

Difs. 68, 452.



Mittheilungen

aus der

Gesellschaft praktischer Aerzte

zu Riga.

1895/96.

~~HEFT~~



ST. PETERSBURG

Buchdruckerei von Wienecke, Katharinenhofer Prosp. № 15.

1896.

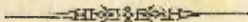
Mittheilungen

aus der

Gesellschaft praktischer Aerzte

zu Riga.

1895/96.



ST. PETERSBURG

Buchdruckerei von Wienecke, Katharinenhofer Prosp. № 15.

1896.

Дозволено цензурою Спб., 27 Сентября 1896 г.
Типографія А. Виенге, Екатеринбургскій просп. № 15.

St.
170
H733

Sitzung am 3. Mai 1895.

1. Dr. F. Berg stellt einen jungen Mann vor, welcher nach einer Sublimatinjection wegen Lues eine Peroneuslähmung acquirirt hat. Ohne sich zum principiellen Gegner der Injections-therapie aufzuwerfen, hält er die Inunctionscur doch für die rationellere Behandlung.

Dr. Miram fragt Vortragenden, ob er wie Prof. Reyhers es namentlich beobachtet hat, nach den Injectionen auch Ohnmachtserscheinungen erlebt hat. Ferner, ob er die intrevenöse Sublimatinjection angewandt hat.

Dr. Berg hat ein Mal eine tiefe Ohnmacht beobachtet, welche aber ohne Folgen bald vorüberging. Intraveuöse Injections hat er nie gemacht.

Dr. Voss sieht in dem vorgestellten Falle einen unglücklichen Zufall, welcher sich bei jeder Behandlung einmal in dieser oder jener Weise geltend machen kann. Er halte es für falsch deswegen die Injectionstherapie zu verwerfen, was ja Dr. Berg auch nicht thue, da manche Pat. sich ihrer socialen Verhältnisse wegen nur einer solchen unterwerfen können, und andernfalls in die Hände von Homöopathen oder Kurfuschern gerathen würden,

2. Dr. v. Erdberg stellt einen Pat. mit allgemeiner Verkleinerung des Bulbus vor.

3. Dr. P. Klemm reicht die Photographie eines Mannes herum, welcher mit einem Lipom behaftet ist, das seinen sehr ungewöhnlichen Sitz an der Rima ani hat.

4. Dr. Bergengrün hält seinen angekündigten Vortrag über Kehlkopferkrankungen beim Typhus abd. — Erscheint demnächst im Druck.

Dr. P. Klemm hält es für misslich von einer Mischinfection zu sprechen, ehe eine solche durch sorgfältig vorgenommene Culturen als thatsächlich bestehend erwiesen ist.

Dr. Bergengrün glaubt auch ohne directen culturellen Nachweis zur Annahme einer Mischinfection berechtigt zu sein bei Berücksichtigung des anatomisch differenten Characters der Geschwüre.

5. Dr. Mey hält seinen angekündigten Vortrag über «die Behandlung des acut. Brechdurchfalls kleiner Kinder». Vortragender hält den Magen bei fast allen Magendarmkrankheiten im Säuglingsalter für den Sitz des hauptsächlichsten Infectionsherdes, daher muss vor Allem gegen ihn das therapeutische Verfahren gerichtet werden. Die Magenspihlung ist das beste Mittel zur Bekämpfung der acuten Erscheinungen, daher soll sie bei jeder heftigeren Magenaffection bei Säuglingen vorgenommen werden, weil die medicamentöse Behandlung unverlässlich ist. Trotz anhaltenden heftigen Erbrechens wird immer noch Mageninhalt durch die Spülung herausbefördert. Gewöhnlich nimmt Vortragender noch die Darmirrigation vor, die von Sokolow in Petersburg angegeben, bei dieser Manipulation in Betracht kommenden Momente berücksichtigend. Nach den Erfahrungen des Vortragenden wird das Erbrechen nach einmaliger Spülung zum Stillstand gebracht, worauf eine Hungercur von 2—3 Tagen eingeleitet werden muss. In dieser Zeit empfiehlt sich die Darreichung des bekannten Eiereiweisswassers. Nur sehr allmählich soll zur Mut- oder Kuhmilch übergegangen werden. Als Uebergangsnahrung empfiehlt sich sehr verdünntes Eichelcacaowasser. Die Nahrungsmittel werden am besten direct aus dem Kochtopf mit einem sterilisirten Löffel dem Kinde zugeführt, wobei das Ueberfüllen der Nahrung nach dem Kochen in die mangelhaft sterilisirten Flaschen umgangen wird, welche als die hauptsächlichsten Infectionsquellen bezeichnet werden müssen. Die medicamentöse Behandlung findet wenig Anwendung. Als Excitans bewährt sich ein gut vorbereitetes Senfbad. (Autoreferat).

Dr. Bernsdorff hat auch Gelegenheit gehabt sich von der günstigen Wirkung der Magenspülungen zu überzeugen und sogar ein Mal ein sehr ausgebildetes Hydrocephaloid sich unter dieser Behandlung zurückbilden gesehen:

Dr. Wolferz giebt die theoretische Berechtigung der Magenspülungen zu und hat ebenfalls oft gute Resultate damit erzielt. Doch müsse man der Empirie auch ihr Recht einräumen, die ebenfalls gute Resultate mit der medicamentösen

Therapie aufweist, namentlich nach Anwendung von Resorcin, Soltmannscher Mixt., Salol etc. Wichtig ist die Hebung des Allgemeinbefindens durch dem Alter der Pat. entsprechende kalte, resp. warme hydrotherapeutische Proceduren. Bei Collaps kleiner Kinder leisten Senfbäder gutes. Wo alle Mittel versagen wollen, da leistet oft noch Calomel gute Dienste.

Dr. O. K l e m m betont die Nothwendigkeit die Magenspülung sofort im Beginn vorzunehmen, da sie dann oft überraschend günstig wirke — ist erst viel Zeit mit medicamentösen Eingriffen vergangen, leistet auch diese Therapie nichts mehr.

d. Z. Secretär Dr. R a d e e k i.

Sitzung am 17. Mai 1895.

Dr. S c h a b e r t stellt vor der Tagesordnung einen Patienten mit Spondylitis der Halswirbelsäule vor, deren Ausheilung in der kurzen Zeit von 3 Mon. erfolgte. Der 14-jährige Patient erkrankte im März 1894 unter den Erscheinungen eines acuten Gelenkrheumatismus. Die Dauer des letzteren, das gelegentliche Wiedererscheinen von Temperaturen trotz abgelaufener Gelenkerkrankungen, liessen in der Folge an eine Complication denken. Die Möglichkeit einer latenten Tuberculose wurde fortwährend im Auge behalten. Im August entwickelte sich Torticollis, der wie die Untersuchung ergab, auf einer Spondylitis im Atlantooccipitalgelenk beruhte. Zugleich manifestirten sich die Erscheinungen der Compensation einer im Laufe des Gelenkrheumatismus acquirirten Endocarditis der Mitralklappen. Die Spondylitis als tuberculös anzusehen, dazu lagen folgende Gründe vor: der Vater des Patienten starb an florider Lungentuberculose, Pat. selbst war als Kind scrophulös, und repräsentirt gegenwärtig den pastösen Habitus; die Häufigkeit der tubercul. Processe an den Wirbelkörpern und Gelenken, im Gegensatz zu der Seltenheit gleichnamiger Processe rheumatischer Natur. Pat. wurde für einen Monat in die Glissonsche Schwebe gelegt, erhielt Kreosot und wurde stark genährt; 2 weitere Monate wurde ein portabler Apparat getragen und Lufter gebräucht. Es erfolgte eine völlige, der Zeit standhaltende Ausheilung; der Kopf ist nach allen

Seiten hin drehbar, activ und passiv; der Wirbelkörper nicht mehr schmerzhaft. Dieses erfreuliche und in Anbetracht der kurzen Zeit auch ungewöhnliche Resultat könne nach des Vortragenden Meinung in Beziehung gesetzt werden mit der stattgehabten Circulationsänderung. Bekannt sei — von wenigen Ausnahmen abgesehen — der günstige Einfluss bestehender Mitralinsufficienz auf den tuberculösen Lungenprocess. Bier's Behandlung der Gelenktuberculose mit künstlicher Stauung beruhe auf einer Nachahmung dieses Vorzuges und bürgere sich immer mehr dank der Anerkennung hervorragender Autoritäten, in den Kliniken ein. Liegen nun auch die Verhältnisse der durch eine Mitralinsufficienz geschaffenen Circulationsänderungen für die Beeinflussung der Lungentuberculose am günstigsten, so sei doch nicht abzustreiten, dass auch der grosse Kreislauf im Sinne der Stauung in weitem Maasse beeinflusst werde, darnach müsse, zumal während der sich erst bildenden Compensation resp. stattfindenden Compensationsstörung jedweder tuberculöse Process im Körper günstig beeinflusst werden. Auch der vorliegende Fall rege zur Erwägung dieser Möglichkeit an. (Autoreferat).

Dr. Voss zweifelt an der Richtigkeit der Diagnose und glaubt es hier mit einer rheumatischen Erkrankung zu thun zu haben, wofür sowohl der vorherbestehende Gelenkrheumatismus, als der überaus kurze Verlauf sprechen.

Dr. Schabert betont demgegenüber die stark hereditäre Belastung und den scrophulösen Habitus d. Pat.

Dr. P. Klemm hält auf Grundlage der geschilderten Sympt. den Process allerwegs für einen tuberculösen, nur glaubt er noch nicht an eine definitive Heilung.

Dr. Wolfertz bestätigt nach seinen Erfahrungen auch das Bestehen eines Ausschlussverhältnisses zwischen Herzklappenfehler und Tuberculose der Lungen, wenngleich er — wenn auch selten — das Nebeneinandervorkommen beider Prozesse hat beobachten können. Der Grund für dieses Verhalten dürfte wohl in der durch die Inufficienz bedingten Stauung zu sehen sein.

Dr. Denbner findet in der Literatur häufige Betonung dieses Verhältnisses und hat auch selbst eine dafür sprechende Beobachtung zu verzeichnen. Eine Phthisika acquirirt Gelenkrheumatismus und Endocarditis mit Entwicklung von Herz-

klappenfehler ohne Störung der Compensation; dennoch wesentliche Besserung der Phthisis; Schwinden der Bacillen, Körperzunahme.

1. Dr. Schönfeldt stellt einen 45 a. n. Arbeiter vor, der das klinische Bild der Syringomyelie darbietet:

1) im Laufe des letzten Jahres entstandene, fortschreitende degenerative Atrophie der kleinen Handmuskeln; namentlich links ist der Daumen- und Kleinfingerballen ganz flach; beiderseits Krallenhandstellung; spatia interossea eingesunken.

2) an beiden oberen Extremitäten ist das Gefühl für Berührung und Druck erhalten, dagegen besteht Analgesie für tiefe Nadelstiche und Thermanaesthesia.

3) Neben zahlreichen Narben bestehen — als Ausdruck der trophisch-vasomotorischen Störung — Panaritien der Finger, Geschwüre und Verdickung der grossen Zehe (Umfang derselben 13,5 Cm., Länge 9 Cm.) Zu dieser Kategorie von Symptomen wurden die inselförmigen Hautverfärbungen ebenfalls gerechnet. Da jedoch dieselben bei der Demonstration anaesthetisch sich erweisen, so verzichtet Vortragender auf eine weitere Analyse dieses Falles zu Gunsten der Annahme einer leprösen Affection.

Dr. Bergmann hält den vorgestellten Fall zweifellos für *Lepra nervorum*. Die charakt. Flecken an den Extremitäten und am Rumpf kommen bei keiner andern Erkrankung in dieser Weise vor; der etwas blasse Fleck auf der Stirn ist bei guter Beleuchtung schon auf weite Distanzen sichtbar und ermöglicht schon an sich durch den Sitz und charakt. Aussehen die Diagnose.

Die Form der Syringomyelie, welche halbseitige Veränderungen — in ihrem Beginne wenigstens — schafft, die giebt ein klinisch differenzirbares ohne weiteres anzuerkennendes Bild. Die trophischen Störungen an nur einer oberen Extremität, die Sensibilitätsstörungen, das sehr frühzeitige Auftreten von Scoliose geben ein charakt. Bild. — Anders ist es mit dem Type Morvan, der von Autoritäten wie Charcot anfangs nicht zur S. gerechnet wurde, bis einige Sectionen erwiesen, dass bei dieser Form gleichfalls Höhlenbildungen im R. M. vorkommen. Doch giebt es heute noch Forscher, wie z. B. Zambaco — die striet behaupten, der Type Morvan sei nur *Lepra nervorum*. Zuzugeben ist, dass es Fälle von *Lepra nerv.*

giebt, bei denen man cutane Veränderungen zur Evidenz nicht nachweisen kann, es bestehen wohl Pigmentverschiebungen, pigmentlose Stellen, welche dem Sitz früherer typischer Efflorescenzen entsprechen, doch im Moment der Untersuchung können ausgesprochene cutane Erscheinungen fehlen, so dass die Diagnose in solchen Fällen zwischen Lepra nerv. und Syringomyelie type Morvan ungemein schwer werden kann. In solchen Fällen ist es vorsichtiger, namentlich im Hinblick auf die socialen Folgen für den Kranken — von Syringomyelie type Morvan zu reden. Wo aber die cutanen Erscheinungen deutlich sind, da kann — namentlich in einem Lande, wo Lepra einheimisch ist — die Diagnose Syringomyelie garnicht zur Sprache kommen.

