender folgende zwei Krankengeschichten an:

a. Karl Reitz, 58 ann., seit 3 Wochen erkrankt an Husten, Kopfschmerzen, Schmerzen im Epigastrium. Soll kein Fieber, keinen Schüttelfrost gehabt haben. Wohl aber soll der Auswurf in den ersten 8 Tagen röthlich gewesen sein. Früher stets gesund, keine Hämoptoe. In der letzten Zeit abgemagert, seit 18 Tagen bettlägerig. Patient ist mager, anämisch, geringe allgemeine Drüsenschwellung. Dämpfung über der linken unteren, abgeflachten, wenig beweglichen Thoraxpartie. Dasselbst Pectoralfremitus aufgehoben, Athmungsgeräusch abgeschwächt, bronchial. Herz normal. Sputum spärlich, schleimig, eitrig, Fieber theils remittirend, theils intermittirend. Wiederholte Probepunc-

tionen in den verschiedenen Intercostalräumen zu verschiedenen Zeiten vorgenommen, geben negatives Resultat. Tod an Marasmus.

Bei der Section findet sich zwischen dem unteren verdickten schiefrigen, jedoch nicht luftleeren Lungenlappen und dem Zwergfell einerseits, und dem unteren und oberen Lappen andererseits, je eine kleine Abscesshöhle. Der untere Lappen war fest, der obere leicht mit Pleura, resp. Zwergfell verwachsen.

b. Louise Skuje, 23 ann., kräftiges Individuum. Aufgenommen am 10. September. Seit 7 Tagen unwohl, seit 3 bettlägerig. In der rechten Brust Schmerzen, Athemnoth ohne Husten, ohne Auswurf.

Rechte Thoraxhälfte, von normalem Umfange, bewegt sich kaum merklich beim Athmen, der Schall oben voll tympanitisch, von der 5. Rippe, resp. von der Mitte der scapula nach abwärts absolut gedämpft. Pectoralfremitus oben verschärft, im Bereiche der Dämpfung aufgehoben. Athmungsgeräusch oben abgeschwächt, an der Grenze hinten bronchial, über der gedämpften Partie kaum hörbar. Eben-  
dasselbst Bronchophonie abgeschwächt. Kein Rasseln. Wahrscheinlichkeits-Diagnose: Rechtes Pleuraexsudat.

Wegen Delirien, Cyanose, Dyspnoe, wurde an die Möglichkeit eines Empyems gedacht. Am 11. September Probepunction im 4. I. C. R., welche eine Spritze trüben Serums zu Tage fördert. Da die Grösse des präsumirten Exsudates die Punction nicht indicirte, expectatives Verhalten. Am Nachmittage desselben Tages wird etwas zähes rostfarbenes Sputum expectorirt. In den hinteren und unteren Thoraxparthien war lautes Brochialathmen aufgetreten. Nun war es klar, dass eine fibrinöse Pleuro-Pneumonie des linken unteren Lappen vorliege. Krisis am 14. September unter Besserung des Allgemeinbefindens. Allein Fieber und Schmerzen halten an, die seitlichen Parthien des Thorax bleiben gedämpft. Athmungsgeräusch

und Pectoralfremitus fehlen über ihnen. Alles sprach somit für die Entwicklung eines Empyems. Am 19. und 27. September vergebliche Probepunction. Am 1. October ergibt die Untersuchung Unbeweglichkeit der rechten unteren Thoraxparthie, intensive Dämpfung, Pectoralfremitus oben verstärkt, unten fehlend. Athmungsgeräusch S. und V. U. kaum hörbar, H. laut bronchial, nach abwärts bedeutend abgeschwächt, bronchial. Bronchophonie verstärkt, articulirt. 3. Probepunction im 4 I. C. R. ergibt einen reinen geruchlosen Eiter ohne elastische Fasern. Behufs Operation wird Pat. chloroformirt. Jetzt machte Vortragender sechs Probepunctionen im 4., 5., 8. und 9. I. C. R., die alle negativ ausfielen. Doch ergaben gleich darauf 2 von Dr. Jansen im 5. und 6. I. C. R. vorgenommene Punctionen je eine Spritze reinen Eiters. In Folge dessen wird an dieser Stelle die 6. Rippe resecirt, doch vor Eröffnung der Pleura nochmals Probepunction, die nach den verschiedensten Richtungen versucht, stets negativ ausfiel. Daher Verschluss der Wunde. Bei bestehendem Fieber, fehlendem Husten und Auswurf, bleibt der Zustand bis zum 15. October unverändert. Dann plötzlich Entleerung von 400 Gramm etwas übelriechenden Eiters pr. os; dieses dauert, allmählig abnehmend, bis zum Entlassungstage, den 31. October, fort. Rasche Erholung. Objectiv Dämpfung geschwunden, Normalathmen.

Dieser Fall zeige, wie vorsichtig man selbst bei positivem Ergebnisse der Probepunction verfahren müsse. Fraentzel sich anschliessend hält Vortragender die Probepunction für die Diagnose entbehrlich und irreleitend, unentbehrlich bei der Behandlungsfrage, wo sie allein über die Natur des Exsudates die Entscheidung gebe.

Bezüglich der Symptomatologie hebt Vortragender noch hervor, dass die Erscheinung der deutlich articulirten Bronchophonie, seiner Erfahrung nach, für die Diagnose eines Exsudates von der grössten Wichtigkeit sein könne,

Bei 16 Erwachsenen hat Vortragender die Punctions-drainage vollzogen. 10 waren rein Empyeme, 6 putride. Die meisten folgten einer fibrinösen Pneumonie; die wenigsten waren primär. In einem Falle war eine schwere diffuse Peritonitis vorhergegangen. In 3 Fällen handelte es sich um Pyo-Pneumothorax.

Genesen 11, in einem Falle nach Recidiv. Heilung in durchschnittlich 52 Tagen, schwankend von 18 - 80.

Unvollständige Genesung in 2 Fällen. In beiden Fällen verblieb Fistel wegen andauernder Secretion, trotz der im 2. Falle nachträglich ausgeführten Resection. Es waren alte, bereits seit Monaten bestehende Empyeme. Diese Fälle bestätigen die Erfahrung des Vortragenden, dass die Punctionsdrainage sich nur für frische Fälle eigene.

Tödlich verliefen 3 Fälle. Einer litt an Morb. Brighth. und war bereits sehr marastisch, der Zweite erlag einer acuten Nephritis, vielleicht durch Jodoformintoxication verursacht, der Dritte in Folge complicirender, eitriger Pericarditis.

Zum Schluss giebt Vortragender folgende Statistik der im Allgemeinen Krankenhause behandelten Empyeme:

	Genesen.	Ungeheilt.	Recid.	Gestorben.	
1) Mit Resection . . . . .	10	6 (60%)	1	1	2 (10%)
2) Part. Resection . . . . .	8	5 (62%)	—	—	3 (37,5%)
3) Incision . . . . .	12	5 (41%)	2	—	5 (41,6%)
4) Punction mit einf. Troicart	3	2 (66%)	—	—	1 (33,3%)
5) Punction mit H.'s Troicart	17	12 (70%)	2	—	3 (17,5%)
	50	30 (60%)	5	1	14 (28%)

Dr. Heerwagen empfiehlt die Hampeln'sche Methode der Punctionsdrainage für die Privatpraxis dringend. So habe er in einem sehr schweren Fall unter ungünstigen äusseren Verhältnissen bei bestehender Pericarditis dieselbe vollzogen, und am 10. Tage bereits die Höhle geschlossen gefunden.

## 1067. Sitzung am 20. November 1885.

1) Für die Bibliothek ist eingelaufen und cursirt: „Прибавление къ морскому сборнику“, Novemberheft.

2) Dr. Krannhals legt vor eine ihm zugegangene Betteinlage, bestehend aus Rosshaarplatte, die nach unten zu durch Gummizeug gedeckt ist.

3) Dr. Schultz spricht: „Ueber die Recrutirungsergebnisse im Jahre 1884“.

Der Losung in Riga unterlagen 909 junge Männer; von diesen wurden 450 Personen ärztlich untersucht. Es wurden von diesen

tauglich befunden . . . . . 246 (54,67%)

zurückgestellt . . . . . 53 (11,78%)

der Landwehr zugezählt und

untauglich befunden . 151 (33,55%)

Nach den verschiedenen Nationalitäten geordnet waren unter diesen 450 Personen, nach Abzug von 14 Polen und Esten:

	Deutsche:	Russen:	Letten:	Juden:
tauglich . . . . .	74 (43,27%)	76 (58,36%)	65 (77,35%)	23 (45,09%)
zurückgestellt wurden .	29 (16,9%)	17 (13%)	3 (3,5%)	1 (1,96%)
Landwehr u. untauglich	68 (39,76%)	37 (28%)	16 (19%)	27 (52,94%)
	171	130	84	51

Der Mittelwuchs sämmtlicher Besichtigten betrug 37,73 Werschok (167,57 cm.), der mittlere Brustumfang 19,53 Werschok (86,88 cm.), überragte also die Hälfte des Mittelwuchses um 0,665 Werschok (2,95 cm.).

Vortragender legt nun eine Reihe Tabellen, bezüglich der Vertheilung des Mittelwuchses und des mittleren Brustumfangs auf die einzelnen Nationalitäten, vor und zieht daraus folgende Schlüsse:

1. Wenn das Verhältniss der Körperlänge zum Brustumfange als Kriterium für die körperliche Entwicklung der Einberufenen zu gelten habe, so waren am besten die Letten entwickelt, nächst diesen die Russen; dann folgen

im beträchtlichem Abstände die Deutschen, diesen sehr nahe, jedoch noch tiefer, stehen die Juden.

2. Bei sämtlichen Nationalitäten, mit Ausnahme der Russen, war das mittlere Brustmaass unter der halben Körperlänge.

3. Für alle Nationalitäten, mit Ausnahme der Deutschen, war das Mittelmaass der Tauglichen ein grösseres, als das Mittelmaass der Nationalitätsgruppe, bei den Deutschen übertrugte das Mittelmaass der Untauglichen, das Mittelmaass der ganzen Gruppe derselben.

4. Die mittelgrossen Personen liefern die meisten Diensttauglichen, die Uebermittelgrossen zeigen das schlechteste Procentverhältniss für die Diensttauglichkeit.

Ordnet man die 450 Besichtigten ihrem Berufe nach, so ergibt sich, dass von 72 Arbeitern und Tagelöhnern 47 tauglich waren, während 25 nicht eingestellt wurden. 37 Schlosser und Schneider waren tauglich, 19 nicht. Von 26 besichtigten Tischlern, Stellmachern, Zimmerleuten, wurden nur 6 brakirt. Von 27 Hutmachern nur 7, dagegen waren von 29 jungen Leuten, die zur Zeit ohne Beschäftigung waren oder noch eine Bildungsanstalt besuchten, nur 6 diensttauglich. Und von 71 Handlungsbeflissenen gar nur 15. Von diesen 15 (6 Deutschen, 2 Letten, 4 Russen, 3 Juden) wurden von der Gouvernements-Wehrpflichtscommission noch nachträglich 1 Deutscher, 1 Lette, 1 Russe und 3 Juden ausbrakirt, so dass schliesslich von 71 nur 9 (12,67%) in den Militärdienst traten.

Durch vorgelegte Tabellen weist Vortragender nun nach, wie sich die einzelnen Berufsgruppen in Bezug auf die Körpergrösse, resp. den Brustumfang verhalten, und schliesst daran eine kurze Besprechung des Einflusses des Berufes auf die Körperentwicklung.

Ein höherer Bildungsgrad beeinflusse die Tauglichkeit nicht wesentlich. Dieses lasse sich auch bei den Freiwilligen nachweisen, bei denen die Tauglichkeitsziffer in

den Jahren 1879—83 zwischen 57,14<sup>o</sup>/<sub>o</sub> und 57,57<sup>o</sup>/<sub>o</sub> schwankt. Im Jahre 1878 hatten sie eine Tauglichkeitsziffer von 87,09<sup>o</sup>/<sub>o</sub>. Für das Jahr 1884 waren von den 69 der Einberufung unterliegenden 43 (62,32<sup>o</sup>/<sub>o</sub>) als tauglich empfangen worden, während 26 zur Zeit sich in verschiedenen Lehranstalten I. und II. Kategorie befanden. Erwägt man nun, dass das Gros der Freiwilligen im Wehrpflichtcanton Stadt Riga aus Deutschen besteht, dass ferner die überwältigende Majorität der Freiwilligen aus solchen gebildet wird, welche keine Vergünstigung ihrer Familienverhältnisse wegen haben, so kann man, selbst angenommen, dass bei der Einstellung eines Freiwilligen geringere körperliche Anforderungen gestellt wurden, sich der Ueberzeugung nicht verschliessen, dass die Tauglichkeitsziffer der Deutschen thatsächlich eine höhere ist, als sie sich nach der Besichtigung der geloost habenden Personen beurtheilt, ergibt.