Zum Schluss fordert Dr. Bergmann die Collegen zu einem Besuch des Leprosoriums auf, welches durch seine mehr als 70 Fälle im Augenblick viel interessantes Material bietet.

Dr. E. d. Schwarz wendet sich ebenfalls gegen die Diagnose Syringomyelie, indem er zunächst die unzweifelhaften leprösen Hauterscheinungen übergeht und sich nur mit den Symptomen mehr befasst, welche spec. dem Bilde der Syringomyelie angehören. Die partielle Empfindungslähmung welche der S. eigenthümlich ist, kommt auch bei Lepra nicht so selten vor. Als differentialdiagnostisches Moment gilt aber dann die Verbreitung der Störung, sie befällt bei S. meist grössere Theile der Haut; wenn sie dieses auch bei L. thut, so beschränkt sie sich hier höchstens auf eine ganze Extremität. Im vorgestellten Falle nimmt sie keine grössere Strecke des Körpers ein, sondern ist ungefähr auf das Gebiet der vorhandenen Atrophien beschränkt, was gegen S. und für L. spricht. Ein nur eindeutiges Sympt. sind die Sensibilitätsstörungen im Bereich der trophischen Störungen der Haut. Abgesehen von ihrer Verbreitung, ihrem Erscheinen auf dem Gesicht, das direct für L. charakt. ist, sind auch die Flecken auf der Brust und am übrigen Körper anästhetisch, die gesunde Haut nebenbei normal empfindend, ein Verhalten, das bei S. nicht vorkommt, dagegen für L. charakt. ist.

Weiter ist das Verhalten der Sehnenreflexe für das Bild der S. von grösster Bedeutung. Bei Annahme einer S. müsste dieselbe in Folge der Störungen der oberen Extremität in Cervicalmarke angenommen werden, wobei eine Steigerung der

Sehnenreflexe die Regel ist, während sie im vorgestellten Falle sich als normal erweisen. Auch bei Annahme einer Betheiligung des Lumbalmarkes müssten Störungen im Sehnenreflexe vorhanden sein, was nicht der Fall ist. Auch die Ausbreitung der Atrophie ist eine auffallende, wenn man sie durch S. erklären wollte, denn dann müsste das ganz R. M. erkrankt sein, wogegen wieder die geringfügigen Veränderungen sprechen. Die gleiche Vertheilung der Atrophien und Sensibilitätsstörungen spricht direct für Neuritis leprosa. Gegen S. spricht auch das Fehlen von Mastdarm- und Blasenstörungen.

In Betreff des von Dr. Bergmann erwähnten Type Morvan wäre zu bemerken, dass derselbe sich jetzt in zwei Theile aufgelöst hat. — Der eine Theil fällt der S. zu, der andere der Lepra. Ueber diesen Type hat er eigene Erfahrungen nicht, sondern referire nach Schlesinger, der eine sehr empfehlenswerthe Monographie in den letzten Monaten habe erscheinen lassen, in der er sich auf ca. 560 Arbeiten über S. und ca. 260 Krankengeschichten stützt.

Dr. Voss scheint aus der bisherigen Discussion hervorzugehen, dass die S. bis jetzt noch nicht als typisches Krankheitsbild aufzufassen ist, sondern mehr als ein Symptomencomplex.

Dr. Ed. Schwarz giebt zu, dass der Begriff S. bis jetzt noch ein Samelname in sofern sei, als verschiedene anatomische Processe eine Erweiterung und Höhlenbildung des Centralcanals bedingen, jedoch sei es, seitdem 1893 Kahler und Schultze unabhängig von einander zeigten, dass die schon im vorigen Jahrhundert bekannten Höhlenbildungen in viro diagnosticirbar wären, eine durch viele Sectionen bestätigte Errungenschaft der Neuzeit, aus der grossen Gruppe der Muskelatrophien, zu denen auch Duchenne diese Fälle gerechnet hatte, abzutrennen und als Höhlenbildungen im R. M. zu diagnosticiren.

Dr. P. Klemm betont die Schwierigkeit der Diagnose der S. aus einzelnen Symptomen und im Augenblick der Untersuchung. Nach Schlesinger ist das Bild der S. gerade ein so mannigfaltiges, fast alle organische Erkrankungen des R. M. und der peripheren Nerven in sich umfassender, dass nur aus den Schulsymptomen und einer genauen Beobachtung

eine sichere Diagnose möglich ist. Einen wesentlichen Einfluss auf das Hervortreten der einzelnen Symptome hat eben die Erkrankung im R. M. So können z. B. Blasen- und Mastdarmstörungen bei hohem Sitz des Processus fehlen, während sie bei tiefem Sitz gewiss vorkommen können. Ebenso verhält es sich mit dem Vorkommen der trophischen Störungen.

Dr. E. d. Schwarz giebt die Richtigkeit des von Dr. Klemm Gesagten zu. In einigen Fällen ist die Diagnose nicht möglich, wofür er Belege anführt in der Pachymeningitis hypertrophica (Charcot) ferner in dem sog. Lumbal-typus der S. und deren Abgrenzung von der Tabes.

d. Z. Secretair S. Radec ki.

Sitzung am 6. September 1895.

1) Dr. Treymann demonstirt 2 durch Laparotomie gewonnene Uterusmyome. Der einen Pat. geht es gut, die andere ging 12 Tage nach der Operation unter den Erscheinungen des Ileus zu Grunde. Bei der Section fand sich eine stark geblähte Dünndarmschlinge, die durch Abknickung verschlossen war.

Dr. v. Bergmann fragt an, warum nicht aufs Neue operirt worden sei. Er tritt dafür ein, auch in den verzweifeltesten Fällen das Abdomen zu eröffnen, da dieses der einzige Weg sei, der zur Rettung des Kranken führe. Er referirt einen Fall, wo er am 2. Tage nach einer Laparotomie wegen Ileus den Leib abermals öffnete, da die Occlusionserscheinungen persistirten. Hierbei wurden einige peritonitische Stränge gelöst, die die Ursache der Kothverhaltung waren.

Dr. Treymann giebt die Richtigkeit des eben Gesagten principiell voll und ganz zu; im vorliegenden Falle jedoch erschien ihm die übergrosse Schwäche der Kranken eine Contraindication für die Operation zu bilden. Seine Erfahrungen hätten ihn ausserdem gelehrt, dass anfangs bestehende Occlusionserscheinungen später spontan schwinden können.

2) Dr. v. Knorre demonstirt eine, von ihm durch Operation gewonnene Dermoidecyste des Ovariums.

3) Dr. Paul Klemm referirt über eine, von ihm ausgeführte Uterusexstirpation per viam sacralem. Es handelte sich

um ein Corpuscarcinom, wo die vaginale Operation wegen hochgradiger seniler Enge der Scheide nicht möglich war.

Dr. Treymann constatirt, dass in vorliegendem Falle das Resultat ein sehr gutes war; er selbst ist stets mit der vaginalen Operation ausgekommen, er würde jedoch in Fällen hochgradiger Enge der Scheide die sacrale Methode proponiren.

Dr. v. Knorre: Eine Verdrängung der vaginalen Exstirpation durch die sacrale kann nicht zugegeben werden; letztere ist immer der grössere und schwerere Eingriff. Es ist nicht gleichgültig ob die Kranken nach 14 Tagen mit complet geheilter Wunde aufstehen oder sich noch längere Zeit hindurch mit einer grösseren secernirenden Wunde quälen müssen. Eine grössere Leistungsfähigkeit der sacralen Methode, die von Dr. Klemm hervorgehoben wurde, existirt nicht. Liegt nicht die Möglichkeit vor, die Operation per vaginam zu vollenden, sodass im Gesunden operirt wurde, so ist auch meist die sacrale Methode aussichtslos. Solche Fälle sind eben inoperabel. Die sacrale Operation bleibt die Methode der Wahl bei grossen Corpuscarcinomen bei enger Scheide oder Krebs der portio, wo diese schwer beweglich ist.

Dr. v. Bergmann wendet sich gleichfalls gegen eine zu weitgehende Verallgemeinerung der sacralen Operation und hält dafür, dass man in der Regel mit der Exstirpation per vaginam auskäme.

Dr. Paul Klemm: die vaginale Methode soll garnicht verworfen werden: es ist aber andererseits sicher, dass die Exstirpation per vias sacrales Vorzüge vor jener besitzt. Zu diesen gehört in erster Linie die gute Uebersichtlichkeit des Operationsterrains; der Operateur ist in der Lage krebsig veränderte Gewebspartien darin erkennen und entfernen zu können. Die Wunde ist allerdings grösser, doch trotzdem sind die Kranken meist in der Lage am 14.—20. Tage das Bett verlassen zu können und herumzugehen. — Es muss im Auge behalten werden, dass bei jeder Krebsoperation das oberste Gesetz sein muss, die Neubildung so ausgiebig wie möglich auszurotten, in der Ausbildung der technischen Seite der Carcinomoperationen liegt für's Erste der Fort-

schritt in der Behandlung dieser Erkrankungen begründet; die Grössenverhältnisse der Wunde kommen erst in zweiter Linie in Betracht.

Dr. v. Stryck sieht in der Länge des Krankenlagers einen Nachtheil der Operation.

Dr. Paul Klemm,
d. Z. Secretär.

Sitzung am 4. October 1895.

1) Dr. Treymann: E. M. 28 a. n. III para, hat 2 todte Kinder zur Welt gebracht. Beide Male wurde die Wendung gemacht. Die Conj. diag. = 9,5 Ctm., die Conj. vera = 3 Ctm. Die Messung am 15. Juni, gleich nach Aufnahme der Pat. in die Abtheilung ergab:

Dist. spin. Ilei	23	Ctm.
» crist.	25	»
» tub. Ischii	14	»
» Trochant.	30	»
Conj. diagon.	9,5	»
» vera	8	»

Krampfwehen, spitzer, steinhart anzufühlender Leib. Dringender Wunsch der Eheleute ein lebendes Kind zu erhalten.

Fruchtwasser war vor 8 h. abgeflossen. Temp. normal, der Cervix ist ganz erweitert; er hängt wie ein schlaffer Beutel in die Scheide herab. Das Vorderhaupt ist links in den Beckeneingang getreten. Die kleine Fontanelle steht rechts hoch. Herztöne sind laut in der Mitte unten zu hören. Ein schöner Versuch mit der Breus'schen Zange misslingt. Sofort um 8 h. Abends Symphyseotomie: die schlanke, nicht sehr hohe Symphyse lässt sich leicht durchtrennen. Das Lig. arcuatum wird nicht durchschnitten. Fast keine Blutung. Die Symphyse klappt auf $2\frac{1}{2}$ —3 Ctm.; mit der sofort angelegten Breus'schen Zange wird ein lebendes Kind extrahirt. Keine Knochennaht; Seitenlage der Frau. Glatte Verlauf, Pat. wird schon am 14. Tage aus der Klinik entlassen. Das Gewicht des Kindes betrug 9 Pf.

Maasse desselben:

Körperlänge	50 Ctm.
Kopfumfang	36 ¹ / ₂ »
Bitemp. Durchmesser	8 »
Bipariet. »	9 »
Fronto-occipit. Durchmesser	12 »
Mento-occipit. »	13 »

Vorzügliche Assistenz leisteten die Herren Dr. Buchholz und Dr. Vierhuff.

Dr. Treymann demonstirt ferner eine nach Symphyseotomie knöchern geheilte Schamfuge.

2) Dr. Busch demonstirt einen von ihm exstirpirten carcinomatösen Uterus; er spricht die Vermuthung aus, dass die Neubildung wahrscheinlich von zurückgebliebenen Placentarresten ausgegangen sei.

3) Dr. P. Bergengrün referirt über einen Fall von Diaphragmabildung im Kehlkopf. Die 43 a. alte Patientin besass ein Diaphragma im larynx, welches ohne jede bemerkenswerthe Ursache entstanden war und mit Ausnahme eines Stecknadelkopfgrossen Loches den Unterkehkopfraum vollständig vom oberen Abschnitt des larynx abschloss. Die Athmung war in letzter Zeit stark behindert worden. Das heftige Stenosenathmen dauerte schon 15 Jahre. Durch endolaryngeale Spaltung der Membran und nachfolgende Sondirung wurde die sehr heruntergekommene Frau vollständig geheilt, worauf sie sich sehr schnell erholte.

Interessant sind dabei folgende Umstände: 1) Pat. hatte trotz starken Stenosenathmens eine freie Stimme; 2) der rasche Heilerfolg; Es wurde überhaupt nur 3 Mal tubirt und zwar das erste Mal mit den Schrötter'schen Hartgummituben Nr. 1, 3 und 5, von denen jede nur 2 Min. liegen blieb; nach 4 Tagen Nr. 3, 5 und 7 à 3 Min. und dann Nr. 5 und 7 à 10 Min. Die Tubage wurde gut vertragen. Eine Woche nach der letzten Tubirung war die Membran bis auf einen kleinen Theil atrophirt. Nach 6 Wochen war unter der vorderen Stimmbandcommissur nur noch ein minimaler Rest zu entdecken.

Aetiologisch konnten Lues, Tuberculose, Sclerose und Trauma ausgeschlossen werden. Vortragender spricht die Ansicht aus, dass es sich hier um einen jener Fälle handele,

TRU Raamatukogu

bei denen im späteren Leben eine Schwimmhautbildung ganz spontan zur Entwicklung komme, hier vielleicht auf der Basis einer congenitalen Anlage.

Dr. Miram fragt an, wie sich die Recidive in solchen Fällen verhalten.

Dr. Bergengrün glaubt die Prognose gut stellen zu dürfen.

Dr. v. Bergmann: der Fall ist jedenfalls ein sehr räthselhafter, weil eine Therapie, die bei Kehlkopfstenosen erfahrungsgemäss unzureichend ist, hier zum Ziele führte. Sei es nicht doch möglich, dass die fragliche Membran durch Schleim vorgetäuscht worden sei, da es doch kaum zu verstehen sei, dass die Pat. 15 Jahre durch die Stecknadelkopfgrosse Oeffnung geathmet habe.

Dr. Bergengrün versichert auf das Bestimmteste, dass es sich um eine feste Membran gehandelt hätte.

Dr. Rimscha: fragt an, wie sich Prof. Schrötter zur Therapie solcher Zustände stelle?

Dr. Bergengrün erwidert, dass vor allem Geduld empfohlen werden müsse.

Dr. v. Bergmann hat bei Schrötter einen Fall gesehen, wo die Behandlung eine sehr mühselige und langdauernde war. In einem seiner eigenen Fälle entzog sich der Pat. der qualvollen Behandlung.

Dr. M. Schmidt: Waren die oberen Luftwege nicht mit Borken bedeckt?

Dr. Bergengrün: Nein.

4) Dr. v. Engelhardt verliest seinen angekündigten Vortrag: «Darmkatarrh und Darmneurose.» (Erscheint im Druck.)

Dr. Krannhals: Bei der Diagnose beider Zustände wird viel dem Tact und Gutdünken des Arztes zu überlassen sein, da die rein klinischen Anhaltspunkte gering sind und sicher feststehende Symptome der einen oder der anderen Erkrankung fehlen. Votr. hat ja allerdings die klinisch verwerthbaren Momente hervorgehoben, jedes einzelne aber für sich ermöglicht die Diagnose nicht. Bei der Untersuchung der Stühle spricht reichlicher Schleimgehalt sowie Epithelzellen mehr für Katarrh. Sind die Dejectionen arm an Schleim und die Zellen nur spärlich vorhanden, so ist eher an Neurose zu

denken. Es giebt ja nun auch Uebergangsformen, wo die differentielle Diagnose oft unmöglich ist. Hier ist das ganze psychische Verhalten des Pat. zu berücksichtigen.

K. warnt vor einer zu geschäftigen localen Therapie bei nervösen Zuständen.

Dr. Rulle: vermisst in den Ausführungen des Vortrag. eine chemische Untersuchung der Stühle. Das Ergebniss derselben pflegt nach seinen Erfahrungen ein charakteristisches zu sein. Bei katarrhalischen Zuständen riechen die Dejection-foetid; bei Neurosen fehlt solch ein Geruch. Bei nervösen Kindern, die an Ascariden leiden sind die Ausleerungen schleimig, stinken aber nicht; sobald ein Katarrh hinzutritt, fällt sofort der foetide Geruch auf.

Dr. v. Engelhardt: In den Ausleerungen bei Colica mucosa sind stets viel Bacterien gefunden worden; bis jetzt ist es aber noch nicht gelungen festzustellen in welcher Weise sie umsetzend auf die Dejectionen einwirken. Die schleimigen Massen bestehen aus Mucin; man nahm für den Katarrh an, dass hierbei Fibrin ausgeschieden würde, jedoch war diese Ansicht irrig, auch hier handelt es sich um Mucin. Bei Katarrhen in den unteren Abschnitten des Darmes spielt die foetide Zersetzung eine Rolle, jedoch sind wir über die näheren Vorgänge bei derselben noch im Unklaren. — E. kennt solche Fälle, wo in den Ausleerungen Nervöser viel Epithelzellen gefunden wurden, auch Nothnagel hebt dieses hervor.

Dr. Krannhals meinte nicht jene Fälle, wo es sich um reichliche Absonderungen handelt, dort sei der Befund zahlreicher Epithelien nicht so gravirend, er habe jene im Auge gehabt, wo wenig Schleim producirt werde; im Uebrigen sei eine genaue Abgrenzung des Begriff's Katarrh's sehr schwierig, da die Schwankungen innerhalb der physiologischen Breite ziemlich grosse sind.

Dr. Miram führt an, dass er gelegentlich nach Operationen am Rectum, wo das centrale Ende desselben herausgenäht worden war, den sich hier absondernden zähen Schleim microscopisch untersucht und stets wenig Epithelien gefunden habe.

Dr. Paul Klemm,
d. Z. Secretär.

Stzung am 1. November 1895.

- 1) A. Treymann: Demonstrirte einen einmonatlichen foetus
- 2) Dr. v. Bergmann zeigte 28 Blasensteine herum, die er bei einem Manne durch Sectio mediana gewonnen hatte.
- 3) Dr. v. Bergmann verliest seinen Vortrag. «Ein Fall von Hernia diaphragmatica»

Nachdem Vortragender kurz die anatomischen und klinischen Beobachtungen über Hernia diaph., welche in der Literatur vorhanden sind, mitgetheilt hatte, referirte er folgenden Fall:

Am 2. April a. c. war der kräftige Schuhmacher I. S. in die chirurg. Abthlg. des Stadt-Krankenhauses gebracht worden mit mehreren Messerstichen, von denen einer eine Handbreit unterhalb des Scapularwinkels und etwas hinter der hinteren A. L. gelegen, perforirend war.

Am 11. April verliess Patient die Abtheilung und will einige Wochen später gesund gewesen sein.

Am 27 Mai hob Patient, nachdem er zuvor stark getrunken hatte, eine schwere Last. Es traten sofort heftige Schmerzen im Bauch und Thorax ein. Erbrechen. Trotz Einnehmen einer Gabe Ricinus erfolgte kein Stuhl. 28. Mai Aufnahme in die I Abtheilung des Krankenhauses.

Status am 29. Mai: Links Thorax abgeflacht, weniger beweglich, Pectoralfremitus fehlt. H. U. Dämpfung und blutigeres Exsudat. Succussionsgeräusch. L. V und H. O verschärftes Athmen. R. normale Verhältnisse, Abdomen mässig aufgetrieben. Obstipation. Erbrechen. Patient wurde in die chirurgische Abtheilung transferirt, er verweigerte jedoch einen operativen Eingriff.

Diagnose: Hernia diaphragmatica inc., gestützt auf die Anamnese, die Occlusionserscheinungen und gleichzeitiges lufthaltiges Exsudat.

30. Mai Operation: Resection der VII Rippe zwischen beiden Axillarlinien. Tod auf dem Tische. Es liess sich eine Incarceration des Magens, der durch einen Defect des Zwerchfells geschlüpft war, nachweisen.

Vort. bespricht den Weg, welcher bei der Operation zu wählen ist und neigt trotz mancher Bedenken zur Operation von der Bauchhöhle aus. —

Dr. Hampeln: betont die Schwierigkeit der Diagnose. Zur Stellung derselben dienen vor Allem zwei Momente: 1) Eine genügend lange Beobachtungszeit 2) Eine sorgfältige Anamnese. Die einzelnen Symtome als solche waren nicht mit Nothwendigkeit zur Annahme eines Zwerchfellbruches zu verwenden. Die Erscheinungen der Occlusion z. B. konnten als Initialsymptom einer Pleuritis imponiren, wenn auch zugegeben werden muss, dass bei linksseitigem Pneumothorax stets an eine intrathoracische Hernie zu denken ist.

4) Dr. M. Schmidt verliest seinen angekündigten Vortrag «Ueber die diesjährige Ruhrepidemie.»

Durch die Ruhrabtheilung des Krankenhauses sind im Laufe des Sommers und Herbstes 1895 207 Kranke passirt mit 25% Mortalität. Das Lebensalter vertheilt sich folgendermassen;

1 — 10:13	davon	totd	5 = 38.4%
10 — 20:39	»	»	5 = 13.1 »
20 — 30:55	»	»	10 = 18.1 »
30 — 40:30	»	»	7 = 23.3 »
40 — 50:20	»	»	5 = 25.0 »
50 — 60:21	»	»	5 = 33.8 »
60 — 70:17	»	»	3 = 17.6 »
70 — 80:10	»	»	9 = 90.0 »
80 — 90: 1	»	»	1 = 100. »
90 — 100: 1	»	»	1 = 100. »

In der grossen Mehrzahl der Genesenen und Verstorbenen war die Temperatur sehr wenig erhöht; auch der Puls bot nichts Characteristisches, bis zum letalen Ende war derselbe oft voll und kräftig. Kein Mal fand sich eine Betheiligung der Leber und nur in einigen der schwereren Fälle fand sich Alb. im Harn. Das Abdomen war meist flach, ja sogar eingezogen, bisweilen bestand leichte Empfindlichkeit gegen Druck. Der Dickdarm liess sich meist als wurstförmiges Gebilde palpiren. Die Stühle waren zu Beginn schleimig-blutig, bisweilen rein blutig. Je weniger verändert das Blut war, aus desto tieferen Darmabschnitten stammte es und um so besser war die Prognose. Je höher oben die Erkrankung sitzt in desto zersetzterem Zustande kommt das Blut zu Tage. Wo zuweilen gutgeformte Skybala beigemischt sind, functionirt ein Theil des Dickdarmes noch normal. Blutiger Schleim wird 5—7 Tage abgesetzt; dann tritt das Blut zurück und der

Schleim gewinnt die Oberhand; allmählig werden die Stühle faecal mit einem Zwischenstadium bei den schwereren Fällen, in dem reiner Eiter entleert wird. Bei den schweren Fällen bekommen die Stühle für 4—5 Tage einen brandigen Geruch und eine jauchige Beschaffenheit. Die Kranken gehen dann entweder bald bis, zu 14 Tagen zu Grunde, oder die Jauchung verliert sich, die Stühle aber bleiben dünnschleimig und übelriechend und der Tod erfolgt später an Erschöpfung. Brandige Stühle machen die Prognose aber auch nicht absolut infaust. Wir haben 14 solche Kranke genesen sehen mit einer Krankheitsdauer von 18—90 Tagen. Die Reaction der Stühle war alkalisch. Dieselbe bleibt so bis zum Schluss, selbst in Fällen wo die Dejectionen intensiv sauer riechen.—

In jedem schweren Falle ist entweder Singultus oder Erbrechen, oder auch beides vorhanden. Wirkliche Peritonitis aber mit Erguss ist selten; wir haben sie 2 Mal beobachtet.—

Die Hauptgefahr besteht in der Sepsis und in der Erschöpfung.—

3 Mal wurde postdysenterisches Oedem ohne Albuminurie oder Herzaffection beobachtet. Pathologisch-anatomisch fanden sich in den acuten Fällen die bekannten brandigen Schorfe welche 30—50 Cm. bis über die Bauhinische Klappe reichten; in chronischen Fällen fehlte oft die ganze Mucosa des Dickdarms. Die Serosa war in der Regel, wenn auch geröthet, so doch spiegelnd. Macroscopisch zeigten die Nieren eine Trübung; in einem mehr acut verlaufenden Falle fand sich microscopisch eine hämorrhagische Nephritis.—

Therapeutisch wurde der Darm von Zeit zu Zeit durch Ricinus entleert und alle Kranken, welche nicht mit Schmerzen und Tenesmus darauf reagirten, erhielten täglich eine Darmauspülung mit Tannin. Ausgedehnter Gebrauch wurde vom Wisnuth gemacht mit anderen Mitteln wie Resorzin, Chinarinde, Catechu etc. combinirt. Opium wurde nur zur Nacht verabreicht. Bei starken Schmerzen, Unruhe und Schlaflosigkeit kommt man ohne Morphinum nicht aus. Von sehr guter Wirkung besonders bei Kindern sind warme Bäder. Gerade in diesem Sommer war in mehreren Zeitschriften eine Abkochung von Simaruba-Rinde als Specificum gegen Ruhr empfohlen worden, so erhielten alle Kranken dieses Medicament von Anfang August an; dasselbe wurde nur durch andere

Arzneien ersetzt, wenn die Kranken wegen Uebelkeit sich weigerten dasselbe fernerhin zu nehmen, oder wenn gar keine Besserung eintrat. Von diesen 113 Kranken sind 32=28% gestorben, während von den 94 ohne Simaruba Behandelten 18—19,7% starben. Wir haben also von dem Mittel keinen Erfolg gesehen.