Der Grund der Dienstuntauglichkeit war:

		Deutsche, Letten, Russen, Juden, Polen.				
Zu schmale Brust . . . . .	46 Pers.:	27	1	9	8	1
Reduction der Sehkraft. . . . .	29 "	8	2	4	14	1
Anomalie d. Bewegungsorgane . . . . .	19 "	9	6	2	2	—
Zahnmangel . . . . .	18 "	7	—	7	4	—
Hernie . . . . .	15 "	10	1	2	2	—
Hautkrankheiten . . . . .	14 "	3	3	7	1	—
Ohrenkrankheiten . . . . .	11 "	5	2	3	1	—
Lungentuberculose . . . . .	10 "	5	2	1	2	—
Lähmungen und Geistesstörungen . . . . .	8 "	4	1	3	—	—
Blindheit eines od. beider Augen . . . . .	6 "	4	—	2	—	—
Verkrümmung d. Wirbelsäule . . . . .	5 "	3	—	2	—	—
Herzfehler . . . . .	3 "	1	1	1	—	—
Kropf. . . . .	2 "	—	—	1	1	—
Lagophthalmos . . . . .	1 Lette,					
Speichelüstel . . . . .	1 Deutscher,					
Blasenstein . . . . .	1 Este,					
Kryptorch . . . . .	1 Deutscher,					
Mangel e. Gliedmaasse	1 Russe.					

## 1068. Sitzung am 4. December 1885.

1) Für die Bibliothek ist eingegangen und cursirt: Sitzungsprotocolle des ärztlichen Rathes des Gouvernements-Krankenhauses in Kursk.

2) Auf Vorschlag des Prässes beschliesst die Gesellschaft zu dem am 16. December a. c. stattfindenden 25-jährigen Doctorjubiläum des Herrn Dr. Bochmann dem Jubilar durch eine Deputation die Glückwünsche der Gesellschaft zu übermitteln.

3) Internum (Translat).

4) Dr. Ed. Schwarz demonstrirt einen Patienten mit amyotrophischer Lateralsclerose.

5) Dr. Schröder verliesst den „Bericht über die Thätigkeit der Wasserheilanstalt Sassenhof bei Riga.

Dieselbe wurde von Dr. Bosse gegründet und bis 1881 geleitet. Im Jahre 1883 wurde sie vom Vortragenden wieder eröffnet. Vom 28. Septbr. 1885 bis zum 28. Septbr. 1885 wurden aufgenommen im Ganzen 205 Patienten (163 = 77,25% Männer und 48 = 22,75% Frauen).

Von diesen Kranken wurden geheilt 77 = 37,56%, gebessert 78 = 38,5%, ungeheilt 50 = 24,39%. Die behandelten Krankheiten vertheilen sich wie folgt: Krankheiten der Respirations- und Circulationsorgane 19, der Digestionsorgane 24, des N-systems 89, der Haut, Muskeln, Knochen und Gelenke 25, der Urogenitalorgane 11, Dyscrasieen, allgemeine Ernährungsstörungen 21, Reconvalescenten, hygieinische Curen 16.

Die mittlere Curdauer betrug 41,3 Tage.

6) Dr. Berg demonstrirt einen uterus mit erhaltenem rechten Ovarium und unterbundenem Stumpfe an Stelle des linken. Derselbe stammt von einer Ovariotorix. Die grosse, einkammerige, ganz freie Cyste wurde durch die Operation leicht entfernt. 4 Tage normaler Verlauf. Am 5. plötzlich Singultus, fadenförmiger Puls, Collaps. Am

anderen Tage Tod. Bei der Section findet sich im Douglas eine halbe Unze blutig serösen Exsudates. An der untersten Stielligatur eine geringe gelatinöse Masse. Sonst Nichts Besonderes. — Vortragender glaubt als Todesursache septische Peritonitis annehmen zu müssen, deren Aetiologie ihm jedoch dunkel ist.

### 1069. Sitzung am 18. December 1885.

1) Für die Bibliothek sind eingelaufen: „Прибавление къ морскому сборнику“, Decemberheft, und Dr. C. Mordhorst's Antwort auf Dr. Ziemssen's „Offene Erwiderung“.

2) Dr. Hampeln referirt über folgenden Fall:

Am 17. November wird eine an acuter eitriger Pleuritis erkrankte jugendliche, kräftige Patientin in's Krankenhaus aufgenommen. Probepunction im 4. I. C. R. in der Axillarlinie positiv, nach hinten negativ. Am 27. November ergiebt die Probepunction im 4. und 5. Intercostalraum Eiter. Versuch der Fistelbildung mit dem Troicart im 4. I. C. R. Nach Entfernung des Stachels, entleert sich kein Eiter, sondern drang die Luft hörbar aus und ein. Sofortige Entfernung der Canäle und Resection der 5. Rippe. Nach Eröffnung der verdickten Pleura entleerten sich 200<sup>cem.</sup> dicken gelben nicht riechenden Eiters. Die Empyemhöhle erschien buchtig, von zahlreichen zum Theil leicht trennbaren Fibrinsträngen und Membranen durchzogen, und reichte nach Oben bis zur 2. Rippe, nach Aussen bis zur Axillarlinie, nach Unten bis zur 7. Rippe. Pat. wird in die chirurgische Abtheilung transferirt. Bei Fieber, übelriechender Wundsecretion, treten am 7. Tage Leibscherzen auf und am 9. Tage nach der Operation geht die Kranke zu Grunde.

Die Section ergab Communication der Pleura-, resp. Empyemhöhle, entsprechend der Thoraxfistel, durch eine

scharfrandige Oeffnung im Diaphragma, mit einem faustgrossen Leberabscess. Diffuse Peritonitis.

Der Troicartstich hatte somit den traumatischen Leberabscess mit seinen Folgen verursacht. Die Verletzung erfolgte trotz der hohen Punctionsstelle, trotzdem nicht nur am Operationsort, sondern auch im nächst tieferen I. C., die Probepunction Eiter ergeben hatte.

Durch diesen Fall ist die Gefahr der Verletzung innerer Organe, trotz vorhandenen Empyem's, durch den Troicart erwiesen. Mag die Gefahr auch noch so selten eintreten, dass sie überhaupt möglich, erscheint als triftiger Grund gegen die Methode. Man könnte freilich einwenden, dass nicht die Methode, sondern ihre unrichtige Anwendung die Verletzung verschuldet hat. Es sollte der Troicart nicht tiefer als 4cm., von der Stachelspitze gerechnet, eingestossen werden dürfen, ferner nur mit nach oben gerichteter Spitze. Zugegeben, dass ungenügende Beobachtung solcher Vorsichtsmaassregel, in diesem Falle die Verletzung verschuldet hat, so erscheint doch immer die Abhängigkeit von so subtilen Verhältnissen bedenklich, und die Gefahr auch bei grösserer Vorsicht nicht ausgeschlossen. Nach dieser jüngsten Erfahrung vermag Vortragender daher die Punction als Methode der Fistelbildung nicht mehr zu empfehlen, da ein anderes sichereres Verfahren, die Incision, resp. die Resection existirt, welches in geübter Hand, als gefahrlos angesehen werden darf, und die möglichste Gefahrlosigkeit *ceteris paribus*, die wichtigste Voraussetzung einer jeden Behandlungsmethode ist.

3) Dr. Treymann verliest seinen Vortrag „Zur Aetiologie der Infectionskrankheiten“. In ausführlicher Wiedergabe behandelt Vortragender die Entwicklung der vitalistischen Theorie und schildert die weitere Fortbildung derselben durch Henle, Negeli etc. In eingehender Weise werden dann die Koch'schen Entdeckungen und ihre Bedeutung für die Lehre vom *contagium vivum*, sowie für

die Verbreitungsweise der Krankheitserreger dargelegt. In letzterem Punkte ständen sich noch heute die Luft- und die Wassertheorie im Einzelnen gegenüber. Klarheit über das Wesen, den Verlauf und die Verbreitung der Infectionserreger, sei erst dann zu gewinnen, wenn 1) die Eigenschaften der Infectionserreger, 2) der Zustand des im Bereiche derselben befindlichen Organismus und 3) die beiden allgegenwärtigen Medien Luft und Wasser, eine eingehende Berücksichtigung fänden. Die Lebensbedingungen der Infectionserreger, ob sie langsam oder rasch sich entwickeln, welche Temperatur diese Entwicklung begünstige, wie rasch sie sich vermehrten, ob sie des Sauerstoffes bedürften, ob sie Dauerformen bildeten, Eigenbewegung hätten etc., wäre von grosser Bedeutung. Namentlich der Eigenbewegung, deren Wichtigkeit von allen Forschern anerkannt werde, sei Vortragender geneigt eine weit schwerwiegendere Bedeutung zuzuschreiben, als ihr im Allgemeinen zuerkannt werde. Von dieser Eigenbewegung hänge der acute Verlauf, sowie die Möglichkeit der Foetusinfection seiner Ansicht nach ab. Durch diese Eigenschaft seien die Krankheitserreger befähigt die Deck- und Placentarepithelien in beiden Richtungen zu durchdringen, somit den Organismus zu verlassen, während ihre ruhenden Infectionserreger den Körper nur ausnahmsweise verlassen, und meist nur innerhalb desselben ertödtet werden oder ihn ihrerseits aufrieben. Diese Ansicht wird an einzelnen Infectionskrankheiten erläutert, und ausgeführt, wie die ruhenden Infectionserreger nur durch die Nieren ihren Ausgang finden konnten, während die übrigen Pforten wol nur den mit Eigenbewegung begabten offen ständen.

Zum Schluss giebt Vortragender eine aetiologische Eintheilung der Infectionskrankheiten, indem seiner Meinung nach, die alte Eintheilung in miasmatische, miasmatisch-contagiöse und contagiöse nicht genüge. Es müssten jetzt alle Infectionskrankheiten als contagiöse aufgefasst werden,

mit dem Zugeständniss, dass die Wege der Contagion nicht in allen Fällen erforscht seien.

Vortragender will hiermit kein neues System aufstellen, sondern nur zur besseren Uebersicht nach den gleichen Eigenschaften der Krankheitserreger die Infectionskrankheiten gruppiren.

Die Schizomycosen gruppiren sich dann folgendermaassen:

I. Contagiöse Infectionskrankheiten, welche staubförmig durch die Luft verbreitet würden. Sie stecken direct an und werden verschleppt. Sie sind verursacht durch Schizomyceten mit Dauerformen. Hier muss man unterscheiden:

a. Sch. mit Eigenbewegung. Sie dringen meist durch die gesunden Lungen ein, inficiren den Foetus und verlassen den Körper rasch durch Haut, Nieren, Darm, Lungen. Hierher gehören: Recurrens, Pocken, Thyph. exanthem., Morbilli, Scarlatina, Influenza, Pest, Keuchhusten, Denguefieber.

b. Sch. ohne Eigenbewegung. Sie können unter Umständen von der intacten Darmmucosa aufgenommen werden, dringen aber gewöhnlich in wunde Stellen der Haut oder Schleimhäute ein und verlassen den Körper nur unter günstigen Stoffwechselbedingungen. Der Foetus wird nicht inficirt. Hierher sind zu zählen: Milzbrand, Tuberculose, Scrophulose und Lupus, Diptherie, Erysipelas, Septicämie, Pyämie, Hospitalbrand, Rotz, Puerperalfieber, Vaccine.