Vom Wartepersonal und den Aerzten in Summa 15 Personen ist keiner erkrankt! In den anderen Abtheilungen der Infectionsbaracken erkrankten 2 Personen, ebenso in der Abtheilung für chronisch - chirurgische Kranken zwei Personen an Ruhr.

5) Dr. Heerwagen berichtet über die Verbreitung und den Verlauf der diesjährigen Ruhrepidemie in Riga.

Nachdem er das statistische Material kritisch besprochen, demonstriert Votr. eine practische Darstellung der gemeldeten Ruhrerkrankungen für jeden Monat der letzten 10 Jahre. Es ergiebt sich hieraus, dass die Ruhr eine in Riga endemische Krankheit ist, welche im Hochsommer fast alljährlich bedeutende Dimensionen annimmt. Die Zahl der diesjährigen Ruhrerkrankungen übersteigt nun den Durchschnitt um fast das Doppelte: es handelt sich im Jahre 1895 bis zum 21. October um 1228 Erkrankungen mit 149 Todesfällen = 12%. Der zeitliche Gang der Epidemie wird sowohl für die ganze Stadt, als auch für einzelne Stadttheile dargelegt, worauf sich Redner der Verbreitungsweise zuwendet. Nachdem dargelegt worden, das Wasserbezug und Bodenbeschaffenheit durchaus ohne Einfluss auf die Verbreitungsweise, legt Votr. dar, wie jeder Kranke für seine Umgebung eine Gefahr bilde, was in Familien- und Hausepidemien sowie in grösseren Erkrankungs-herden in einer ganzen Reihe von Fällen seinen Ausdruck gefunden. Votr. referirt nach Wolfberg über die sehr interessante Tilsiter Ruhrepidemie vom Jahre 1893 und kommt zum Schlusse, dass epidemiologische Forschung allein wohl kaum je das Dunkel lüften werde, welches heute noch über dem detaillirten Vorgang der Ruhrinfection liegt. Erst wenn mikroskopische Forschung zur unanfechtbaren Entdeckung des Ruhrkeims geführt haben wird, sei zu erwarten, dass klare und sichere Erkenntniss des Infectionsmodus sich entwickeln und auch die nothwendige Handhabe gegeben wird, den Ruhr-epidemien erfolgreicher entgegen zu treten, als dies heute möglich ist.

Dr. Bernsdorff empfiehlt Chloradyl. Er hat das Mittel 6 Mal mit Erfolg angewendet; es kann unbeschadet mehrere Tage hindurch gegeben werden.

Dr. Blumenbach lobt grosse Morphiump Dosen.

Dr. Krannhals hat seit 6 Jahren bacteriologische und pathologisch-anatomische Studien über die Ruhr angestellt. In 66 Fällen ist der Darm bacteriologisch untersucht worden. Zur Benutzung kam das Serum der erkrankten Darmwand. Er konnte aus demselben zahlreiche Bacterienspecies züchten, von denen jede schon früher als specifischer Ruhrpilz angesprochen worden war. Z. B. in einem Sommer fand K. nur Colonbacillen, er ist der Ansicht, dass keiner der gefundenen Microben als spec. Erreger der Dysenterie angesehen werden darf.

Hinsichtlich der Aetiologie und Pathologie der Ruhr hat K. gefunden, dass besonders Personen mit alten Nierenleiden der Erkrankung mit Dysenterie ausgesetzt sind. Sporadische Fälle betreffen meist Kranke die an Schrumpfniere leiden und in Epidemien sterben solche Individuen häufiger als Leute mit gesunden Nieren. Bekanntlich neigen Menschen, die mit Nierenaffectionen behaftet sind zu Erkrankungen des Darmes. Letztere haben path. anat. eine grosse Aehnlichkeit mit dem dysenterischen Process, sie sitzen nur mehr im oberen Theil des Dünndarms, während die Ruhr sich ja bekanntlich im Dickdarm lokalisiert. So ist die Sublimatintoxication, die ja mit ulcerativen Vorgängen auf der Schleimhaut des Darmes einhergeht mit einer Erkrankung der Niere der sog. «Kalkniere» verknüpft.

K. ist der Ansicht, dass es sich bei der Ruhr und den dysenterieähnlichen Erkrankungen der Nephritiker um eine Alteration der Capillarwandungen in der Darmmucosa handelt. Es entstehen so auf der Schleimhaut necrotische Partien, die durch den Koth und die zahlreichen in demselben enthaltenden Saprophyten zersetzt werden, woraus die Ulceration und Perforation entstehen. Therapeutisch giebt K. zunächst Ricinus. Alsdann verordnet er desinficirende Ausspülungen des Darmes mit Borsäure, die 2 Mal tägl. stattfinden, unabhängig von der Menge der Stühle. Blande Diät. Thee, Tum. Zwieback. Es kommt sehr darauf an, schon in einem möglichst frühzeitigen Stadium der Erkrankung den

Darm zu reinigen, um die Kothbakterien ausser Thätigkeit zu setzen.

Dr. Paul Klemm.
d. Z. Secretär.

Stzung am 15. November 1895.

1) Dr. F. Hach bemerkt zum Prot. der letzten Sitzung, dass nach seiner Ansicht, die noch mit der namhafter Autoren übereinstimme der von Dr. Treymann demonstrierte Embryo zum mindesten 8 Wochen alt gewesen sein muss.

Dr. Treymann erwidert, dass Bestimmungen über das Fruchtalter nach Abbildungen sehr schwer, ja oft unmöglich seien, da häufig genug Varietäten vorkommen, zudem müsse man den foetus frisch gesehen haben, um sich einen richtigen Eindruck zu verschaffen. Er kann als äusserste Altersgrenze 5 Wochen zugeben. Für diese sprachen auch die anamnestischen Angaben.

Dr. Radecki hat die Illustrationen im Lehrbuche von Winkel mit dem demonstrierten foetus verglichen und schliesst sich betreffs des Alters den Ausführungen Hach's an.

Dr. Hach bleibt dabei die Altersgrenze über 5 Wochen hinaus zu rücken. Früchte von 1 Monat messen nicht mehr als 1 Ctm. während der demonstrierte trotz Schrumpfung in Alkohol länger war.

2) Dr. Helmboldt hält seinen angekündigten Vortrag: «Ein Fall von Dynamitexplosion» zugleich stellt er den betreffenden Pat. vor. (Erscheint gedruckt).

Dr. Miram fragt an, ob es nicht stark geblutet hätte. Nach Verletzung durch stumpfe Gewalt könne die Blutung ja oft fehlen wie er das selbst im Kriege nach Verletzung durch Granatschuss gesehen hat. Weshalb kam es aber hier nicht zur Blutung?

Dr. Helmboldt: der perforirende Splitter hatte das Gefäss verlegt; nach Extraction desselben blutete es sofort.

Dr. Miram hat gelegentlich die Blutung auch nach Stichverletzungen fehlen sehen.

Dr. Voss bestätigt dieses Factum durch eine eigene Beobachtung, wo die Art. fem über der Kniekehle durch einen Sequester gelocht war, aber keine Blutung auftrat.

Dr. Bröcker hat nach einer Schussverletzung der Unterschenkelgefäße (Tib. post) ein Stehen der Blutung auf 6 h. gesehen, erst dann begann plötzlich eine arterielle Blutung.

Dr. Paul Klemm erinnert daran, dass wir im sog. v. Wahl'schen Geräusch ein ausgezeichnetes Hilfsmittel zur Erkennung arterieller Verletzungen besäßen, da wie schon gesagt, die übrigen Zeichen wie die primäre Blutung und das Fehlen des Pulses unterhalb der Verletzung sehr unsichere, oft fehlende Symptome sind.

3) Fortsetzung der Discussion über die diesjährige Ruhr epidemie.

Dr. Mandelstamm II. hat mehrere Fälle brandiger Ruhr gesehen, die tödtlich endeten. Es gesellte sich Oedem der Beine hinzu, sowie Ausfallen der Haare. Er empfiehlt Salol und kleine Eisstückchen innerlich; ausserdem Eingiessungen von Tanninalaun. Er infundirt 4—500,0. Kalte Einpackungen und Bäder hatten sich ihm gut bewährt. Die Diät anlangend ist er mehr für kräftige Ernährung. Die Milchdiät ist zu loben. In 70 Fällen kam diese mit gutem Erfolg zur Anwendung.

Dr. Miram führt aus, dass Eingiessungen gelegentlich ja sehr gut wirken, dann aber giebt es Kranke, die dieselben strict verweigern. Tannigen habe sich ihm stets nutzlos erwiesen.

Dr. Deubner ist der eigenthümliche Antagonismus aufgefallen, der in der diesjährigen Ruhrepidemie zwischen Dysenterie und Typhus abd. zu bestehen scheint. Während sich im Sommer die Fälle letzterer Erkrankung zu häufen beginnen, war in diesem Hochsommer wenig Typhus in der Abthlg., erst als die Ruhr in der Abnahme begriffen war, mehrten sich die Typhusfälle. Er fragt Dr. Heerwagen, ob ihm auch dieses Verhältniss beider Erkrankungen zu einander aufgefallen sei.

Dr. Heerwagen stellt für die nächste Sitzung nähere Daten in Aussicht.

Dr. Otto Klemm konnte in einem Fall die Uebertragung der Ruhr durch die Milch nachweisen. Es handelte sich um einen Kranken mit *ulcus ventriculi*, der nur mit Milch genährt wurde. Er erkrankte an Dysenterie und es stellte sich heraus, dass die Milch aus einer Gegend stammte, die

von der Ruhrdurchseucht war. In einem zweiten Fall geschah die Uebertragung durch Schmand, der aus einer inficirten Gegend stammte.

Dr. Bergmann warnt davor, der Disposition eine zu grosse Bedeutung für die Ansteckung einzuräumen. Dieses könne dazu dienen die Maassregeln, die zur Verhütung der Infection dienen abzuschwächen und einem fatalistischen Standpunkt Platz zu machen, der in der Erkrankung das Kismet sieht, dem es unmöglich wäre zu entgehen. Von besonderer Gefahr sei es aber, wenn derartige Anschauungen unter dem Wartepersonal verbreitet würden, weil diese dazu dienen können, dasselbe in seiner Sauberkeit und Gewissenhaftigkeit zu beeinträchtigen.

Dr. Schmidt wollte nur gegen die übergrosse Furcht des Publicums vor Infectionskrankheiten zu Felde ziehen; ihm ist in der Diphtheriestation z. B. noch nie ein Fall von Ansteckung des Wartepersonals, trotz reichlicher Gelegenheit dazu vorgekommen.

Dr. Heerwagen will den Begriff der Disposition gleichfalls mehr zurückdrängen; in Häusern wo es sauber hergeht, ist die Ansteckungsgefahr geringer, als in solchen wo keine Reinlichkeit herrscht.

Dr. Rieder: Dr. Herrmann im Obuchowhospital betonte stets die wichtige Rolle, welche die individuelle Disposition spiele.

Dr. Paul Klemm (d. Z. Sec.).

Sitzung am 6. December 1895.

1) Dr. Trey mann legt zwei Präparate vor: Eine Dermoidcyste und ein Parovarialkystom. Beide stammen von einer 25jährigen Frau.

2) Dr. Heerwagen berichtet in Veranlassung einer, auf der letzten Sitzung gestellten Anfrage über die Anzahl der Erkrankungen an Abdominaltyphus und Ruhr in Riga und beleuchtet die Frage der gegenseitigen Beeinflussung dieser Zahlen. Vort. demonstirt eine Tafel, auf welcher die Abdominaltyphus- und Ruhrerkrankungen für jeden Monat der

letzten 10 Jahre graphisch aufgetragen sind. Aus diesen Zahlen ergibt sich einwandsfrei, dass eine gegenseitige Beeinflussung der Typhus- und Ruhrerkrankungen in Riga nicht vorhanden ist.

3) Dr. Heerwagen hält seinen angekündigten Vortrag: «Ueber die Verunreinigung der rothen Düna und die zur Abstellung dieses Uebelstandes ergriffenen Maassnahmen.»

Die rothe Düna ist ein todter Dünaarm mit sehr unregelmässig gestaltetem Bett. Nur in seinem unteren Theil hat er einen ganz minimalen regelmässigen Wasserwechsel durch den hineinfiessenden Hospitalbach. Dem oberen Theil dieses stehenden Gewässers wurde ein grosser Theil der Abwässer von Haushaltungen und Fabriken zugeführt, die zusammen enorme Mengen fäulnissfähiger, organischer Substanzen enthalten. Berechnungen und Messungen, die im Herbst 1893 angestellt wurden, ergaben dass der rothen Düna täglich an organischen Substanzen zugeführt werden:

Durch die Gräben am II Weidendamm	162	℔	russ.
» den Canal in der Ziegelstrasse	531	»	»
» die 2 Canäle in der Charlottenstrasse	746	»	»

In Summa täglich also: 1439 ℔ russ.

Zieht man noch in Betracht, dass einige kleine Canäle, die auch noch in die rothe Düna münden, vernachlässigt worden sind, so ist das Facit, dass diesem todten Gewässer etwa 1500 ℔ oder jährlich über $\frac{1}{2}$ Million ℔ fäulnissfähiger Substanz Jahre hindurch einverleibt worden sind. Die durch die Zersetzung dieser Massen bedingte üble Ausdünstung, welche sich namentlich an Sommerabenden selbst in beträchtlicher Entfernung geltend macht ist ja allbekannt.