II. Contagiöse Infectionskrankheiten, welche sich mittelst wässriger Medien verbreiten. Sie werden durch Kranke und in feuchten Medien verschleppt. Sie inficiren nicht durch staubförmige Verbreitung mittelst der Luft. Sie werden verursacht durch Schizomiceten ohne Dauerformen, deren Vegetation an wässrige Medien gebunden ist, und deren Leben nach Austrocknung an der Luft sich

nur kurze Zeit (3—6 Monate) lang erhält. — Hier sind zu unterscheiden:

a. Sch. mit Eigenbewegung. Sie dringen meist in den Digestionstroctus ein, inficiren den Foetus und verlassen den Körper entweder rasch durch den Darm, oder werden in relativ kurzer Zeit, durch Nieren und Haut (wol selten durch die Lungen) ausgeschieden. Hierher gehören: Cholera, Schweissfriesel, Typhus abdom., Dysenterie, Gelbfieber, Mumps, Meningitis cerebrospinalis, Maul- und Klauenseuche.

b. Sch. ohne Eigenbewegung. Sie dringen gewöhnlich durch directen Contact (aus einem wässerigen oder feuchten Medium ins andere) in wunde Stellen der Haut oder Schleimhäute ein, und verlassen den Körper nur ausnahmsweise. Hierher gehören: Syphilis, Lepra, Tripper, Lyssa, Tetanus.

Die III. Gruppe der Infectionskrankheiten, die sog. miasmatischen, wurde klinisch als nicht contagiös betrachtet. Doch ist es gelungen, Malaria z. B., erfolgreich zu überimpfen, auch sind Fälle berichtet worden von Uebertragung der Malaria und des Gelenkrheumatismus. Man müsste also hier die Bedingungen der Contagiosität erforschen, was zusammenfiel mit der Eigenart der resp. Krankheitserreger. Sicher ist nur, dass die hier in Betracht kommenden Krankheitskeime dem Erdboden entstammen und ihren vollen Entwicklungsgang, nur bei reichlichem Sauerstoffzutritt ausserhalb des menschlichen Körpers, vollenden. Die Krankheiten, um die es sich hier handelt, sind nicht nur Schizomycosen. Einzelne werden durch Fadenpilze, andere durch Schimmelpilze (Pneumomycosis aspergillica). Andere gar durch Pollenkörner von Phanerogamen (Heufieber) verursacht. Auch die Wirksamkeit einzelner Medicamente, wie Arsen, Chinin, Na. salicyl., gegen einige hierher gehörige Krankheiten, bringt dieselben in gewissem Gegensatz zu den Schizomycosen. Hierher gehören: Malaria,

Pneumonia fibrinos., Rheumarth. acut., Endocard. acut. sept., osteomyelitis, acute gelbe Leberatrophie, Actinomycosis, Madurafuss, Heufieber, vielleicht auch Scorbut, Morb. maculos. Werlhof., Hämophilia neonat.

- 4) Zu ordentlichen Mitgliedern werden vorgeschlagen:  
Dr. Bernsdorff von Dr. Bergmann,  
Dr. Huff „ Dr. Treymann.

### 1070. Sitzung am 15. Januar 1886.

1) Für die Bibliothek sind eingegangen und cursiren: Hampeln: „Zur Behandlung der eitrigen Pleuraexsudate Erwachsener“ und „Punction oder Incision des Pleuraempyems (Separatabdrücke); Jahresbericht über die Verwaltung des Medicinalwesens der Stadt Frankfurt a. M. 1886; von der Gesellschaft für Geschichte und Alterthumskunde der Ostseeprovinzen, Sitzungsberichte für 1884 und Bericht der Jubelfeier am 6. December 1884; Centralblatt für chirurgische und orthopädische Mechanik.

2) Zu ordentlichen Mitgliedern werden aufgenommen: die DDr. Julius Bernsdorff und Albert Huff.

3) Dr. Bergmann demonstrirt ein Präparat von laryngit. hypertrophic. subglottica. Pat. deren Dyspnoe einige Augenblicke vorher zwar hochgradig, aber nicht gefährdend erschien, ging auf dem Wege in's Hospital an Suffocation zu Grunde. Vortragender hebt hervor, wie wichtig in solchen Fällen die Begleitung eines Arztes sei, da durch sofortige Vornahme der Tracheotomie — die Patientin wol hätte am Leben erhalten werden können.

4) Dr. Krannhals spricht „Zur Lehre von der Endocarditis“. Als Begründer der Lehre von der Endocarditis sei Kreysing (1815) anzusehen. Ihm gebühre das Verdienst zuerst mit Nachdruck auf diejenigen Veränderungen hingewiesen zu haben, die wir jetzt unter acuter und chron.

Endocarditis verstehen. Durch Bouillaud (1836) erfuhr die Lehre namentlich in diagnostischer Beziehung weitere Entwicklung, doch sei dieser nicht als ihr Begründer anzusehen. Ein grosser Schritt vorwärts geschah durch Rokitsansky. Vortragender erörtert die Ansichten Rokitsansky's über die verschiedenen bei acuter Endocarditis anzutreffenden Befunde, mit Hinblick auf den damaligen Standpunkt der Entzündungs- und Krasenlehre überhaupt; in klinischer Beziehung wird ein Referat über Zehemeyer's Bearbeitung der Herzkrankheiten gegeben. Sodann geht Vortragender auf die in der zweiten Hälfte der vierziger Jahre fallenden, umfassenden Studien Virchow's über Thrombose und Embolie ein und erörtert die sich im Anschluss an Virchow's Arbeiten vollziehende Veränderung der Anschauungen in der Entzündungslehre. Die ersten Fälle acuter septischer Endocarditis mit capillärer Embolie sind von Virchow und Beckmann mitgetheilt worden. An diese schliesst sich die Casuistik zahlreicher anderer Autoren. Die Bearbeitung der Endocard. von Friedreich in Virchow's Handbuch erfährt sodann eine nähere Besprechung. Der erste Fall in dem, die auch schon von den ersten Beobachtern gesehenen resistenten, feinkörnigen diphtheroiden Massen zweifellos als Mikroorganismen gedeutet werden konnten, ist der von Winge 1869 mitgetheilte. Hieran schliesst sich eine reiche Casuistik. Gegenwärtig handle es sich hauptsächlich darum, ob sämtliche Formen von Endocard., sowohl die ulcerösen als auch die verrucösen, durch Microorganismen bedingt seien, oder nur die ersteren, und ob sich verschiedene Formen der ulcerösen streng scheiden lassen. Klebs, Litten, Köster u. A. seien mehr oder weniger der Ansicht des mikroparasitären Ursprunges sämtlicher verschiedener Endocarditisformen, während andererseits Rosenbach, Rosenstein und namentlich Orth die verrucöse, d. h. mit Auswüchsen bindegewebiger Natur einhergehende Endocarditis, nicht durch

Microorganismen bedingt sein lassen. Die Frage könne nur durch ein sehr grosses Material entschieden werden, ebenso die Natur der verschiedenen, bei parasitärer Endocard. in Frage kommenden Organismen. Um hierzu einen Beitrag zu liefern, ist Vortragender soeben mit der Untersuchung der in den letzten 3—4 Jahren im Allgemeinen Krankenhause zur Section gelangten Fälle von acuter Endocarditis beschäftigt, und wird über das Resultat dieser Untersuchungen seiner Zeit berichten.

Dr. Hampeln bedauert, dass bei den verschiedenen Autoren Unklarheit über den Begriff der verrucösen Endocarditis herrsche. Einzelne werfen ulceröse und verrucöse zusammen, so dass es dazwischen unmöglich sei, aus den gegebenen Daten, sich ein klares Bild von dem anatomischen Befunde der Sectionen zu machen.

Dr. Krannhals: Gerade diese Unklarheit und dieses Zusammenwerfen hätte ihn bewogen, sich mit der Frage eingehender zu beschäftigen und auch die älteren Autoren zu durchforschen. Erst Friedreich unterscheidet klinisch eine Endocarditis verrucosa als durch bindegewebige Excrescenzen erzeugt. Orth brauche den Ausdruck Endocard. verrucosa nur für Bindegewebsneubildungen. Dieselben seien echte Polypen. Den Ausdruck warzige Excrescenzen vermeidet er. Mikroskopisch sei es sehr schwer bindegewebige Neubildungen von Fibrinauflagerungen zu unterscheiden.

### 1071. Sitzung am 5. Februar 1886.

1) Für die Bibliothek sind eingegangen und cursiren: Januarheft der „Прибавление къ морскому сборнику“; Бертенсонъ: Объ отвѣтственности врачей; Dr. Krannhals: Leichenöffnungen im allgemeinen Krankenhause; Dr. Kröger: Ueber die wissenschaftlichen Grundlagen der

modernen Hydrotherapie; Monatsschrift für orthopädische Mechanik.

2) Dr. v. Rautenfeld stellt einen Mann vor, der an Hystero-Epilepsie leidet und demonstriert an demselben die verschiedenen Stadien des hystero-epileptischen Anfalles. Ein weiteres Eingehen auf den leicht hervorzurufenden hypnotischen Zustand wird auf die nächste Sitzung verschoben.

3) Dr. Bochmann legt den Kassen- und Bibliothekbericht vor. Nach demselben betrug das Vermögen der Gesellschaft am 1. Januar 1886 — 1202 Rbl. 52 Kop. Der Budgetentwurf für 1886 ergibt, abzüglich der speciellen Summen für den Catalogdruck an Einnahmen 1266 Rbl. 50 Kop., denen gegenüber 1100 an ordinären Ausgaben stehen, so dass am Schlusse des Jahres ein voraussichtlicher Ueberschuss von 166 Rbl. 50 Kop. verbleiben dürfte. Die Gesellschaft stimmt dem Entwurfe zu und ertheilt die nachgesuchte Decharge für die Kassenführung.

Nach dem Bibliothekbericht beträgt der Gesamtzuwachs 88 Bände und 30 Dissertationen. Den Druck des Cataloges hofft der Bibliothekar in der 2. Hälfte dieses Jahres beginnen zu können.

Auf Antrag der Bibliothekcommission beschliesst die Gesellschaft die „Wiener medicinische Wochenschrift“ in den Lesecirkef aufzunehmen.

4) Dr. v. Stryck verliesst seinen Vortrag: „Gynäkologisches aus Kemmern“.

Nach einigen einleitenden Worten über das neue Moorbadehaus, das 12 wohleingerichtete, mit Douchen versehene Badezellen enthält, geht Vortragender zu den Krankheitsformen über, die in Kemmern zur Beobachtung kamen. Es handelt sich um chronische Metritis, Parametritis, Pelvi-peritonitis, bei denen meistens das halbe, seltener das volle Moorbad angewandt wurde, in Temperatur von 29—31° R.,

gefolgt von einer Douche, 8—10° kälter als das Bad. Unterstützt wurde die Wirkung der Bäder durch heisse Irrigation der Scheide (30—35°) und durch Moorumschläge auf den Leib. In einzelnen Fällen wurden Moor- und Schwefelbäder abwechselnd verordnet, eine Badeform, die Vortragender für anämische, chlorotische, scrophulöse Patientinnen empfiehlt.

Ausser diesen von Kemmern gebotenen Heilfactoren wurden Mineralwässer, namentlich Eisenwässer, und abführende Brunnen verabfolgt und hat Vortragender in ausgedehntem Maasse gynäkologische Localtherapie in Anwendung gezogen. Die Resultate letzterer seien sehr befriedigend gewesen und hätten seiner Meinung nach wesentlich zum günstigen Erfolge beigetragen. Bei gehöriger Individualisirung und Vorsicht in der Anwendung sei durch die Localtherapie keine Störung der Badecur zu befürchten, Endometritis und Metritis machten locale Eingriffe geradezu nothwendig und auch Parametritis und Pelvipерitonitis im reizlosen chronischen Stadium gab keine Contraindication. Eingreifende Operationen wurden mit Rücksicht auf die Badecur unterlassen. Auf Selbstbeobachtung gestützt, berichtet Vortragender über das Moorbad Folgendes: Die Consistenz der Masse ist eine so bedeutende, dass der Badende sich geradezu in dieselbe hinein arbeiten muss. Die höhere Temperatur wird wenig empfunden in der dicken Masse, die sich dem Körper in angenehmer Weise anschmiegt. Der Puls wird schneller und voller, es treten Congestionen zum Kopf ein. Nach dem Bade Müdigkeit, Schlagsucht auch nach kalter Douche.

Gebadet wurde 2—5 Mal wöchentlich, in seltenen Fällen und für kurze Zeit, täglich. Die Dauer des einzelnen Bades schwankte von 10—45 Minuten. Je nach der Häufigkeit der Bäder und Dauer der Curzeit, die als meist zu kurz bemessen bezeichnet wird, waren 10—20 Moorbäder verordnet.