Aehnliche Verhältnisse herrschen beim Stadtcanal.

Um diesem Uebelstande abzuhelfen ist der Hospitalbach von der Stintenstrasse an in einen hölzernen Canal gefasst worden, der der Stadtbreite entlang bis zum Weidendamm geführt worden ist. Dort mündet er in einen steinernen Canal, welcher an der vorderen Seite des kaiserlichen Gartens zieht und unterhalb des Elevators in den Hauptstrom der Düna mündet. Vor etwa 14 Tagen sind die alten Canäle in der Charlotten- und Ziegelstrasse, ein Tagesquantum von 1277 ℔ russ. organischer Substanz repräsentirend, dem neuen Canal

angeschlossen worden. Der Hospitalbach durchspült den Canal in seiner ganzen Länge und ergiesst sich somit direct mit den Abwässern der genannten alten Canäle zusammen beim Andreasholm in den Hauptstrom der Düna.

Redner demonstirte während des Vortrages eine grosse Zahl von Karten, die ihm vom Stadt-Oberingenieur zur Verfügung gestellt worden waren.

Im nächsten Jahre soll die Mündung des Canals derart ausgehend werden, dass die Abwässer 22 Fuss unter dem mittleren Wasserstande der Düna zufließen; es soll ferner ein steinerner Canal vom Weidendamm bis zum Dünaburger Bahnhof gebaut werden, der die Abwässer, die jetzt in den Stadtgarten und in den Graben am II-ten Weidendamm fließen, ebenfalls durch den Stammcanal am kaiserlichen Garten vorbei in den Hauptstrom der Düna führen wird. Zwei Bedenken sind bei Projectirung dieser Anlage discutirt worden, das erste betrifft die Gefahr, dass die Düna beim Andreasholme und weiter unterhalb durch die zugeführten Abwässer in unzulässiger Weise verschmutzt wird. Man hat zuständigen Ortes angenommen und Votr. hält diese Annahme für gerechtfertigt, dass dieses in Anbetracht der grossen Wassermasse, welche die Düna führt und bei der im Frühling sehr erheblichen Stromgeschwindigkeit dieses Flusses ein Missetand nicht eintreten wird. Sollte sich diese Annahme als irrig erweisen, so ist Raum auf dem Andreasdamm für Kläranlagen vorgesehen. Das zweite Bedenken betrifft die grossen Schlamm-massen, welche in der rothen Düna liegen. Der Gedanke diese zu entfernen ist einerseits wegen der grossen Kosten andererseits aber, weil solche Massen schnell mineralisirt werden, wenn kein neues Material zugeführt wird, vorläufig aufgegeben worden.

Dr. Tiling fragt an, ob die Stromgeschwindigkeit der Düna nicht weit hinter der, anderer Ströme zurückstehe und daher zu befürchten sei, dass der Schmutz nicht genügend fortschwemmt werde.

Dr. Heerwagen giebt zu, dass andere Flüsse wie, z. B. die Elbe wohl einen stärkeren Fall hätten; bei Hamburg spiele auch noch die Ebbe und Fluth mit, dafür sei aber zu bedenken, dass das Quantum an Schmutz welches der Düna zugeführt werde, weit hinter dem anderer Städte des Auslandes

zurückstehe, sodass eine Versandung unseres Flusses nicht zu befürchten sei.

Dr. Tiling fragt an, warum die Abwässer nördlich vom Kriegshospital nicht auch in den neuen Canal geleitet würden.

Dr. Heerwagen. Zunächst sind noch zu wenig Ableitungsrohre vorhanden.

Dr. Hehn. Werden auch die Aborte an den neuen Canal angeschlossen werden können?

Dr. Heerwagen: Es ist ein derartiges Project für die ganze Stadt bereits ausgearbeitet, der neue Canal stellt bloss einen Theil dieses Planes dar.

Dr. Engelmann hält seinen angekündigten Vortrag: «Principien der modernen Gonorrhoebehandlung.»

Nach einer anatomisch-physiologischen Einleitung, in der namentlich die Function des Muskelapparates und ihre Bedeutung für die Diagnose und Therapie der Urethritis berührt wurde und die Eintheilung der Gonorrhoe in eine Urethritis ant. und post. hervorgehoben wurde, ging Votr. zur Besprechung der Principien der Gonorrhoebehandlung über.

Votr. betonte die Nothwendigkeit strengen Individualisirens unter genauer Berücksichtigung der Localisation und Intensität. Die Ergebnisse der anatomischen Untersuchungen Finger's sprechen gegen eine Frühbehandlung der Gonorrhoe bei stürmischen Initialsymptomen, da der Tripperprocess hier in die Tiefe bis an das Bindegewebe vordringt. Für die Frühbehandlung eignen sich nur die subacuten Fälle. Hier sind anfangs nicht Adstringentien, sondern Antiseptica am Platz. Bei intensiven Reizerscheinungen ist bis zur Acme rein diätetisch zu behandeln. Die Localbehandlung ist zu sistiren beim Uebergreifen des Processes auf die hintere Harnröhre und beim Eintritt von Complicationen. Sind die acuten Erscheinungen der Urethritis post. rückgängig geworden, so kommen Irrigationen, später Instillationen nach Ultzmann oder Guyon in Betracht. Geheilt ist der Pat. erst wenn eine mehrfache Untersuchung des Secrets auf Gonococcen und Eiterkörperchen negativ ausfällt und derselbe nur noch Schleim und Epithelzellen enthält. Eine noch genauere Diagnose der Localisation und Ausdehnung ist bei der chronischen Gonorrhoe nöthwendig, mittelst Knopfsonde, Urethrometer und En-

doscop, welches auch in therapeutischer Hinsicht bei circumscripter Erkrankung in der pars. ant. unschätzbare Dienste leisten kann. Für die Behandlung der tieferen Infiltrate, der sogenannten «Weiten Stricturen» kommt die Oberländer'sche Dilatationstherapie in Betracht, wenn sich letztere nicht bei medicamentöser Behandlung resorbiren wollen. Die Sondenbehandlung ist nicht im Stande dasselbe zu leisten, da die Harnröhre in ihren verschiedenen Abschnitten eine sehr verschiedene Dilatabilität besitzt.

Bei Erkrankung der hinteren Harnröhre mit Betheiligung der prostata, bei Spermatorrhoe und Prostatorrhoe empfiehlt sich die Anwendung des Winternitz'schen Psychrophors. Oberflächliche Erkrankungen sind mit Irrigationen und Instillationen, event. Salbeapplicationen mittelst Tomasoli's Spritze zu behandeln.

Alle eingreifenderen Maassnahmen sind in genügend grossen Pausen vorzunehmen, um die Reaction abklingen zu lassen. Zum Schluss betont Votr. die Nothwendigkeit genauer Beobachtung, bevor man den Pat. als geheilt entlässt und den Heirathsconsens erteilt. Wiederholte urethroscopische Untersuchung event. nach Anregung von Secretion durch Lapisinstillation ist unbedingt nothwendig.

Dr. med. Paul Klemm.
d. Z. Secretär.

Sitzung am 20. December 1895.

1) Dr. Paul Klemm demonstrirt ein durch Exarticul. fem. gewonnenes Präparat des oberen Drittheils des Oberschenkels mit central gelegenem Sarkom.

2) Dr. Schabert demonstrirt eine von Dr. Fr. Berg durch Nephrectomie entfernte tuberculöse Niere.

3) Discussion über den Vortrag Dr. G. Engelmanns: Moderne Principien der Gonorrhoebehandlung.

Dr. Miram: Er betont die Nothwendigkeit der microscopischen Untersuchung. Er erinnert sich der Krankengeschichte eines Mannes, der vor 15 Jahren eine Gonorrhoe durchgemacht hatte. Er bekam darauf eine Balanitis, an die sich Gelenkschmerzen schlossen. Die Untersuchung auf Gonorrhoe

war negativ. Redner glaubt, dass die Balanitis zu einer Infection der Harnröhre geführt hatte, an die sich die rheumatischen Beschwerden schlossen.

Dr. H a c h hält den microscopischen Nachweis der Gonococcen nicht für genügend, er fordert zur Sicherung der Diagnose die Anlegung von Culturen.

Dr. K r a n n h a l s schliesst sich dem an; seit W e r t h e i m den ersten Schritt gethan, ist der Nachweis der Microben durch die Cultur nicht schwer. Man benutzt Menschenblutserum, Placentarblutserum, ferner Kibitzeier und sterilisirten Alb-hältigen Harn mit Agar vermischt. Nach dem 4-ten Jahre findet man bei Gonorrhöikern selten Coccen, doch ist das Culturverfahren selten herangezogen worden.

Dr. H. B e r g II. Es genügt nicht die Tripperfäden allein zu microscopiren, will man die Diagnose sicher stellen, so muss vor Allem der Expressionsharn untersucht werden, in dem sich die F ü r b r i n g e r ' s c h e n Häckchen finden, die genau microscopirt werden müssen.

Dr. H a c h richtet an die Collegen die Bitte bei Ertheilung des Eheconsensus an Gonorrhöiker möglichst vorsichtig zu sein. Er hält dafür, dass bei weitem der grösste Theil der Erkrankungen des weiblichen Genitaltractus in einer inveterirten Gonorrhöe des Ehemannes seinen Grund habe. Er hat zahlreiche Beispiele dafür in seiner Praxis.

Dr. P a u l K l e m m weist auf die Schwierigkeiten in der Behandlung Tripperkranker hin, die sich nur zu oft den Vorschlägen einer rationellen Therapie völlig unzugänglich zeigen, sodass den Arzt nicht immer die Schuld trifft, falls die Gonorrhöe den Ehemann in die Ehe begleitet.

Dr. H e l m s i n g. Von grösstem Interesse sind die Trippermetastasen. Dass solche vorkommen, dafür spricht der Nachweis der Microben im Kniegelenkseiter. Sehr wichtig wäre der Nachweis derselben im Blute, der bis jetzt noch nicht gelungen ist, nur einmal hat W e r t h e i m in den Capillaren eines Stückes Blasenschleimhaut Gonococcen gefunden. Auch bei Endocarditis sind local Coccen gefunden worden. H e l m s i n g ist gleich H a c h der Ansicht, dass der microscopische Nachweis allein nicht genüge, derselbe muss durch das Culturverfahren vervollständigt werden.

Dr. E n g e l m a n n schliesst sich dem Aufruf Dr. H a c h's an; in vielen Fällen ist eben doch die Untersuchung nicht

sorgfältig genug angestellt worden. Er hält für die meisten Fälle die mikroskopische allein für ausreichend. Man muss durch Injection stärkerer Lösungen die Harnröhrenschleimhaut in einen erhöhten Reizzustand versetzen und dann untersuchen.

Dr. Krannhals. Bei Einholung des Eheconsenses soll stets die von Engelmann erwähnte Methode der Reizung ausgeführt werden, da der Nachweis der Coccen im Harn, ebenso wie n Exsudaten sehr schwierig ist.

Dr. Miram wendet sich gegen Hach, indem er hervorhebt, dass eine zu grosse Verallgemeinerung der aetiologischen Bedeutung der Gonorrhoe für Frauenkrankheiten nicht richtig sei, es gebe auch andere Ursachen dafür.

Dr. Schabert: Wie stellt man die Untersuchung auf Gonococcen am besten an? Von den Methoden der Expresssion, der Reizung der Schleimhaut und des Centrifugiren's des Harnes, scheine ihm letztere die beste zu sein, besonders in Verbindung mit dem Culturverfahren. Hinsichtlich der Therapie der acuten Urethritis post. führt er an, dass in foudroyanten Fällen leichte Irrigationen gut vertragen werden und schmerzstillend wirken.

Redner demonstirte zum Schluss eine Collection von Instrumenten, die sich ihm bei Behandlung der Gonorrhoe zweckdienlich erwiesen haben.

Dr. Helmsing. Die mikroskopische Untersuchung führt leicht zu Täuschungen, da es eine Reihe von Diplococcenarten giebt, die sich tinctoriell gleich den Gonococcen verhalten.

Dr. Engelmann bestätigt, dass bei Gonorrhoe eine Reihe von Diplococcen vorkommen; Farbstoffen gegenüber verhalten sie sich aber verschieden. Die Gonococcen entfärben sich nach Gram, erstere dagegen bleiben tingirt.

Dr. Krannhals weist auf die Urethralblennorrhoe kleiner Mädchen hin. Ihm ist eine Mittheilung bekannt von der Erkrankung von 326 Mädchen im Alter von 4—16 Jahren. Die Ansteckung war durch die Badestube erfolgt.

Dr. Rulle hält seinen angekündigten Vortrag: «Bemerkungen über die Athmung». (Erscheint im Druck).

d. Z. Secretair. Dr. med. Paul Klemm

Sitzung am 3. Januar 1896.

1) Dr. v. Bergmann stellt 2 Kinder vor. Das eine hatte er wegen Wolfsrachen, das andere wegen Spaltung des weichen Gaumens operirt.