Was Nebenwirkungen des Moorbades anlangt, so hat Vortragender in Bezug auf den Verdauungsapparat keine constatiren können. Die Menses träten in einzelnen Fällen verfrüht und zu reichlich auf, benöthigten aber selten eines Eingriffes, wo es sich nicht um habituelle Disposition handelte. Das N.-system werde angegriffen, namentlich gegen Schluss der Cur seien häufig: Schlaflosigkeit, Kopfschmerz, Schwindel, Herzklopfen etc. Doch werde dem Uebel durch geeignete roborirende Nachkuren bald abgeholfen.

Behandelt wurden 51 Fälle. Von diesen waren:

		Geheilt.	Bedeutend besser.	Wenig gebessert.	Unverändert.
Metritis chron. . . . .	15	3	6	4	2
Parametritis chron. . . .	12	6	4	2	0
Pelviperiton. chron. . . .	24	4	11	8	1
	51	13	21	14	3

Als Contraindication gegen das Moorbad sieht Vortragender alle Krankheitsprocesse an, die die Widerstandsfähigkeit der Patienten herabsetzen. Von Frauenkrankheiten seien alle Neoplasmen vom Moorbade fernzuhalten, da bei diesen dadurch das Wachsthum angeregt werden könne. Metrorrhagieen gäben keine Contraindication, ebensowenig Gravidität. (3 Fälle in den ersten Monaten beobachtet.)

Vortragender hebt noch besonders hervor, dass, seiner Ansicht nach, durch die Kemmern'sche Cur, die Heilung beschleunigt werde. Unter ganz denselben Verhältnissen, ohne die Anwendung der Kemmern'schen Bäder, glaubt er in so kurzer Zeit keine so günstigen Resultate erhalten zu können.

Dr. Hach ist mit den in diesem Jahre bei seinen Patienten erzielten Resultaten nicht zufrieden. Zwar seien 6 von seinen Patientinnen, die zum zweiten Male Kemmern brauchten und zwar 3 mit Metritis, 1 mit Parametritis und 2 mit Perimetritis und oophoritis, alle 6 ganz bedeutend subjectiv und objectiv gebessert zurückgekehrt. 27 seiner

Patientinnen seien zum ersten Male in Kemmern gewesen und zwar mit: Dysmenorrhoe 1, Parametritis 3, Metritis 3, Perimetritis 7, Perimetritis und Salpingitis 1, Perimetritis und oophoritis 8, Para- und Perimetritis 4. Von diesen hätten sich 20 ihm wieder vorgestellt und habe er nur bei 2 eine bedeutende Besserung, bei 8 eine Besserung constatiren können. 12 seien unverändert gewesen. Vortragender ist geneigt diese ungünstigen Resultate darauf zurückzuführen, dass 26 von diesen Patientinnen, bevor sie nach Kemmern gingen, d. h. in der Zeit vom Januar bis Mai, keiner Behandlung sich unterzogen hatten. Er meint gerade die vorhergehende Behandlung dürfte den Erfolg der späteren Badecur wesentlich erleichtern. Die einzige Patientin, die vorher in ärztlicher Behandlung gestanden, ist gebessert zurückgekehrt. Dieser vorhergehenden Behandlung glaube er den Haupterfolg bei den Badecuren zuschreiben zu dürfen, die anstatt in Moorbädern, auch in einfachen oder Salzbädern bestehen könnten.

Dr. v. Stryk erkennt die Wichtigkeit der vorbereitenden localen Therapie vollständig an. Auch während der Badecur sei dieselbe einflussreich. Dass dem Moorbade bei seiner cataplasmaartigen Wirkung ein grösserer Einfluss als den gewöhnlichen oder Salzbädern zuerkannt werden müsse, erscheine ihm fraglos.

Dr. Berg theilt mit, dass für die nächste Saison ein Receptionsraum mit der genügenden Anzahl von Couchetten eingerichtet sei, damit die Patientinnen nicht sofort nach dem Bade die ca. 1 Werst lange Strecke bis zu ihren resp. Behausungen zurücklegen müssten.

5) Dr. Hach demonstirt eine von ihm durch Laparotomie gewonnene Dermoidcyste, die Haare, Zähne, sowie eine Knochenplatte enthielt. Diese letztere ermöglichte die Diagnose auf Dermoid vor der Operation zu stellen. Patientin ist genesen.

---

## 1072. Sitzung am 19. Februar 1886.

1) Für die Bibliothek sind eingelaufen und cursiren: Februarheft der „Прибавление къ морскому сборнику“ und die Sitzungsprotocolle der Moskauer med. Gesellschaft.

2) Dr. v. Rautenfeld stellt den in voriger Sitzung besprochenen Patienten abermals vor und berichtet über ihn Folgendes: Julius Bartel, 19 an. n., Bäckergezell, stammt von einer Mutter, die an Krämpfen, bis 21 Anfälle täglich, leidet. Das erste Mal sollen dieselben nach einem Schreck (Feuersbrunst) aufgetreten sein. Der Vater, Klavierspieler in einem Bordell, ist anscheinend gesund. Ascendenten der Mutter, sowie ihre Geschwister sind ebenfalls gesund. Ein Bruder des Patienten ist im Alter von 3 Wochen an Krämpfen gestorben, eine Schwester, 22 an. n., leidet seit Jahren an hysterischen Krämpfen und ein dreijähriger Sohn derselben hat gleichfalls Krämpfe gehabt.

Patient hat als Kind die Pocken und angeblich Wasser-sucht gehabt, sonst sich normal entwickelt, auch sei ihm das Lernen leichtgefallen. Vor 5 Jahren stürzte Patient 10' hoch herab auf den Kopf; damals soll er Blut aus der Nase verloren haben, auch zwei Tage bewusstlos gewesen sein. Darnach längere Zeit Kopfweg bei ungestörtem Allgemeinbefinden. Narbe fehlt. Nach Angabe der Mutter hätte Patient seit dieser Zeit Perioden gehabt, wo derselbe nicht ganz „bei sich“, nicht ganz „richtig“ erschien. Derselbe sei mehrfach vom Hause weggelaufen. Einmal ist er Abends ohne Mütze, auf eine halbe Stunde, weggegangen und erst nach 6 Wochen nach Hause gekommen. Um Weihnachten 1884 ist er in Danzig gewesen, wo er bei einem angeblichen Raubüberfall zwei Messerstiche in den linken Arm erhalten. Im Juli 1885 wird er wegen Verkaufs gestohlener Sachen verhaftet. Bei dieser Gelegenheit soll er einen Kolbenschlag in die linke Seite erhalten haben, worauf sofort ein Krampf mit Bewusstseinsverlust eintrat,

der sich in der folgenden Nacht wiederholte. Seitdem hat Patient häufiger, seit Ende October etwas seltener, die Krämpfe gehabt. Der Vorgang ist dabei folgender: Patient geht gewöhnlich nach Verlust des Bewusstseins noch einige Augenblicke umher, dann fällt er hin, und es tritt ein tonischer Krampf der Flexoren auf, der ca. 10 Minuten dauert. Keine Parese der Sphincteren. Zunge nicht zer-bissen. Ende October trat dann ein tetanischer Krampf der rechten Körperhälfte, incl. Nacken und Hals, ein, der einen ganzen Tag anhielt. Es bestand Aphasie, doch war Patient bei Bewusstsein, denn er führte mit der linken Körperhälfte alle gewünschten Bewegungen aus. Seitdem wechseln diese beiden Krampfarten ab, oder gehen auch in einander über. Anfang November 1885 macht Patient einen Versuch sich zu erhängen, will sich aber später dessen nicht erinnern.

Patient ist von normaler Entwicklung und bietet in Betreff der inneren Organe nichts Abnormes. Auf der vorigen Sitzung konnte noch die vollständige linksseitige Anästhesie demonstrirt werden. Dieselbe ist augenblicklich in Folge einer 10 Minuten langen Application eines Hufeisenmagneten vollständig verschwunden. Transfert trat nicht auf. Durch leichten Druck auf den rechten Hoden kann der Anfall ausgelöst, durch starken coupirt werden. Die Sinnesorgane, namentlich die Augen, normal. Bezüglich des Charakters des Patienten muss hervorgehoben werden, dass derselbe gern klatscht, verleumdet, die übrigen Kranken zu allerlei Unfug anstiftet, wobei er sich weiss-zubrennen versteht. Dabei ist er sehr heftig und reizbar, und treten im Zorn häufig Anfälle auf.

Den hystero-epileptischen Anfall, durch Druck auf den Hoden hervorgerufen, hat Vortragender in der vorigen Sitzung den Collegen vorgeführt, und auf die verschiedenen Perioden desselben aufmerksam gemacht. Dieses Mal will er den hypnotischen Zustand demonstiren. Patient ist sehr

leicht durch Druck auf die bulbi oder durch Magnesiumlicht zu hypnotisiren und zeigt ziemlich charakteristisch die verschiedenen Stadien (Catalepsie, Lethargie, Sonambulismus) der Hypnose. Eigenthümlich sei es, dass wenn man in der Hypnose Patienten einrede, er sähe mit dem einen offenen Auge einen farbigen Gegenstand, dann dieses Auge schliesse und das andere öffne, Patient den Gegenstand in der complimentären Farbe zu sehen angebe. — Demonstration.

Dr. Stavenhagen meint, dass das Experiment am Kranken in Bezug auf die Gegenfarbenerkennung nicht rein sei, sondern sich auch auf Erlernung der Gegenfarben seitens des Patienten zurückführen liesse. Bei früheren Versuchen seien die diesbezüglichen, sowie auch andere Angaben unsicher gewesen.

Dr. v. Rautenfeld meint, es habe vielleicht daran gelegen, dass man nicht verstanden, den Patient in den sonambulen Zustand zu bringen. Patient hat ihm beim ersten Versuche, den er in Gegenwart mehrerer Collegen machte, sofort die complimentären Farben genannt.

Dr. Mandelstamm meint nach diesen Versuchen, den Sitz der Farbenempfindung in das Gehirn verlegen zu müssen und nicht nach der Young-Helmholtz'schen Theorie in das Fasersystem der Retina.

Dr. Tiling erhebt auch Zweifel an der beweisenden Kraft des Complimentärfarbenversuches und meint auch, dass Patient durch häufige Versuche zugelernt habe. Er habe überhaupt beobachtet, dass die Experimente besser gelängen, je häufiger sie schon mit dem Patienten vorgenommen worden seien.

Dr. v. Rautenfeld giebt letzteres zu, hebt aber hervor, dass bereits bei dem ersten Versuche die Angaben des Patienten sehr präzise gewesen seien.

3) Dr. Bochmann legt vor seinen „Entwurf zur Erweiterung des allgemeinen Krankenhauses“.

Das rapide Anwachsen der Bevölkerung der Stadt Riga habe auch vermehrte Ansprüche an das Krankenhaus gestellt. Es sei daher erforderlich gewesen, einen ganz neuen Plan auszuarbeiten, dessen Grundzüge er hier den Collegen vorlege.

1) Ist entschieden worden den alten Bauplatz beizubehalten, denn derselbe biete in seiner Configuration, seinen Luft- und Bodenverhältnissen sichere Vorzüge.

2) Die Grösse des Grundstückes sei für die vermehrten Anforderungen ungenügend und müsse durch Hinzuziehung der benachbarten Grundstücke vergrössert werden. Alsdann ergebe es sich als Nothwendigkeit mit dem alten Bauplan zu brechen und die Verwaltungsgebäude an die Alexanderstrasse zu verlegen, um die stilleren Strassen für die Krankengebäude zu gewinnen.

3) Die Grösse der Anlage sei auf 29 Pavillons mit 960 Betten zu bringen und zwar die einzelnen Abtheilungen:

	Pavillon.	Betten.	Bettenzahl.
I. Für acute u. chronische innere			
Krankheiten . . . . .	6	à 36 =	216
„ Nervenkrankheiten . . . . .	2	à 36 =	72
II. Für acute u. chronische äussere			
Krankheiten . . . . .	6	à 36 =	216
„ infect. Wundkrankheiten . . . . .	1	à 12 =	12
„ Syphilis . . . . .	3	à 36 =	108
III. Für Pocken . . . . .	1	à 40 =	40
„ Flecktyphus . . . . .	1	à 40 =	40
„ wechselnde Benutzung . . . . .	4	à 40 =	160
„ Beobachtung . . . . .	2	à 8 =	16
IV. Für Geburtshülfe . . . . .	1	à 32 =	32
„ Frauenkrankheiten . . . . .	1	à 24 =	24
V. Für Privatranke . . . . .	1	à 24 =	24
	29		960

An diese directen Krankenräume schliessen sich, ausser den Räumlichkeiten für ärztliches und Wartepersonal, für

die I. Abtheilung: ein Gebäude für Hydrotherapie, Massage etc., für die II. Abtheilung: der Operationsraum, bei der IV. Abtheilung: Räume für die Hebammenschule. In eingehender Weise werden, unter Vorlegen von Zeichnungen und Plänen, die Stellung der Gebäude, die baulichen Anlagen der Pavillons behandelt, die Heizung, Ventilation und Beleuchtung erörtert. Bezüglich der Latrinenanlage spricht sich Vortragender für das Liernur'sche System aus, das bei etwas grösseren Anlagekosten, das Vorzüglichste leiste und geringere Betriebskosten beanspruche als das Heidelberger Tonnensystem. Endlich sollen die Anlagen sorgfältig gepflegt, die Wege durchweg chaussirt werden, da das Pflaster als zu geräuschvoll sich erwiesen. Schliesslich sei, als Sicherung gegen Feuersgefahr, ein Feuerwehrtdepot mit den nothwendigsten Utensilien, einzurichten.

Zum Schluss hebt Vortragender hervor, wie wichtig es sei, sich rechtzeitig zum Bau zu entschliessen, und dürfte der augenblickliche Zeitpunkt aus manchen Gründen der geeignete sein. Würde später unter dem Drucke der äussersten Nothwendigkeit rasch gebaut werden müssen, so würden nicht nur die Kosten bedeutend erhöht werden, sondern auch die Qualität des Baues würde äusserst ungünstig beeinflusst werden. Die Discussion über den Entwurf wird auf die nächste Sitzung verschoben.

4) Dr. Treumann zeigt zwei ineinander eingebohrte Revolverkugel vor, die er aus einem Schusscanal der vola manus entfernt hat. Die eine Kugel war im Laufe stecken geblieben. Als Patient sich mit dem zweiten Schusse verletzte, wurde die erste Kugel durch die zweite in die Wunde getrieben.

### 1073. Sitzung am 19. März 1886.

1) Für die Bibliothek sind eingegangen und cursiren: das Märzheft der „Прибавленіе къ морскому сборнику“; Protocolle der Gesellschaft Морскихъ врачей in Kronstadt; Bericht über Erkrankungen an epidemischen Krankheiten im Gouvernement Kursk, herausgegeben vom Земскій врачебній совѣтъ; Centralblatt für chirurgische und orthopädische Mechanik.

2) Dr. Paulsohn berichtet über den von Dr. Rautenfeld vorgestellten Julius Bartel Folgendes:

Der Kranke trat am 10. Februar um Mittagszeit in das Krankenhaus ein. Dr. v. R. hypnotisirte denselben und gelangen alle Experimente ausgezeichnet. So erkannte z. B. Patient ein reines weisses Stück Papier unter vielen anderen wieder, nachdem ihm eingeredet worden, es sei die Photographie eines ihm bekannten Menschen (auf der Rückseite dieses Papierstückes war ein kleiner Bleifederstrich gemacht worden). Die Experimente wurden durch den hysteroepileptischen Anfall unterbrochen. Nach Verlauf einer halben Stunde ein neuer Anfall. Das für die Nacht in Aussicht genommene Zwangshemd lehnte Patient mit der Versicherung ab, er werde in der Nacht keinen Anfall bekommen. Auf die Frage, ob er sich dessen entsinnen könne, was während der Anfälle passire, behauptet der Kranke, er wisse absolut Nichts von dem, was um ihn her und mit ihm vorgehe. — Die Nacht verlief ruhig. Um 9 Uhr Morgens, während der Visite, ein Anfall, rechtsseitiger Tetanus mit Aphasie. Durch Druck auf die bulbi wird Patient hypnotisirt, durch Anblasen erwerkt. Abends wird ein Anfall, im Stadium der coordinirten Bewegungen, durch Hypnose unterbrochen. Durch Anblasen Erwachen zu vollem Bewusstsein. Behufs Schonung des Patienten keine weiteren Versuche in der Hypnose.

Am dritten Tage beklagt sich Patient, dass ein anderer Kranker, während des Anfalles, ihn mit dem Finger in den

Bauch gestossen habe. Die Thatsache wird constatirt. Es geschah während Patient raste. Am Nachmittage linksseitiger Tetanus mit nicht ganz completer Anästhesie für tiefe Nadelstiche. Ein verhältnissmässig schwacher Strom rief aber schon Zuckungen, ein stärkerer ausgiebige Contractionen hervor, und hörte der Tetanus bald auf.

Am nächsten Tage wird Patient von Dr. Treymann und Referenten hypnotisirt. Gemäss Abmachung wurde bei den Versuchen nicht gesprochen, der grösste Theil dessen, was eintreten sollte, trat nicht ein. Besonders stimmten die Erscheinungen absolut nicht mehr, als Patient aus dem scheinbar kataleptischen in den lethargischen und dann wieder in den kataleptischen Zustand übergeführt wurde. Während des letzteren wurde dem Patienten, ohne ihn vorher zu wecken, gesagt, er könne aufstehen und in sein Zimmer gehen. Nach einigem Zaudern that er es. Am Abend hypnotisirte Vortragender den Patient nochmals und konnte, wenn vorhergesagt wurde, was bei dieser oder jener Manipulation eintreten müsse, Erfolge erzielen, die ganz unmöglich durch die Hypnose erklärt werden konnten. Dasselbe zeigte sich als Patient Abends während eines spontan eingetretenen Anfalles im Stadium der Contracturen hypnotisirt wurde. Vortragender sprach nun Patienten gründlich in's Gewissen, und beichtete derselbe unter reichlichen Thränen, dass er sich immer verstellt habe und Alles gethan habe, was Dr. v. Reutenfeld gesagt habe. Er leide freilich an Krämpfen, die aber von ganz kurzer Dauer seien, und darin beständen, dass er das Bewusstsein verliere, sich krumm zusammenziehe und am ganzen Körper zittere, mitunter soll er auch Schaum vor dem Munde haben (3 solche Anfälle, sind in der Nacht von einem an Schlaflosigkeit leidenden Patienten beobachtet worden). Im Gefängnisse habe ihn einer der Wärter während eines solchen Anfalles gequält, worauf er sich verrückt gestellt und ihn mit einer Bank geschlagen. In's Krankenhaus

übergeführt, habe er die Rolle eines Verrückten weiter gespielt. Wie nun Dr. v. R. gekommen sei und gesagt habe, es werde dieses oder jenes eintreten, so habe er auch alles auszuführen versucht. Der Experimente im ärztlichen Verein erinnere er sich ganz gut und wisse auch, dass das Papier, welches ihm als roth vorgewiesen, weiss gewesen. Das weisse Papierstück (die angebliche Photographie) habe er wiedererkennen können, da er einen auf der Rückseite befindlichen Strich habe durchsehen können. Vortragender hat sich überzeugt, dass diese Angabe des Patienten nach der Stellung desselben während des Experimentes wohl möglich gewesen.

Am 15. Februar wurden die Versuche in Gegenwart von Dr. v. R.'s. und mehrerer anderen Collegen wiederholt. Dr. v. R. trat, auf Bitte des Vortragenden erst in's Zimmer, nachdem durch Referenten Patient durch Lidschluss in den sog. lethargischen Zustand gebracht, damit derselbe nicht durch Dr. v. R.'s Gegenwart, vor dem er seit gestern grosse Furcht zu haben schien, geängstigt oder verwirrt werde. Bei den jetzt vorgenommenen Versuchen konnte Referent z. B. im kataleptischen Stadium durch Anlegen der Electroden an die frontales ohne vorhandenen Strom, Runzelung der Stirn, Ballen der Faust, Heben des Armes zur drohenden Stellung erzielen und in demselben Stadium, bei verhältnissmässig starkem Strom, eine vollständig glatte Stirn erhalten. Nachdem diese Versuche höchstens eine Viertel-Stunde gedauert, bat Referent Dr. v. R. den Patienten zu hypnotisiren und seine Versuche anzustellen, aber ohne dabei zu sprechen. Von allen Versuchen gelang nur einer. Beim Anlegen der Electroden an die Stirn, bei recht starkem Strom, sprang Patient vom Stuhl auf, brachte seinen Körper in die Stellung, die die grösste Wuth ausdrückte und verharrte in dieser ca. 25 Minuten. Dann erst sank der Arm herab. Abends sagte Patient aus eigenem Antriebe, er hätte den Arm wol noch einige Zeit halten können, aber

die Augen hätten ihm angefangen zu schmerzen und darum habe er aufgehört. Patient weiss also und erinnert sich dessen, was im kataleptischen Stadium stattgefunden. Mitgetheilt konnte es ihm Niemand haben, da nur Aerzte bei dem Experiment zugegen gewesen. Nach diesem letzten Versuch bekam Patient seinen hystero-epileptischen Anfall. Durch Druck auf die Augen hypnosirt, in scheinbar lethargischen Zustand gebracht, wird Patient aus diesem durch Oeffnen der Augen in den kataleptischen Zustand übergeführt. Durch Druck auf eine clavicula brachte nun Referent den Tetanus der betreffenden Seite hervor. Druck auf die andere clavicula löste den Tetanus der einen Seite, um ihn auf der anderen Seite hervorzurufen. Druck auf die spina scapulae rief Ulnarisstellung der Hand hervor, nachdem Referent diese beschrieben und vorgemacht hatte. Druck auf der rechten Brustwarze erzeugte Tetanus des linken Beines etc.

Nach diesen Beobachtungen glaubt Vortragender ohne die Diagnose Hysterie angreifen zu wollen, dass ein grosser Theil der Krankheitserscheinungen, besonders aber ein sehr grosser Theil der während der Hypnose beobachteten Erscheinungen als Simulation fortgestrichen werden müsste, dass aber eine Grenze zwischen dem wirklich krankhaften und dem Simulirten äusserst schwer zu ziehen sein dürfte.

Dr. Schröder hat den Kranken, behufs Beobachtung, in seine Anstalt aufgenommen. Er habe keine directen Versuche vorgenommen, um dem Patienten Ruhe zu gönnen. Es seien aber einige spontane hystero-epileptische Anfälle aufgetreten. Dieselben erschienen ihm sehr charakteristisch. Während des bewusstlosen Stadiums zuckte Patient nicht, als ihm ein brennendes Streichhölzchen unter das Ohrläppchen gehalten wurde; auch habe derselbe sich bei den Krämpfen wiederholt verletzt. Das dürfte gegen Simulation sprechen. Er halte den Fall für reine Hystero-Epilepsie.

Dr. v. Rautenfeld: Die Vermuthung der Simulation stütze sich auf 3 Punkte:

1) Patient habe 8 Tage lang keine Krämpfe, sondern nur leichte Anfälle gehabt. Allein solche Intermissionen seien auch sonst bei Hysterischen beobachtet worden.

2) Auf das Geständniss des Patienten. Auch dieses sei nicht beweisend. Gerade bei Hysterikern käme es vor, dass sie, um grösseres Interesse und grössere Theilnahme zu erwecken, alle möglichen Angaben machten.

3) Darauf, dass ein hypnotischer Anfall simulirt worden sei, weil Patient nicht hypnotisirt war. Bei Hysterikern sei die Simulation eine häufige Erscheinung. Ausserdem hat die von den Collegen veranstaltete Geldcollecte auf den Patienten in moralischer Beziehung ungünstig eingewirkt. Strict gegen Simulation spräche seiner Ansicht nach, die charakteristischen Anfälle, ohne dass Patient vorher etwas ähnliches gesehen habe. Ein 24-stündiger halbseitiger Tetanus könne nicht simulirt werden. Ebenso spräche dagegen die halbseitige Anästhesie, die beim Anlegen des Magneten ohne die erwartete Erscheinung des Transfertes verschwinde. Warum tritt ferner der Krampfanfall nur bei Druck auf den rechten, nicht auch bei solchem auf den linken Testikel auf? Wie wolle man sich die Erscheinung der Aphasie, die nur bei rechtsseitigem Tetanus vorhanden, erklären, ohne Patienten physiologische Kenntnisse zu imputiren. Nur von den Vorgängen während des tetanischen Zustandes bewahre Patient Erinnerung, nie von dem während der übrigen Stadien vorgekommenen. Auch bei der Hypnose seien Erscheinungen vorhanden gewesen, die gegen Simulation sprächen. So gelang es trotz gegentheiliger Versicherung nicht den Patient durch Fixirenlassen eines leuchtenden Punktes zu hypnotisiren. Ferner wurde ihm während des sonambulen Stadiums eingeredet, der Arm würde auch während des wachen Zustandes gelähmt bleiben,

es geschah nicht. Ferner gelang es trotz gegentheiliger Versicherung nicht den Patient direct aus dem sonambulen Stadium zu erwecken. Endlich hat Dr. v. R. den Patient während der ersten 3 Monate nur einmal gesehen. Ein Einstudiren aller der charakteristischen Erscheinungen erfordere dagegen vor allen Dingen sehr viel Zeit. Seiner Ansicht nach steht nur fest, dass Patient ein Mal simulirt habe, sonst nicht.