Beide kleine Patienten haben nachher von Herrn Sprachlehrer Vielrose Sprachunterricht gehabt. Vortrag. hat letzteren gebeten in der Sitzung beide Kinder zu demonstrieren. Herr Vielrose hatte dieser Aufforderung in liebenswürdiger Weise entsprochen und führte an den beiden Kindern seine Methode des Leseunterrichts sowie Sprach- nebst Athmungs-gymnastik vor.

Die Resultate waren in beiden Fällen vorzüglich.

Der Präses dankte Herrn Vielrose für die interessante Demonstration.

Dr. Voss; Die Operation des Wolfsrachens ist erst in den letzten 10 Jahren mehr in Aufnahme gekommen. bis dahin begnügte man sich mit einer Prothese. Ein sehr wesentlicher Punkt bleibt aber stets in jedem Falle ein sorgfältiger Sprachunterricht; dieser ist auch nach der gelungensten Operation unerlässlich. Letzterer empfiehlt sich auch bei Kindern die an Sprachgebrechen leiden, die aus anderer Quelle stammen, bei adenoiden Vegetationen im Nasenrachenraume oder Fehlern, die auf liederliches Sprechen zurückzuführen sind.

2) Dr. Rulle. Schluss seines Vortrages «Bemerkungen über die Athmung».

(Ist in dieser Zeitschrift im Druck erschienen).

3) Dr. Heerwagen verliest seinen angekündigten Vortrag «Ein Fall von Vergiftung durch Leuchtgas». In einem Hause, welches keine Gasbeleuchtung hatte, herrschte in einer Parterrewohnung ein eigenthümlicher Geruch. Die Bewohner derselben wiesen eigenthümliche, an Kohlenoxydvergiftung erinnernde Erscheinungen auf. Kopfschmerzen, Blässe, Schwindel — ja in einer Nacht war es zu schwerem Coma gekommen. Mehrere zu Rathe gezogene Aerzte kamen über die Ursachen der Erkrankung und den fremdartigen Geruch nicht in's Reine. Da angenommen wurde, dass die Krankheitsursache im Hause selbst oder in der Oertlichkeit zu suchen sei, wurde Redner hinzugebeten, dem der Geruch

durch Leuchtgas hervorgerufen zu sein schien. Er liess die Kranken zunächst aus ihrer Wohnung schaffen und das zunächst gelegene, etwa 3 Faden entfernte Gasrohr aufgraben: dasselbe war geborsten, der Boden war weithin mit Leuchtgas imprägnirt. Das Gas war somit 21 Fuss weit durch den Erdboden und das Fundament des Hauses gedungen und hatte auf diesem langen Wege nichts von seinem charakteristischen Geruch eingebüsst und seine Giftigkeit behalten. Nachdem das Rohr reparirt worden war, blieb die genannte Wohnung leer und wurde daher auch nicht geheizt. Jetzt trat der üble Geruch, wenn auch bedeutend schwächer in der benachbarten Parterrewohnung auf. Das Gasrohr war sicher intact. Starkes Heizen brachte den Geruch zum Verschwinden. Damit war der Beweis geliefert, dass die nächst gelegene warme Wohnung das im Boden aufgespeicherte Gas aspirirte.

Redner schliesst daran Mittheilungen über ähnliche Fälle in der einschlägigen Literatur und erörtert theoretisch die hier in Frage kommenden physikalischen und chemischen Verhältnisse.

4) Dr. Bernsdorff theilt die Vorgeschichte im eben von Dr. Heerwagen referirten Falle mit: Ende November vorigen Jahres wurde ich 7 Uhr Abends zu zwei Damen gerufen, die unter schweren Vergiftungserscheinungen in der vorigen Nacht erkrankt waren. Am Morgen dieses Tages war es den Miteinwohnern aufgefallen, dass die beiden alleinwohnenden Damen, gegen ihre sonstige Gepflogenheit die Fensterläden nicht geöffnet hatten. Da Klopfen und Rütteln an der Thür vergeblich war, so wurde Verdacht geschöpft und die Thür forcirt. Beide Damen lagen in ihren Betten in tiefster Benommenheit und reagirten weder auf Zurufen, noch auf anderweitige Manipulationen. Ein geholter Arzt erklärte die Symptome, als durch Kohlendunst bedingt und ordnete sofort Oeffnen der Fenster an, neben rationellen Wiederbelebungsmittein, reizende Klystiere, Senfteige, Ammoniak etc. Da der Zustand der Kranken sich zunächst nicht besserte, so wurde im Laufe des Tages ein zweiter Arzt hinzugebeten, der sich gleichfalls für den Verdacht auf Kohlendunst aussprach.

Bei meinem Eintreffen war die eine Kranke kurz vorher erwacht. Sie vermochte wegen Benommenheit nur schwer

die an sie gestellten Fragen zu beantworten, konnte sich auf Nichts besinnen und klagte über Kopfschmerzen, grosse Schwäche und Schwindel. Die zweite Kranke lag noch immer comatös da; Cornealreflex vorhanden, Puls klein, verlangsamt, Athmung tief, langsam, Pupillen sehr eng. Erbrechen war bei beiden Kranken nicht beobachtet. Eine Vergiftung durch Speisen etc. schien demnach ausgeschlossen. Da mehrere Stunden hindurch die Fenster geöffnet waren (Aussentemp. ca. -12° R.) so schob ich das Unvermögen etwas vom Kohlendunst zu verspüren zunächst hierauf; die Miteinwohner des Hauses geben zudem an, auch am Morgen dieses Tages nichts von dem so charakteristischen Kohlendunst verspürt zu haben.

Nach fortgesetzten Belebungsversuchen kam auch die zweite Kranke zu sich. Am nächsten Tage waren die in ihren Betten mit Pelzen zugedeckten Kranken noch recht matt, hatten heftige Kopfschmerzen schienen aber aller Lebensgefahr ent-rückt.

Erst am 3. Tage wurde wieder geheizt, am Abend desselben Tages musste die, die Kranken pflegende Schwester, wegen heftiger Kopfschmerzen ihren Dienst aufgeben. Da die beiden Patientinnen sich gar nicht erholen wollten und die Luft des Zimmers entschieden schädliche, von den Geruchsorganen zu constatirende Gase aufwies, so drang ich auf Räumung des Zimmers, ohne jedoch damit viel zu erreichen. Kohlendunst war sicher nicht vorhanden, ich möchte den Geruch am ehesten als einen süsslich-fauligen bezeichnen, Nach einer Woche waren die beiden Damen wieder eines Nachts unter schweren Symptomen erkrankt, konnten jedoch noch rechtzeitig von den nebenan wohnenden Leuten, die durch Klopfen an die Wand geweckt worden waren, aus dem Zimmer geschafft werden. Da ich zu keiner Diagnose kam, bat ich Dr. Heerwagen sich den Fall anzusehen, dank dessen Bemühungen das Krankheitsbild richtig gedeutet werden konnte.

d. Z. Secretär Dr. med. Paul Klemm.

Sitzung am 17. Januar 1896.

1) Dr. Holst legt der Versammlung ein Röntgen'sches Photogramm vor.

2) Dr. Simson demonstrirt die wohlerhaltenen Weichtheilkalotte eines Zeigefingers, die von der Spitze bis zur Basis des Gliedes reichend, alle Schichten des Gewebes nebst Beuge- und Strecksehnen enthält. Dieselbe stammte von einem Arbeiter, der sich durch die torquirende Gewalt einer Maschine diese Verletzung zugezogen hatte.

3) Dr. Berg II zeigte einen exstirpirten periurethralen Gang vor.

4) Dr. P. Hampeln hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber den Auswurf beim Lungencarcinom. (Erscheint im Druck).

Dr. Miram: Wie ist die differentielle Diagnose zwischen Lungentumoren und solchen des Mediastinums zu stellen?

Dr. Hampeln: Meiner Erfahrung nach treten Lungenblutungen in der Regel nach directer Läsion der Lungensubstanz auf und werden nicht durch Compression des Lungengewebes durch extrapulmonale Geschwülste bedingt.

Dr. Tiling gegenüber hält er daran fest, dass die Diagnose des Lungencarcinoms nicht zu den besonders schwierigen Aufgaben gehöre, sie sei jedenfalls nicht schwerer als die Diagnose der Lungentuberculose, der Krebse innerer Organe oder des Ulcus ventriculi. Man verlasse sich nicht zu sehr auf die Seltenheit der Erkrankung!

Im Dresdener Krankenhause ist in 2% der Sectionsfälle Krebs der Lunge als Todesursache nachgewiesen worden. Im Rigaer Krankenhause sind allein im Jahre 1895 5 Fälle zur Obduction gelangt.

Dr. Miram: Fanden sich oft metastatische Tumoren?

Dr. Hampeln: In allen seinen Fällen hat er dieselben vermisst.

Dr. Otto Klemm bemerkt, ihm sei die Angabe von der häufigen Verkleinerung der erkrankten Lungen Seite aufgefallen, da doch Thoraxectasie bei Lungencarcinom angegeben wird.

Dr. Hampeln: Allerdings findet sich häufiger die Angabe von Thoraxectasie bei Lungenkrebs, doch liege das in der unberechtigten Verallgemeinerung einer an sich sehr richtigen Einzelbeobachtung. Er hat häufiger Retraction, als Ectasie bei Lungencarcinom gesehen; bei Sarcom hingegen nur Ectasie des Thorax. Uebrigens sei die Retraction von

Alex. Fränkel und Gerhardt anerkannt und berücksichtigt worden. Als ihre Ursache habe in einem Theil der Fälle die secundäre zur Schrumpfung führende Pneumonie, in einem anderen die auf Bronchostenose beruhende Atelectase zu gelten.

Auf die Anfrage Dr. Otto Klemms über die Beschaffenheit des Pleuraexsudats erwidert Dr. Hampeln, dass dasselbe sowohl serös, als auch hämorrhagisch, überhaupt aber stets sehr klein gewesen sei.

d. Z. Secretär Dr. Paul Klemm.

Sitzung am 7. Februar 1896.

Dr. P. Hampeln: Vorstellung eines Falles von Oesophago-Bronchialfistel.

Nach einleitenden Bemerkungen über Oesophagusstenosen und Perforationen des Oesophagus, mit einem seltenen, von ihm hier zum ersten Male beobachteten Ausgange in eine permanente Oesophagus-Bronchialfistel geht Votr. zur Beschreibung des Falles über:

Pat. 45 a. n. ohne syphilitische oder tuberculöse Antecedentien, Raucher und Trinker, erkrankte 20 Tage vor seiner Aufnahme im Nov. a. c. an Schluckbeschwerden; die Speisen blieben angeblich eine Weile stecken, um dann weiter zu gehen. Einige Tage später begann ein bis zur Aufnahme erhaltenes Regurgitiren des Genossenen unter gleichzeitigem Husten. Schwäche und Abmagerung in dieser Zeit.

Die Untersuchung ergab als einzige pathologische Veränderung, ein, übrigens auch mit grosser Olive zu überwindendes Hinderniss, 29 Cntm. von den Schneidezähnen entfernt, also ca. 6 Cntm. unterhalb der Bifurcationsstelle der Trachea. Beim Trinkversuch wurde die Flüssigkeit nach wenigen Secunden unter Husten regurgitirt, doch blieb es noch zweifelhaft, ob nicht der Husten nur eine reine Begleiterscheinung des Würgactes sei. Als aber auch genossene Milch unter Husten regurgitirte, trotzdem die Schlundsonde tief bis zur Cardia eingeführt war, konnte an der Anwesenheit einer Communication zwischen Oesophagus und den Luftkanälen, in diesem Fall eines Bronchus nicht mehr gezweifelt werden.

Votr. wies darauf hin, wie Gerhardt und den Arbeiten seiner Schüler (Emminghaus, Martius) wesentliche Aufklärung über dieses Gebiet, die Luftdruckverhältnisse im Oesophagus und die daraus resultirenden, sinnreich erdachten Untersuchungsmethoden, zu verdanken sei.

1887 gelang es Martius durch graphische Darstellung die Luftdruckschwankungen im Oesophagus zu demonstrieren.

1890 gab Gerhardt ein neues, einfacheres und völlig eindeutiges Verfahren an, das auch in diesem Falle zur Anwendung gelangte und vom Votr. am Kranken demonstriert wurde.

Es wird der Schlauch in den Oesophagus bis nahe an die Fistelstelle geführt, das freie Ende liegt unter Wasser, hierauf wurde der Pat. zu Pressbewegungen aufgefordert. Bei normalen Verhältnissen entweichen höchstens einige Blasen atmosphärischer Luft aus der Sonde, auch wohl gar nichts; im Falle einer bestehenden Fistel strömt die Lungenluft durch diese in die Schlundsonde und macht sich durch lebhaftes Sprudeln im Wasser bemerkbar. Ihr starker CO_2 -Gehalt wurde durch rasche Trübung des benutzten Kalkwassers demonstriert.

Die Frage nach der Natur des Leidens, das zu einer Fistel geführt hatte, glaubte Votr. dahin beantworten zu müssen, dass es sich in diesem Falle wahrscheinlich um eine sogenannte secundäre Perforation des Oesophagus, ausgehend von einem vielleicht tuberculösen Abscess einer Bronchialdrüse handele, der dann andererseits in den Bronchus durchgebrochen wäre und so zur Communication geführt hätte. Tuberkelbacillen sind allerdings nicht nachgewiesen worden; der Lungenbefund, der bisherige Verlauf, der Sitz der Stenose in der Gegend der bronchialen Drüsen sprechen für die angegebene Aetiologie, während die Abwesenheit jeglichen Schmerzes, jeglicher Blutspur beim Sondiren, jeglichen Geschwulstpartikelchens trotz täglichen Sondirens, die primäre Entwicklung der Fistel ohne vorausgegangene Stenosenerscheinungen gegen Carcinom spricht; so sei denn in diesem Falle eine Genesung nicht ausgeschlossen. Pat. ist bisher im Krankenhause mit der Schlundsonde ernährt worden. Eine weitere Abnahme des Körpergewichts hat nicht stattgefunden.

2) Lumbalpunktion an einem Knaben von 7 Jahren mit tuberculöser Pleuritis. Es bestanden Convulsionen und

Bewusstseinsverlust. Punction von 90 Cc. einer wasserklaren Flüssigkeit, die sich im Strahl entleerte. Vortr. schliesst keine Bemerkungen an diesen Fall, er will nur zu Arbeiten resp. Mittheilungen über diese Frage anregen.

Dr. Paul Klemm: Wir müssen bei der Lumbalpunktion in Betreff der Wirksamkeit derselben zwei Punkte aus einander halten. Wir machen dieselbe 1) Zur Sicherstellung der Diagnose. Ein Vergleich der einschlägigen Fälle lehrt uns, dass in einer grossen Zahl derselben die Diagnose durch den Nachweis des Bacillenbefundes in der durch Punction entleerten Flüssigkeit ermöglicht wurde.

2) stellt die Punction einen nicht unwichtigen Factor in der Behandlung jener Zustände dar, die mit starker Vermehrung des Liquor cerebrospinalis einhergehen. Hier sind die Fälle von chronischer Meningitis tuberculosa ins Auge zu fassen. Es ist ja bekannt, dass im Verlaufe dieser Erkrankung häufig die Erscheinungen der Compressio cerebri einsetzen, abhängig von plötzlich auftretender vermehrter Druckspannung des Liquor. Hier drohen dem Leben des Kranken Gefahren die zunächst nicht direct von der Tuberculose des Gehirns abhängen, sondern auf die Druckwirkung der gespannten Flüssigkeitsmenge zu schieben sind. Die Punction kann hier ein direct lebensrettender Eingriff sein, zumal ja die Grundkrankheit der Anheilungsfähig ist.

Dr. Otto Klemm: schlägt folgenden Modus der Punction vor: Bei mehrfachen Punctionen hat sich bei ihm die Ueberzeugung gebildet, dass der jedesmalige Effect derselben ein zu geringer wäre; der Liquor ersetzt sich nur zu bald und damit treten auch wieder die Drucksymptome in Scene. Er will eine Canüle dauernd im Rückenmarkskanal liegen lassen, um durch dauernden Abfluss des Liquor eine ausgiebigere Druckentlastung des Hirns herbeizuführen.

Dr. v. Bergmann: Warnt vor diesem Vorschlag, weil doch die Gefahren der Infection zu gross seien.

Dr. Otto Klemm: glaubt, dass es technisch möglich sein müsse einen aseptischen Verlauf herzustellen.

Dr. Miram: spricht sich in demselben Sinne aus und weist auf die Erfolge der Laparotomie bei tuberculöser Peritonitis hin.

Dr. v. Bergmann: die Peritonitis tuberculosa verläuft meist mit Verwachsungen und Schwartenbildung, während wir es hier mit einer freien Höhle zu thun haben.

Dr. v. Krüdner: hat zweimal die Lumbalpunction gemacht, wegen Stauungspapille, das eine Mal ohne Erfolg, das zweite Mal mit geringer Besserung.

Dr. Mandelstamm: weist darauf hin, dass in solchen Fällen ein Einschneiden der Sehnervenscheide empfohlen worden ist.

3) Dr. v. Bergmann verliest seinen Vortrag: Chirurgische Mittheilungen aus dem Jahresbericht der chirurg. Abthlg. des Stadtkrankenhauses. (Erscheint im Druck im Jahresbericht des Stadt-Krankenhauses).

Dr. Miram fragt ob v. Bergmann bei complicirten Fracturen eine Desinfection anwendet?

Dr. v. Bergmann: Nach den Untersuchungen Schimmelbusch's und den Erfahrungen einer Reihe hervorragender Kliniker ist eine Sterilisirung einer inficirten Wunde durch chemische. mikrobicide Flüssigkeiten nicht möglich, somit muss die sogenannte primäre Desinfection der Wunden fallen. Handelt es sich um complicirte Fracturen, mit kleiner Weichtheilwunde, etwa nur um Durchstich so haben wir stets mit primärer Occlusion, ohne Erweiterung der Wunde und ohne Tamponade behandelt und sind dabei meist zum Ziel gekommen; anders wenn der Knochen gesplittert ist und die Weichtheile in grösserer Ausdehnung gequetscht und blutig suffundirt sind. Nach meinen bisherigen Erfahrungen wird sich hier doch eine primäre Resection der Knochenenden und die aseptische Tamponade empfehlen, da durch diese beide Factoren die eminente Gefahr, die durch Verjauchung der Blutextravasate droht, am sichersten umgangen werden kann, wobei freilich auch die Verkürzung der Extremität und die längere Heilungsdauer mit in den Kauf genommen werden muss.

d. Z. Secretär Dr. med. Paul Klemm.

Sitzung am 21. Februar 1896.

1) Dr. Hampeln bemerkt nachträglich zu seinem, auf der vorigen Sitzung vorgestellten Falle von Tracheo-Oesophagusfistel, dass nicht allein Luft durch die eingeführte Schlundsonde entströme, auch wenn Pat. beim Rauchen Rauch einsauge, dringt dieser durch die Sonde hervor; hierdurch wird die Diagnose noch sicherer gemacht.

2) Dr. v. Götschel reicht eine nach Röntgen photographirte Hand mit einer darin steckenden Nadel herum.

3) Dr. O. Klemm führt nachträglich an, dass er vor kurzem abermals eine Lumbalpunktion gemacht habe. 2 Stunden später traten Krämpfe auf und 10 Stunden später erfolgte der Tod.

4) Dr. A. Huff hält seinen angekündigten Vortrag: «Ein Fall von Lungenactinomycose.» (Erscheint im Druck.)

Dr. Hampeln: Es mehren sich in letzter Zeit in Deutschland die Fälle von Lungenactinomycose, so dass man mit dieser Diagnose rechnen muss und sich nicht mehr auf die Seltenheit der Strahlenpilzerkrankung dieses Organes verlassen darf. Verwechslungen mit Tuberculose sind gewiss nicht so selten. Die grösste Schwierigkeit in diagnostischer Hinsicht bietet das sog. II. Stadium der Lungenactinomycose. Der vom Vortrag. erwähnte Kranke in Davos bot die Symptome einer subchronischen Lungentuberculose, erst später gelang der positive Nachweis des Strahlenpilzes. Findet sich dieser, so ist die Diagnose sicher, ist dieses aber nicht der Fall, so ist der negative Befund an Tuberkelbacillen von Wichtigkeit.

Dr. v. Bergmann fragt an, ob Fälle bekannt sind, wo eine nachgewiesene Lungenactinomycose ohne operativen Eingriff ausheilte.

Dr. Hampeln: Der schon erwähnte Kranke in Davos genas, ohne dass die Krankheit in das Stadium III trat; die Diagnose war von Boström in Giessen bekräftigt worden, nach dessen Ansicht handelte es sich freilich um Bronchitis actinomycotica.

Dr. A. Huff kennt einen zweiten in Italien beobachteten Fall, der in Heilung endete; im Sputum hatten sich Drusen ge-

funden. Chiari beschreibt einen Fall von Darmactinomycose der genas, ohne dass operativ eingegriffen wurde.

5) Dr. A. Behr hält seinen angekündigten Vortrag: «Ein Fall von Hysterie nach Vergiftung mit Leuchtgas.»

Redner bespricht die hysterischen Erscheinungen, wie dieselben im Anschlusse an Unfälle beobachtet werden und betont dass in allen derartigen Fällen das Trauma die Rolle des agent provocateur (Charcot) spiele, während die Hysterie in der Anlage des Menschen begründet sei. Eine «Traumatische Neurose» will Vortrag. nicht anerkennen, der Streit um diese sei doch thatsächlich nur ein solcher um die Hysterie. Im vorliegenden Falle handelte es sich um einen Gasmeister, der nach Einathmung von Leuchtgas den classischen Symptomencomplex der Hysterie darbot. Da der Kranke eine Entschädigungsklage gegen das Gaswerk angestrengt hatte, wurde die Frage aufgeworfen, ob Leuchtgasvergiftung als solche Hysterie erzeugen könne oder nicht? Vortrag. leugnet einen derartigen Zusammenhang und spricht die Ansicht aus, dass der Kläger schon vor dem Unfall nervöse Symptome dargeboten und dass seine Anfälle mehr durch die Angst vor dem Unfall als durch den Unfall selbst hervorgerufen seien.

(Erscheint in extenso in der Wiener medic. Wochenschrift.)

Dr. V. v. Holst: Ich habe ums Wort gebeten nicht um den Collegen auf seinen höchst interessanten Vortrag anzugreifen, sondern um ihm nicht nur meine Anerkennung, sondern den Dank der ganzen Versammlung auszusprechen für den höchst interessanten Vortrag und die eingehende und klare Behandlung der, dieses Thema berührenden sehr schwierigen Fragen. Ich kann dabei nur meine vollkommene Uebereinstimmung mit den, von dem Vortrag. ausgesprochenen Anschauungen declariren. Besonders haben mich die in präciser Kürze vorgebrachten Anschauungen über das Wesen der Hysterie und der sogenannten traumatischen Neurose sehr befriedigt. In Bezug auf letztere möchte ich mich dahin aussprechen, dass der in den letzten Jahren soviel besprochene Streit zwischen Charcot und Oppenheim über die Berechtigung oder Nichtberechtigung der Trennung der traumat. Neurose von dem Krankheitsbegriff der Hysterie ein ziemlich irrelevanter zu sein scheint, denn das Krank-

heitsbild ist allgemein anerkannt und ob man es nun, wie Charcot will traumatische Hysterie oder nach Oppenheim als traumat. Neurose selbstständig hinstellt erscheint im Wesentlichen doch einerlei. Practisch aber hat es gewiss seine volle Berechtigung einen sich häufig wiederholenden und immer durch dieselbe Ursache hervorgerufenen Symptomencomplex von den vielfachen anderen Krankheitsbildern, auch durch eine bestimmte Bezeichnung abzutrennen.

Dr. Tiling theilt mit, dass der Kranke zunächst 10 Tage nach dem Unfall in der Anstalt Rothenberg beobachtet worden ist. Die Anamnese liess eine Gasvergiftung wahrscheinlich erscheinen, von vorausgegangenen Nervenerscheinungen war damals nicht die Rede. Die Symptome Benommenheit, Hinfälligkeit, Beängstigungen, hypochondrische Befürchtungen konnten diese Annahme wohl stützen. Später blieb lückenhaftes Gedächtniss, weinerliche Stimmung und Misstrauen gegen einen Mitangestellten während der kurzen Beobachtungszeit bestehen. In Folge dessen bescheinigte Redner auf Anfrage eines Advocaten, dass das Leiden wahrscheinlich in Folge von Gasvergiftung entstanden sei. Nachdem nun aber Redner Genaueres über das Vorleben des Patienten durch den Collegen Behr erfahren habe und auch über die näheren Umstände bei der Catastrophe orientirt sei, müsse er die Annahme einer Vergiftung fallen lassen und betrachtet nun auch das Leiden oder seine Exacerbation als traumatischen Ursprungs. Mit dem Collegen Behr kann er sich aber darin nicht einverstanden erklären, dass zwischen dem Vorfall und der späteren Arbeitsunfähigkeit kein causaler Zusammenhang bestehen sollte. Auch in Betracht der geäußerten Ansichten über das Wesen der traumat. Neurose kann Redner dem Collegen Behr nicht beistimmen. Es giebt leichtere und schwerere Fälle von traumat. Neurose, die letzteren kann Redner nicht mit Charcot, Schultze und And. als zur Hysterie gehörig betrachten. Sowohl eigene vielfache Erfahrung, als auch die von Oppenheim und And. haben ihn belehrt, dass das nach Trauma auftretende Leiden auf organischen Veränderungen des Gehirns beruhe; ausser leichteren Symptomen wie Schwindel, Gesichtsfeldeinschränkung Gedächtnisschwäche, Wechsel von Apathie und Jähzorn, treten auch wirkliche epileptische Anfälle, Diabetes (E p s t e i n u. A n d.)

etc. hinzu. Im Ganzen ist bei diesen Fällen die Tendenz zur Verblödung unverkennbar.