Dr. Paulsohn hat nicht behaupten wollen, dass Alles auf Simulation beruhe, nur Vieles. Er sei überzeugt, dass Patient sich z. B. mancher Dinge, die während des Stadiums der coordinirten Bewegungen mit ihm vorgenommen werde, wohl erinnere.

Dr. Schultz: Während des Aufenthaltes unter seiner Aufsicht seien die Anfälle häufig und gut characterisirt gewesen. Obgleich der Kranke nachher keine Erinnerung gehabt, hätte er doch wiederholt Wärter, Mitgefangene etc. beschuldigt, dass dieselben ihn gekränkt hätten. Solche Angaben seien eben bei Hysterischen häufig.

3) Auf Antrag des Präses beschliesst der Verein den DDr. Hübner, Hacken I. und Poelchau, deren 25-jähriges Doctorjubiläum im nächsten Monate stattfindet, den Glückwunsch des Vereins zu übermitteln.

4) Dr. Bochmann fordert die Collegen auf, ihm ihre Photographieen für das Vereinsalbum zukommen zu lassen.

5) Dr. Bochmann: Gegenüber dem Einwurf, dass in der Vorlage für die Erweiterung des allgemeinen Krankenhauses die geburtshülfliche Abtheilung zu nahe dem Leichenhause gelegen sei, möchte er hervorheben, dass hier die localen Verhältnisse zwingend gewesen. Ueberdies liege zwischen dem Krankenraume und dem Leichenhause der Fahrweg von ca. 45' Breite und an diesen grenze dann die Wohnung des Feldscheers, dann kämen der Aufbahrungsraum der Gestorbenen, und dann erst das

Sectionslocal. Bei dieser Entfernung und dem Mangel an jeder Ausdünstung glaube er an keine Infectionsgefahr.

Dr. Stavenhagen greift, gestützt auf seine Erfahrungen in der Augenklinik, die Behauptung Dr. B.'s an, dass der Betrieb des Liernur'schen Systems sich billiger stellen dürfte, als der des Tonnensystems. In seiner Anstalt habe sich dieses letztere durchaus bewährt und würden, wie ihm der Unternehmer mitgetheilt, im Krankenhause, der augenblicklich gezahlte Abfuhrpreis von 35 Kop. pr. Tonne, sich auf 15 Kop. ermässigen lassen. Er glaube, da überdies die jährliche Materialsabnutzung mit höchstens 10% zu berechnen wäre, nicht, dass der Betrieb des Liernur'schen Systems sich biliger einrichten liesse, wie der des Tonnensystems.

Dr. Bochmann legt eingehend seine Berechnungen vor, und meint, dass selbst jetzt, wo noch keine Pudrettefabrik die Abfallstoffe verwende, doch das Liernur'sche System, trotz des erforderlichen grösseren Anlagecapitals, durch die Billigkeit des Betriebes und den geringen Verlust durch Abnutzung sich empfehle.

6) Dr. Berg legt zwei von ihm extirpirte uteri vor.

Der eine wurde wegen Carcinoma von der vagina aus entfernt. Glatter Wundverlauf. Heilung.

Der zweite wurde wegen Fibrome durch die Laparotomie entfernt. Tod nach  $2 \times 24$  Stunden. Im kleinen Becken ca. 30grm. Blutserum.

Im höchsten Grade störend und für die Kranken gefährlich hatte er das unstillbare Erbrechen nach der Operation. Es veranlasse parenchimatöse Blutungen etc. Selbst Eisstückchen wurden erbrochen. Am wirksamsten erwies sich ihm noch eine 5% Lösung von Cocainum muriat. zu 10 Tropfen.

7) Dr. Krannhals demonstirt ein Präparat von Fibromyoma uteri.

## 1074. Sitzung am 2. April 1886.

1) Für die Bibliothek ist eingelaufen und cursirt: Taube: Ueber hypochondrische Verrücktheit. Dissertation.

2) Dr. Berg berichtet über Kemmern im Jahre 1885:

Behandelt wurden 728 Männer und 707 Frauen, zusammen 1435 Kranke. Geheilt wurden 84, gebessert 1280, unverändert blieben 70, gestorben 1. Zur Behandlung gelangen am meisten (764) an Rheum. muscul., Arthritis deformans und Polyarthrit. rheum. Leidende, von denen 1 geheilt, 4 (mit Arthrit. deform.) als unverändert, und die übrigen 759 als mehr oder weniger gebessert entlassen wurden. Wo die Verhältnisse es gestatteten, wurde bei Polyarthrit. rheum. neben den Schwefelbädern auch Moorbäder verordnet, und hebt Vortragender den günstigen Einfluss dieser letzteren besonders hervor. Noch bessere Erfolge wären wol zu erlangen gewesen durch gleichzeitige Massage, doch unterwarf sich nur ein geringer Theil der Patienten dieser für sie neuen Therapie. Weniger günstig wurden die Knochenleiden, Coxitis (18 Fälle), Caries (7), Necrosis, Periostitis (2), Kyphosis (4), Ankylosis (7), zusammen 38 von den Bädern beeinflusst. 14 Tabes Kranke sind unverändert zurückgekehrt und warnt Vortragender eindringlich davor, Tabetiker, bei denen das Leiden nicht auf Lues zurückzuführen ist, nach Kemmern zu senden, weil dieselben sich nach den Bädern häufig verschlimmern. 19 Fälle von Ischias, 2 mit Paralys. facialis, 4 mit Neuralgien, 1 mit Hemicranie, 5 mit Hemiplegie wurden sämmtlich von den Bädern günstig beeinflusst. Eczeme (43), Lepra (5), Psoriasis (7), Sycosis (1), Prurigo (1), Favus (1), zusammen 58 Fälle von Hautleiden sind bis auf die Leprafälle bedeutend gebessert, zum Theil geheilt entlassen worden. Bei Eczematösen und Psoriatischen wurden, wenn der Allgemeinzustand es erlaubte, prolongirte Bäder von 30—45, ja selbst 60 Minuten langer Dauer, mit dem besten

Erfolg angewendet. Frauenleiden kamen 118 Fälle in Behandlung.

Syphilitiker waren 298 (251 Männer und 47 Weiber) in Behandlung. Von diesen wurden 76 geheilt, soweit man solches bei Lues sagen kann — 207 gebessert, 14 blieben unverändert und 1 starb. Später im Zeitraum von 3 bis 6 Monaten starben noch 3 von diesen Patienten. Im Anschluss hieran berichtet Vortragender über 26 Fälle von sehr schwerem Verlauf der Lues, indem er in kurzen Zügen die Krankengeschichten wiedergiebt.

Zugleich stellt Vortragender einen luetischen Tabetiker vor. Derselbe, vor 10 Jahren an Lues erkrankt, kam 1884 vollständig paraplegisch mit Blasen- und Mastdarmlähmung nach Kemmern. Patient ist durch wiederholte Innunctionskuren und J.Ka.-gebrauch soweit wiederhergestellt, dass er wieder gehen kann, wengleich der Gang in Folge der Lähmung der peronei gehindert ist. Blase leicht paretisch, Mastdarm functionirt gut. In letzter Zeit hat Patient Chromwasser (96½ Flaschen) gebraucht, ohne besonderen Erfolg. Ueberhaupt hat Vortragender vom Gebrauch des Chromwassers keinen besondern Erfolg gesehen. Dagegen bekennt er sich als überzeugter Anhänger der Quecksilbercur und hat von der Innunction in K. den ausgedehntesten Gebrauch gemacht. Zugleich empfiehlt er 3—4 Monate nach der ersten Cur, eine Wiederholung der Schmiercur vorzunehmen, auch wenn keine Recidiv aufgetreten.

Dr. Merklin referirt anschliessend über einen dieser Luetiker, dessen Behandlung in Rothenberg von Juni bis August 1885 weiter geleitet wurde. Patient kam linksseitig paretisch mit ausgesprochenem Schwachsinn im Juni in die Anstalt. Am 14. Juli stellen sich Krampfanfälle ein, die sich allmählig steigern und am 2. August tritt der Tod ein. Bei der Section findet sich extracerebral ausser Lungenhypostase nichts Besonderes. Pia über den Stirnlappen sulzig infiltrirt, leicht abziehbar. Grosshirn und

Basalganglien intact. In der Mitte der rechten Ponshälfte ein kleinerbsengrosser Defect mit ausgefressenen Rändern.

3) Dr. Stryck bittet die Collegen, wenn sie ihren Patienten Vorschläge, bezüglich der Badecur in Kemmern, mitgeben, diese in feste Couverts einzuschliessen. Der Badearzt gerathe sonst bei verschiedener Ansicht und Auffassung des Krankheitsfalles leicht in die peinliche Lage, statt mit dem Collegen, sich mit dem Patienten in Auseinandersetzungen einlassen zu müssen.

4) Dr. Bergmann stellt einen Fall von Leucoderma syphilit. vor. Patient acquirirte vor 12 Jahren Lues. Seit 6 Jahren haben sich die Flecken eingefunden. Augenblicklich ist ein ulc. cruris. luet. vorhanden. Die Induration an der glans persistirt bis heute.

5) Dr. Krannhals stellt einen Kranken mit multiplen Fibromen vor. Derselbe stammt aus Livland. Seit früher Jugend bereits Entwicklung der Knötchen. Zuerst entstehe ein Pigmentfleck, aus diesem bilde sich ein Knötchen, dass sich entweder zu einem subcutanen Knoten oder zu einem Polypen entwickle. Bei der mikroskopischen Untersuchung zeigt sich, dass jedes Knötchen ein eigenes ziemlich bedeutendes Blutgefässchen enthalte, daher sei in diesem Falle vielleicht das perivaskuläre Bindegewebe in Beziehung zur Entwicklung der Knötchen zu bringen, und nicht die bindegewebigen Scheiden der Hautnerven (Recklinghausen).

Dr. Schulz hat einen Fall von multiplen Fibromen im Jahre 1868 im Stadthospitale zu Simbirsk beobachtet, dessen Verlauf eigenthümlich war. Patient, ca. 25 Jahr alt, war übersäet mit zahlreichen weichen Fibromen, oft von bedeutender Grösse. So wog der von der Trochanteren-gegend entfernte fibröse Tumor, nachdem das in demselben enthaltene Blut entfernt worden, ca. 16 Pfund. Die Heilung dieser Wunde ging unter Eiterung von statten, und dauerte daher ziemlich lange. Während dieser Zeit vereiterten sämtliche andere Knoten. Dabei stellte sich Diabetes

insipid. ein mit ganz colossalen Urinmengen. Später mit Heilung der Wunde und der zahlreichen Abscesse sank das Quantum bis auf 5 Pfund und wurde Patient entlassen.

### 1075. Sitzung am 16. April 1886.

1) Für die Bibliothek ist eingegangen: Von der Charkower medicinischen Gesellschaft die Protocolle nebst Beilage.

2) In Anlass einer auf der vorigen Sitzung gemachten Aeusserung wendet sich der Präses an die Kemmern'schen Aerzte mit der Anfrage, ob eine Instruction existire, nach welcher nur die Badeärzte den Kranken die Vorschriften, bezüglich des Badens, geben dürften, und ob eventuell der Badearzt berechtigt wäre, einem Patienten die Erlaubniss zum Bade nach den Vorschriften seines Hausarztes zu verweigern.

Dr. Berg: Es bestehe die Vorschrift, dass jeder Badegast sich an den Badearzt wenden müsse, behufs Erhaltung der Badekarte. Diese werde ihm ohne Weiteres ausgeliefert. Nur wenn sich der Patient in ärztlicher Beziehung an den Badearzt wendet, werde derselbe näher untersucht und erhalte seine Verordnungen. Nur in diesem Falle oder wenn dem Badearzte die Leitung der Cur direct angetragen werde, könne es vorkommen, dass die gegebenen Vorschriften modificirt würden. Er könne sich in praxi keinen Fall denken, dass der Badearzt genöthigt werde einem Kranken die Verabfolgung der Bäder zu verweigern, da die Contraindicationen zu sehr in die Augen sprängen und ja auch allgemein anerkannt seien. Dass Patienten, die mit der angeblichen Vorschrift zum Badearzte kämen, z. B. Bäder von 38° R. zu nehmen, diese nicht ertheilt werden, oder ähnliche Verlangen nicht berücksichtigt würden, sei ja selbstverständlich.

3) Dr. Jansen berichtet über folgende zwei Krankengeschichten:

a. Ein Fall von Fibroma coli transversi. Darmresection. Heilung.

Pauline Schulte, 35 an. n., hat 7 Geburten überstanden. Die letzte vor drei Jahren. Vor  $\frac{3}{4}$  Jahren bemerkte sie eine Geschwulst von Hühnereigrösse auf der linken Seite des Leibes, unterhalb des Rippenbogens. Die Geschwulst wuchs, wurde beweglicher, sinkt bei rechter Seitenlage nach rechts hinüber. Es stellen sich Schmerzen, Verdauungsbeschwerden, Stuhlverhaltung, Abmagerung, Kräfteabnahme ein.

Patientin anämisch, Brustorgane bis auf leichtes systolisches Hauchen an der Herzspitze normal. In der Bauchhöhle links oben ein derber, sehr beweglicher Tumor von Faustgrösse. Druck auf denselben nicht empfindlich. Keine Stränge oder Adhäsionen. Am 7. August Laparotomie. Schnitt in der linea alba. Tumor wird leicht in die Wunde gedrängt. Jetzt zeigt es sich, dass er innerhalb des Colon transversum lag. Resection des Darmes in der Ausdehnung von 13cm. (an dem Mesenterialtheil gemessen) Darmnath. Aeusserst glatter Wundverlauf. Am 4. Tage gehen Winde ab, am 8. Tage erster Stuhl nach Magnes. citr. Wunde pr. primam geheilt. Der Tumor erwies sich als ein vom submucösen Gewebe ausgegangenes Fibrom.

b. Fall von Cholecystotomie. Heilung.

Eglith, 28 Jahre alt, leidet seit 2 Jahren an Schmerzen in der Lebergegend. In rechten Hypochondrium eine prallgespannte elastische Geschwulst von 8cm. Länge und 5cm. Breite. Diagnose Hydrops vesicae felleae durch Gallenstein verursacht. Am 27. März Operation. Schnitt parallel dem Rippenbogen. Vorsichtige Eröffnung und Entleerung der Gallenblase. Einnähen der Schnittwunde in den medianen Wundwinkel. Ausspülung der Blase mit  $\frac{1}{6}\%$  Salicyllösung. Entfernung des im Halse der Blase eingekeilten 1cbem. grossen Gallensteins. Aseptischer Verband, der 4 Tage

trocken bleibt, am 5. mit seröser, am 6. mit galliger Flüssigkeit durchtränkt ist. Jetzt bereits stark verengte Fistel. Allgemeinbefinden sehr gut. Seit der Operation keine Schmerzen.

4) Dr. Merklin verliest seinen Vortrag: Ueber die Zwangsvorstellungen und deren Beziehungen zur Paranoia.

Für die in Rede stehende Frage gelangt Vortragender zu folgenden Schlusssätzen: Wenn auch in einer grossen Anzahl, wahrscheinlich in der Mehrzahl der Fälle, die Zwangsvorstellungen sich nicht weiter entwickeln, so muss andererseits daran festgehalten werden, dass den Zwangsvorstellungen an sich, Entwicklungsfähigkeit zukommt. Die Anschauung Westphals, die Zwangsvorstellungen als abortive Wahnvorstellungen anzusehen, bleibt auch jetzt zu Recht bestehen; sie stellen die niedrigste Entwicklungsstufe der Wahnideen dar. Aus Zwangsvorstellungen heraus kann sich in manchen Fällen Melancholie oder Paranoia entwickeln. Was speciell die Paranoia anbetrifft, so ist es beobachtete Thatsache, dass sie in manchen Fällen nicht mit Halluncinationen oder primären Wahnideen, sondern mit Zwangsvorstellungen beginnt. Die Behauptung, dass bei der Paranoia ein eigentliches Krankheitsbewusstsein fehlt, lässt sich in dieser Allgemeinheit nicht halten. Viele Fälle von Paranoia zeigen nicht nur temporär, sondern in längerer Dauer Krankheitsbewusstsein. Wo sich solches findet steht es oft in engem Zusammenhange mit der richtigen Beurtheilung noch vorhandener Zwangsvorstellungen oder jener flüchtigen, schnell wieder corrigirten Wahnideen, welche wahrscheinlich nichts Anderes sind, als eine weitere Entwicklungsstufe der Zwangsvorstellungen.

## 1076. Sitzung am 7. Mai 1886.

1) Für die Bibliothek sind eingelaufen und cursiren: Dr. Treymann: Zur Aetiologie der Infectionskrankheiten (Separatabdruck); Protocolle der russischen balneologischen Gesellschaft; „Прибавление къ морскому сборнику“, Aprilheft; DDr. Ehrlich und Laker: Thallin beim Abdominaltyphus (russisch); Annual-Report der Smithsonian-Institution in Newyork vom Jahre 1883; Centralblatt für chirurgische und orthopädische Mechanik.

2) Dr. v. Stryck verliest ein Schreiben, in welchem er seine in manchen Puncten von der Auffassung Dr. Berg's abweichende Auffassung von der Stellungnahme des Kemmernschen Badearztes zu den Patienten resp. den denselben mitgegebenen Vorschriften des Hausarztes darlegt.

Dr. Worms hebt hervor, dass die principiell gestellte Frage durch die erhaltene Auskunft erledigt, die von Dr. v. Stryck vorgebrachte Auffassung eine persönliche, und für die Entscheidung der principiell gestellten Frage irrelevant sei.

3) Dr. Jansen berichtet über eine vor 13 Tagen ausgeführte Nephrectomie.

Patientin, 34 an. n., leidet an einer rechtsseitigen Wanderniere. Am 24. April: Laporotomie. Schnitt 5cm. seitlich von der linea alba. Stiel erst en masse, dann in 3 Portionen unterbunden. Trennung mit Paquelin. Verlauf sehr gut. Urin in den ersten 24 Stunden 600<sup>ebcm.</sup>, steigt dann täglich um 50<sup>ebcm.</sup> Wunde pr. primam bis auf eine geringe Randnecrose.

4) Dr. Hampeln verliest seinen Vortrag: „Zur Symptomatologie und Aetiologie der Klappenfehler des Herzens“.

Vortragender betont in demselben die Nothwendigkeit, die klinische Unterscheidung zwischen eigentlichen endocarditischen Veränderungen der Herzklappen und ihrer mit der Arteriosclerose identischen Affection. Während erstere

vorzüglich eine Erkrankung der Jugendjahre und zwar in Folge von acutem Gelenkrheumatismus sei, trete letztere im Alter auf, ohne Beziehung zu acuten Infectiouskrankheiten, besonders zum acutem Gelenkrheumatismus. Unter 110 seiner gesammelten Fälle scheinen 67 auf Endocarditis zu beruhen und betrafen jugendliche Individuen. In 40 von diesen Fällen war die Mitralklappe, in 22 die Aortenklappen, in einem die Pulmonalklappe, in 4 Fällen mehrfache Klappen erkrankt. In den 43 Fällen von Sclerose waren 35 Mal die Aortenklappen allein, 8 Mal zugleich die Mitralklappe erkrankt. Von den Endocarditisfällen waren 15, von den Sclerosen 25 gestorben. Als wesentliche Todesursache der ersten Gruppe erschien die acute recurrirende Endocarditis, welche in 12 Sectionsfällen 10 Mal constatirt wurde, während in der zweiten Gruppe allemal die auf Degeneration des Herzmuskels beruhende Herzschwäche zur Todesursache wird.

Symptomatisch seien die beiden Erkrankungen darin verschieden, dass bei der ersteren der Klappendefect mit seinen mechanischen Folgen das Krankheitsbild beherrscht. Ist er nicht zu gross, gut compensirt, so hat man es eben mit einem Genesenen zu thun, welcher in seiner Lebens- und Arbeitsfähigkeit in keiner Weise beeinträchtigt erscheint. Ihm droht allein die Gefahr des recidivirenden Rheumatismus oder einer recurrirenden Endocarditis. In jedem Falle zeichnet sich das Herz durch gesteigerte Energie aus. Bei der letzteren hingegen ist der Klappenfehler wesentlich Symptom eines bestehenden und fortschreitenden Leidens, der auch auf die Klappen übergegangenen Sclerose des Gefässrohres: Auch der Herzmuskel, eine Zeitlang zur compensatorischen Hypertrophie angeregt, erkrankt bald, degenerirt und es kommt zu dem das Krankheitsbild beherrschenden Zeichen der Herzschwäche, welche unaufhaltsam bis zum Tode des Kranken fortschreitet.

Nach Schilderung der Symptome schliesst Vortragender mit dem Wunsche, es mögen in der Beschreibung der Klappen-

erkrankungen des Herzens die beiden genannten wesentlich verschiedenen Formen, darum auch wirklich unterschieden werden, während bisher allein die auf Endocarditis beruhenden Klappenfehler Berücksichtigung erfahren hätten, woraus thatsächliche Unrichtigkeiten entsprungen wären. In praxi aber möge man sich gewöhnen die beiden Formen richtig zu beurtheilen und zu unterscheiden.

Dr. Krannhals: Vom pathologisch - anatomischen Standpuncte aus betrachtet, seien es wesentlich differente Processe, die in den Handbüchern unter dem herkömmlichen Begriffe der chronischen Endocarditis zusammen gefasst werden. Auch klinisch lassen sie sich dadurch unterscheiden, dass die Sclerose stets progressiv sei, während die eigentliche Endocarditis im Recidive ihr Characteristikum fände. Tod in Folge einfachen durch Endocarditis verursachten Klappenfehlers sei höchst selten. Hier führe gewöhnlich eine recidivirende Endocarditis zum Tode. Bei Sclerotischen dagegen ist eine Endocarditis sehr selten. Was die chronischen Klappenveränderungen anbetrifft, so möchte sich K. dahin aussprechen, dass die Veränderungen bei Endocarditis mehr oberflächlich, bei der Sclerose mehr in der Tiefe des Gewebes sich abspielen, einerlei ob es sich dabei um progressive oder regressive Processe handelt. Bei Sclerose sei das Endothel stets erhalten, bei Endocarditis, selbst abgelaufener, bleiben an den Klappen lange Zeit hindurch Stellen des Endothels beraubt, und bieten so gewissermaassen Stellen die nur auf Bacterienansiedlung zu warten scheinen. Selbst in der sclerosirten Aorta dagegen, wo sich häufig vom Endothel entblösste Stellen fänden, gehörten frische endarterische Processe zu den Seltenheiten.

Dr. Hehn: Der Practiker hat diese beiden Formen der Herzfehler schon lange zu unterscheiden gesucht. Die chronische Myocarditis war eine Bezeichnung, die in früherer Zeit eben vieles decken musste. Er freue sich in Dr. H.'s

Vortrage, das klar ausgesprochen zu finden, was viele gemeint haben ohne es so strikt zu formuliren.

5) Dr. Schulz berichtet: „Ueber die Erkrankungen in Ligat“.

Vortragender, in Begleitung der DDr. Krannhals und Heerwagen, langte am 30. April in Ligat an. Dort erfuhren sie vom Fabrikarzte Dr. v. Radecki, dass von den 56 Arbeiterinnen des Sortirsaales der Rigaer Actien-Papierfabrik, am 25. April 5 Arbeiterinnen erkrankt und bis zum Morgen des 30. sämmtliche gestorben seien. Am 28. April seien 7 weitere Arbeiterinnen erkrankt, von denen eine im Laufe von 24 Stunden gestorben, 5 bereits ausser Lebensgefahr, und eine noch schwer krank sei. Am 28. April, Vormittags, wurde auf Anordnung der Direction der Sortirsaal geschlossen, worauf weiter keine Erkrankungen vorgekommen seien.

Der Verlauf der Krankheit war bei fast allen Erkrankten gleich. Dieselbe begann ausnahmslos mit einem Schüttelfrost, bald mit sehr bedeutender Temperatursteigerung, bald ohne eine solche, Abgeschlagenheit, Kopfschmerzen, erhöhte Respirationsfrequenz, vermehrter quälender Husten, kleiner Puls, dabei Sinken der Temperatur, entweder geht es jetzt rasch zum Besseren, oder die Kranken beginnen zu collabiren, die Temperatur wird subnormal, der Puls unfühlfbar, die Extremitäten kühl, kalter Schweiß, Cyanose und im tiefem Collaps, bei klarem Bewusstsein, gehen die Kranken zu Grunde. Der Tod tritt durchschnittlich binnen 3 Tagen ein, in 2 Fällen dauerte die Krankheit  $4\frac{1}{2}$  Tage, in einem Falle nur 24 Stunden.

Die Untersuchung der noch schwerkranken Leeping II. ergab Folgendes:

Patientin war am 28. April, Morgens, bei der Arbeit mit Schüttelfrost erkrankt und hatte sich zu Fuss nach Hause begeben. Es hatte sich allgem. Krankheitsgefühl eingestellt, Druck über dem Sternum, der Husten an dem

Patientin, ebenso wie alle übrigen Arbeiterinnen des Sortirsaales leiden, wurde quälend, dabei ursprünglich kein Auswurf. Kein Appetit. Harn- und Stuhlentleerung regelmässig. Am 30. Morgens ein zweiter Schüttelfrost vom Fabrikarzt selbst constatirt. Keine Temperatursteigerung. Kühle Extremitäten, Cyanose, kaum fühlbarer Puls. Die Schwäche so gross, dass das Aufrichten im Bett Schwindel verursacht.

Die mittelgrosse Patientin zeigt mittleren Ernährungszustand, Puls 100, klein doch deutlich, regelmässig, Respiration 34, costal. Temperatur 36,4. Kein Exanthem, kein Icterus, kein Oedem, keine Drüsenschwellung, keine Cyanose. Conjunctiva nicht injicirt. Leidender Gesichtsausdruck, Mund geöffnet, Respiration ächzend. Abdomen nicht aufgetrieben, Bauchdecken weich, keine Druckempfindlichkeit. Leber und Milz nicht palpabel. Obere Lebergrenze am oberen Rand der 5. Rippe, unterer Rand nicht palpierbar. Obere Milzgrenze 6. Rippe, untere im 10. I. C. R. Ueber den Lungen vorn sonorer Percussionsschall mit tympanitischem Beiklang, verschärftes Inspirium, verlängertes Expirium. Hin und wieder ein Ronchus. Hinten Percussionsergebnisse normal. Links Inspirium verschärft, Expirium nicht hörbar, rechts Respirationsgeräusch bedeutend schwächer, dabei besonders in den oberen Partieen inselweise von bronchialem Charakter mit sehr leisem Rasseln. Herzdämpfung etwa rubelgross unter der 4. Rippe. Spitzenschlag nicht fühlbar. Herztöne rein; auch über der Herzspitze leise. Zunge trocken, nicht borkig. Während der Untersuchung hat Patientin einige Hustenanfälle und wirft schaumigen Speichel mit geringem Schleim aus. Beim Aufsetzen wird der Puls unzählbar. Sensorium frei. Patientin klagt nur über Druck auf der Brust, Kopfschmerzen und Schwäche. Ord. Analeptica. (Tags darauf hatte sich Patientin bedeutend gebessert.)

Zur Section gelangten 4 Leichen, da 2 trotzdem nur 3 Tage vergangen und die Temperatur  $+ 8^{\circ}$  R. nicht über-

schritten hatte, bereits zu zersetzt waren. Uebereinstimmend bei allen 4 Leichen zeigte sich: Auffallend rasche Zersetzung bei erhaltener Todtenstarre. Die grüne Leichenfarbe zeigte sich zuerst am Halse und auf der Brust, nicht wie gewöhnlich an den Bauchdecken. Seröse, zuweilen blutige Imbibition des mediastinum, der stark geschwollenen Bronchialdrüsen, der Schleimhaut des Larynx, der Trachea, der Bronchien. Sanguinolente, seröse Transsudate in beträchtlicher Menge in Pleura und Pericard. (während des Lebens nicht nachgewiesen), dunkles, fast wässerigflüssiges Blut. Keine Spur von Gerinnung. Blasser, schlaffer Herzmuskel, Endocard imbibirt.

Die Schleimhaut des Magen-Darmkanals bot nichts Auffallendes (keine Imbibition), die Lungen gebläht, trocken, blutarm, im unteren Lappen Hypostase, besonders links (nicht pneumonisch), keine Compression oder blutigseröse Durchfeuchtung der Lungen. Keine geschwellten Erhabenheiten auf der Schleimhaut des larynx, der Trochea oder des Oesophagus. Die Milz in sämtlichen Fällen beträchtlich geschwellt. Kapsel leicht gerunzelt, sehr zerreisslich, lässt Follikel durchschimmern. Parenchym nahezu zerfliesslich

Vortragender hebt hervor, dass wenn man Entstehung und Verlauf der Krankheit, sowie die Sectionsergebnisse berücksichtigt, wir es hier fraglos mit einer Infectiouskrankheit zu thun haben, und zwar mit der sogen. Hadernkrankheit der Autoren. Bei der Unklarheit des eigentlichen Wesens dieser Krankheit, die einzelne Forscher, wie Klob und Frisch als durch das Milzbrandcontagium verursacht ansehen, was andere wie Reihböck bestreiten, wäre es sehr erwünscht, wenn es gelänge aus den mitgenommenen Leichentheilen, das Krankheitsvirus zu eruiren. Dr. Krannhals hat die Freundlichkeit sich dieser mühevollen Untersuchung zu unterziehen.

Dr. Krannhals berichtet, dass sich in sämtlichen Transsudaten, im Blut u. s. w. mit Constanz 2 verschiedene

Stäbchen fänden, deren Natur noch nicht festgestellt sei. Er behalte sich weitere Mittheilung vor.

Dr. Schulz berichtet auf Anfrage, dass den hygienischen Anforderungen im Sortirsaal nach Möglichkeit Rechnung getragen. Es kämen ca. 6 Cub.-Faden Luft pro Kopf. Auch die Ventilation sei verhältnissmässig gut. Dennoch enthalte die Luft viel Staub, und litten sämtliche Arbeiterinnen an Husten. Die Fenster liessen sie nicht öffnen aus Angst vor Zug. Bezüglich der Herkunft der Lumpen sei Nichts zu eruiren gewesen.

---

### 1077. Sitzung am 21. Mai 1886.

1) Für die Bibliothek ist eingelaufen: das Maiheft der „Прибавление къ морскому сборнику“.

2) Dr. Krannhals spricht „Zur Aetiologie der Hadernkrankheit“. Vortragender referirt über die bakteriologischen Untersuchungen der aus Ligat mitgenommenen anatomischen Präparate, so weit dieselben bis jetzt gediehen. Hiernach fanden sich in sämtlichen Transsudaten (welche unter besonderen Cautelen aufgefangen worden), sowie in dem (ebenso behandelten) Blute aus dem sin. long. durae matr. grosse Mengen stäbchenförmiger Bakterien, im Blute jedoch bei sämtlichen Leichen in geringerer Anzahl. Diese Stäbchen färbten sich sehr schön, wenn man das Trockenpräparat mit concentrirter Anilinaq.-Gentianaviolettlösung behandelte, in aq., dann kurz in Alcohol und dann wieder in Wasser abspülte. Bei längerer Einwirkung von Alcohol entfärbten sie sich relativ schnell und waren daher in einer nach Gram gefärbten Serie von Präparaten nicht zu finden gewesen. Diese Stäbchen variiren etwas in ihrer Länge und Dicke, meist waren sie länger als Tuberkelbaccillen, dicker als diese, aber dünner als Milzbrandbaccillen. Sie hatten deutlich abgerundete

Enden und lagen entweder einzeln oder sehr häufig zu je zweien in einer geraden Linie zusammen, eine (scheinbare?) kleine Lücke zwischen den einander zugekehrten Enden lassend. Mehrfach waren sie zu mehrgliedrigen, leicht geschwungenen Fäden an einander gereiht, characteristisch schien jedoch die Zusammenlagerung zu je zweien zu sein. Sporen waren bei ihnen nicht sichtbar, liess man jedoch Alcohol etwas länger einwirken, oder hatten die Deckgläschen bereits 8—10 Tage in Nelkenöl gelegen, so wurden in zahlreichen Exemplaren der nun mehr oder weniger abgeblassten Baccillen — Lücken in der Färbung bemerkbar, so dass auf eine kurze dunkelgefärbte Partie eine hellere garnicht oder fast garnicht gefärbte Partie folgte u. s. w. Diese Theile hatten stets eckige Begrenzung.

Ausser den genannten Baccillen, welche was die Menge anbetrifft, durchaus das Gesichtsfeld beherrschten, fanden sich noch kurze plumpe Baccillen, doppelt so dick als die erstere, mit abgerundeten Enden, häufig zu kurzen Ketten vereinigt, die dann nicht selten in ovoïde Glieder ausliefen. Diese Baccillen färbten sich nach Gram vorzüglich und sind bis jetzt in Nelkenöl unverändert erhalten.

In noch geringerer Menge, als die ebengeschilderten Baccillen fanden sich endlich vereinzelt nach Gram färbbare Kocken, hier und da ebenfalls zu Ketten vereinigt.

Die Baccillen Nr. I. entsprachen am meisten den von Koch so genannten „Baccillen des malignen Oedem's“ und ist Vortragender geneigt die Baccillen Nr. II, sowie die Kocken als saprophytische Organismen anzusehen, da er namentlich den plumpen Stäbchen nicht selten in faulenden Leichentheilen begegnet sei. Dieselben dürften wol nur als Verunreinigungen aufzufassen sein.

Die Vermuthung des Vortragenden, dass es sich bei der Hadernkrankheit um die Baccillen des malignen Oedem's handelt, scheinen, wie er glaubt, die Untersuchung der Organtheile, sowie die Thierexperimente und Culturversuche

zu unterstützen. Ein kleines Kaninchen, dem 8 Theilstriche einer Pravaz'schen Spritze Pleuraexsudat subcutan injicirt worden war, ging am 3. Tage an typischem malignen Oedem zu Grunde, und entsprach der Sectionsbefund des subcutanen Zellgewebes, sowie der inneren Organe (welche nach 24-stündigem Liegen des Cadavers besichtigt wurden) vollkommen den Schilderungen von Koch, Gaffky und Hesse. Die Transsudate, sowie die Oedemflüssigkeit, wiesen ganz dieselben Bacterien auf, wie sie in den Hadernleichen gefunden, nur dass die dicken plumpen Baccillen und die Kocken noch sehr viel spärlicher vertreten waren. Culturversuche nach Hesse in Agar angestellt, ergaben dasselbe Wachsthum wie Hesse es schildert (makroskopisch) doch schienen mikroskopisch sich vorzugsweise dicke plumpe Baccillen entwickelt zu haben. Die Untersuchung der Culturen ist noch nicht beendet. Ein mit 3 Theilstrichen einer Pravaz'schen Spritze voll dieser Cultur inficirtes Kaninchen blieb am Leben.

Die Organtheile der menschlichen Leichen beherbergten, soweit die eben erst begonnene Untersuchung derselben erkennen lässt, ausser in der Milz, die oedembaccillen an ihrer Oberfläche, am zahlreichsten an der Pareuchymseite der Bindegewebskapsel, in spärlicher Menge in der Tiefe. Am zahlreichsten fanden sie sich im Lungengewebe, in den Bronchialdrüsen und in dem mediastinalen Bindegewebe. In den 3 Milzen wurden sie bis jetzt vergeblich gesucht.

Vertragender will nicht unterlassen zu betonen, dass diese Mittheilungen nur den Character von „vorläufigen“ haben können, da die Untersuchungen noch nicht abgeschlossen sind, dass er jedoch, soweit sie bis jetzt gediehen, geneigt ist, den Baccillus des malignen Oedem's (Koch) für den der Hadernkrankheit eigenthümlichen Pilz anzusehen.

Dr. Miram, d. Z. Secretair.