Dr. Schönfeldt: Im Grossen Ganzen schliesst er sich Tiling an, es giebt eine Reihe hysterischer Symptome, die nach Trauma auftreten, man darf aber nicht alle functionell nervösen posttraumatischen Störungen als hysterisch bezeichnen. Man muss das Krankheitsbild der traumatischen Neurose von dem der Hysterie abtrennen. Wenn Behr angegeben hat, dass Pat. nur subjective Symptome aufgewiesen hat, so muss S. dem widersprechen, denn die Pupillendifferenz, die anfangs bestand, dann aber rückgängig wurde, kann doch nicht als subjectives Symptom aufgefasst werden. Ferner weist S. auf die schweren Angstzustände hin, die den Pat. heimsuchen. Die Angst gehört nicht in das Bild der Hysterie, sie ist ein exquisit neurasthenisches Symptom. Behr behauptete ferner, der Kranke hätte deswegen seine Arbeitsfähigkeit eingebüsst, weil sich in ihm die Vorstellung befestigt hatte, er könne in der Gasanstalt nicht mehr arbeiten. Auf Zureden S. hat der Kranke auf 6–8 Wochen bei einem Schlosser Arbeit gefunden, damals war von dem Process noch keine Rede. Er arbeitete um kärglichen Lohn (40 Cop. wöchentlich) 8–10 Stunden täglich mühselig. Nach 8–10 Wochen war er so erschöpft, dass er die Arbeit aufgeben musste. Der Versuch an anderen Orten zu arbeiten scheiterte kläglich, da ihn Niemand behielt, wegen seiner Anfälle, die ihn oft mitten in der Arbeit ereilten, so dass er hinausgetragen werden musste.

Die Pupillendifferenz, die Angstzustände, das Vorwalten der Psychose gehören nicht zum Bilde der Hysterie. Wenn ja auch zuzugeben ist, dass der Kranke an mannigfachen hysterischen Symptomen litt, so hält S. es doch unstatthaft die ganze Erkrankung als Hysterie zu bezeichnen. Eine gewisse Stupidität wurde auch schon in Rothenberg an dem Kranken beobachtet. Es erscheint müssig sich darauf zu capriciren, dass ihn nicht der Unfall selbst, sondern die Angst vor diesem krank gemacht habe, dass der Unfall zu seiner augenblicklichen Erkrankung im Causalitätsverhältniss stehe ist doch nicht zu leugnen. Allerdings handelt es sich um ein Individuum mit ausgesprochener neuropathischer Diathese, das bis zur allerletzten Zeit auf einem verantwortungsvollen Posten gestanden hat. Warum übertrug man

ihm diesen, da sein Zustand ja bekannt war? Es fragt sich nun, war der Mann bis dahin arbeitsfähig und datirt seine jetzige Arbeitsunfähigkeit von dem Unfall? College Behr hat seine Angaben von Technikern und Fachleuten, die ruhig und objectiv urtheilen, weil sie eben gesund sind und der Unfall bei ihnen eine andere Rolle spielt, als in der kranken Psyche des Patienten.

d. Z. Secretär Dr. med. Paul Klemm.

Sitzung am 6. März 1896.

1) Dr. v. Bergmann: Demonstrationen

a) Ein durch Incision der Gallenblase gewonnener Gallenstein.

b) Eine Collection Gallensteine, aus der Gallenblase stammend. Beide Mal hatte Redner nach der Methode von Kehr in Halberstadt mit günstigem Erfolg operirt.

c) Ein, aus einem Abscesse der Fossa iliaca sin., stammendes Packet von Spulwürmern. Eine Communication zwischen dem Abscess und dem Darm bestand nicht.

d) Eine durch Lumbalschnitt exstirpirte sarcomatöse Niere.

2) Dr. A. Berkholz hält seinen angekündigten Vortrag: «Ein Fall von Campher vergiftung». (Erscheint im Druck).

Dr. Hampel: In der Regel wird 1 Degr. pro dosi gegeben, jedoch hat Leube viel grössere Gaben bis zu 7,0 pro die gegeben.

Dr. Berkholz: Purkinje hat nach 0,7 subcutan bei sich selbst Reizerscheinungen constatirt; nach grösseren Gaben kam es zu erhöhter motorischer Reizbarkeit.

Dr. R. v. Engelhardt kennt einen Fall wo Leube einem Kranken mit Myocarditis und Lungenoedem innerhalb 24 Stunden 72 Spritzen Campher mit gutem Erfolge injicirte.

3) Fortsetzung der Discussion über den Vortrag des Dr. A. Behr.

Dr. V. v. Holst: Anknüpfend an die Discussion über den Vortrag des Dr. Behr von der vorigen Sitzung möchte ich in Bezug auf die Trennung der traumat. Neurose von der

Hysterie d. h. also den Streit zwischen Oppenheim und Charcot nochmals anführen, dass ich aus practischen Gründen entschieden den Oppenheim'schen Standpunkt einnehme, dass mir aber in theoretischer Hinsicht die Scheidung zwischen Hysterie und traumatischer Neurose von sehr geringer Bedeutung zu sein scheint. Die von Tiling in der vorigen Sitzung angeführten Bedenken, dass sich bei der traumatischen Neurose so schwere, ja unheilbare Krankheitsbilder, die mitunter reine Psychosen darstellen zeigten, vermag ich nicht anzuerkennen. Auch bei der Hysterie kommen schwere, ja unheilbare Krankheitsbilder vor, ja sie vermag das Bild der reinen Psychose anzunehmen. Das beide Krankheitsgruppen gemeinschaftliche, das sie wohl auch theoretisch zusammenfassen lässt ist meiner Meinung nach, die rein psychische Entstehung derselben. sie haben beide ihren Grund in einer Vorstellung. Um aber ein häufiges Missverständniss sowohl bei der Hysterie, als auch bei der traumatischen Neurose aufzuklären, dass dieses psychische Moment in seiner Allgemeinheit sich nur auf die Genese der Krankheit bezieht, nicht aber auf die Erscheinungsform derselben. Die Hysterie braucht aber nicht immer eine Psychose zu sein, wenn sie auch zu einer solchen werden kann, sie kann sich häufig unter dem Bilde einer rein somatischen Störung abspielen, wenn sie auch immer und unter allen Umständen eine psychische Entstehungsursache hat. Ich glaube, dass die verschiedene Erscheinungsform festgehalten werden muss und kann daher auch nicht mit Sokolowsky übereinstimmen, wenn er auf dem letzten Wenden'schen Aertztetage die Anschauung vertrat, dass das Bestreben die Hysterie von den Erscheinungen der psychischen Degeneration zu trennen (Charcot), verwirrend wirke. Ich möchte überhaupt in Bezug auf die Hysterie den Ausdruck Degeneration durch Disposition ersetzen; letzterer schliesst die Heilbarkeit nicht aus, ersterer wohl und die Hysterie ist doch keineswegs in jedem Falle als unheilbar anzusehen. Ich möchte im Allgemeinen gegen die sonst sehr interessanten Auslassungen des Collegen Sokolowsky über das Wesen der Hysterie in seinem erwähnten Vortrage den Einwand erheben, dass sie ausschliesslich jene Formen der Hysterie im Auge haben, die sich in Störungen des psychischen Lebens äussern, die unter dem Bilde einer körperlichen Erkrankung

auftretenden — und solche giebt es entschieden in grosser Zahl — ganz unberücksichtigt lassen. So sagt Sokolowsky z. B. dass wir für Hysterische diejenigen Entarteten halten, die den Rettungsanker für ihre Minderwerthigkeit im Kranksein finden. Es giebt in der That viele Fälle, auf welche dieser Ausspruch passt — in vielen Fällen aber, die doch entschieden auch zur Hysterie gehören, passt er nicht. Wenn z. B. eine ungebildete Person durch einen Schreck aphonisch wird oder Krämpfe bekommt, so passt jene Definition doch wohl nicht. Ebenso möchte ich auch gegen den von Behr citirten Satz aus dem Vortrage von Sokolowsky protestiren «der Simulant wolle krank scheinen, der Hysterische krank sein». Das könnte so verstanden werden, als ob das Kranksein beim Hysterischen von seinem Willen abhängt. Dann wäre er erst recht ein Simulant. Man dürfte hier, um die grosse Gefahr, Hysterische für Simulanten zu halten, zu vermeiden nur von einem unbewussten Willen oder besser von einer Zwangsvorstellung reden. Andererseits aber kann auch grade wieder bei Hysterischen unter Umständen das Bestreben krank zu erscheinen eine Rolle spielen und zwar in denjenigen Fällen, wo die Hysterischen von ihrer Umgebung nicht anerkannt werden und wo sie daher zu Beweisen ihres Krankseins sich gedrängt fühlen.

Dr. Ed. Schwarz I wendet sich gegen die vom Collegen Behr am Schlusse seiner Betrachtungen befürworteten Ausführungen des Collegen Sokolowsky: Ersterer meinte, Sokolowsky habe den Nagel auf den Kopf getroffen, wenn er sagte: «Der Hysterische wolle krank sein, der Simulant krank scheinen».

Seit mehr denn 2000 Jahren streben die Aerzte nach einer richtigen Definition des Begriffes Hysterie und jetzt, wo vielleicht die Zeit gekommen ist, die uns der Lösung dieser schwierigen Frage näher bringt, sei es besonders angezeigt unrichtige Vorstellungen über Hysterie zu bekämpfen, da sie vom richtigen Wege wieder entfernten.

Wolle man sich über den Ausspruch, der Hysterische wolle krank sein, verständigen, so müsse man sich erst über die Grundanschauungen einigen, ohne die jede Erörterung über psychologische Dinge fruchtlos ist. Ein schwieriges Problem ist das des Willen's.

Unter den, bei den niedrigsten Lebewesen zu beobachtenden wunderbaren Lebenserscheinungen könne man Handlungen beobachten, die man mit Recht als den Ausdruck eines Willensactes ansehen könnte. Freilich erhebt sich diese niedrigste Form des Willensactes nicht über die Höhe eines Reflexes. Man sieht jedoch hier die Grundelemente für den Willensact in grösserer Einfachheit und deshalb grösserer Deutlichkeit und Klarheit vor sich, als bei den complicirten menschlichen Willensacten: als Vorbedingung für den Willensact findet eine Wahl statt; erst nach stattgehabter Wahl wird die gewählte Nahrung assimiliert: betont wird die Wahl durch die Empfindung, durch Lustgefühle; etwas wählen oder wollen, was Unlust erregt, ist ein Unding.

Als Bewusstseinszustand aufgefasst, ist der Wille eine Bejahung oder Verneinung, er ist dem Urtheil ähnlich, dieses bringt eine Harmonie oder Dysharmonie zwischen Ideen zu Stande; der Willensact zwischen Tendenzen und Antrieben: das Urtheil ist keine Rast für den Geist, der Willensact ein Schritt zur Handlung: das Auftauchen oder Vorherrschen eines Beweggrundes kann den Willensact noch nicht erklären, Wirksamkeit erlangt eine auftauchende Tendenz erst wenn sie gewählt wird (Ribot).

Die willkürliche Handlung besteht aus zwei verschiedenen Elementen: sie ist

1) In ihrer voll entwickelten Form nicht die Umsetzung eines Bewusstseinszustandes, sondern besteht in einer Wahl unter allen bewussten und halb bewussten Zuständen, die im betreffenden Augenblick das Bewusstsein ausmachen. Die Betonung der Wahl liegt in der Empfindung, im Character des Menschen und kann mit Recht als individuelle Reaction definirt werden, welche das Tiefinnerlichste unseres Wesens ausmacht.

2) Setzt die willkürliche Handlung eine organische Kraft voraus, die nach stattgehabter Wahl, die Tendenz in Handlung umsetzt (Ribot). Die Handlung, die diese zwei Elemente nicht erkennen lässt ist nicht als willkürliche, sondern als triebmässige zu bezeichnen.

Dass die willkürliche Handlung aus diesen zwei Elementen besteht, lehrt die Pathologie. Diese zeigt den Willen geschwächt oder vernichtet. In den vielgestaltigen Bildern, die

die Neurasthenie aufweist, sind Zustände beschrieben und beobachtet worden, die das zweite Element als fehlend erkennen lassen. Die Patienten sind bei klarem Bewusstsein, beurtheilen ihre Lage richtig, erkennen richtig, was sie zu thun und zu lassen haben, doch bleibt der richtig gefasste Entschluss unausgeführt, die Tendenz wird gewählt, doch sie ist zu schwach, um zur Handlung zu führen; der Antrieb ist ein zu schwacher, die organische Kraft fehlt. Weiter zeigt die Pathologie Krankheitsbilder bei denen der Antrieb ein zu starker ist; dieses wird in Zuständen beobachtet, die mit Zwangsvorstellungen verknüpft sind; der Wille bäumt sich gegen die auftretende Vorstellung auf, wird anfangs ihrer Herr; wird der Antrieb, die Zwangsvorstellung zu stark, so unterliegt der Wille. Die gerichtliche Medicin weiss von vielen solchen Fällen zu berichten.

Zwischen diesen beiden Zuständen sind jene Fälle von Neurasthenie zu rubriciren, die mit Angstzuständen einhergehen; hier ist der Wille durch die Angst gelähmt.

Eine gänzliche Vernichtung des Willens ist im Somnambulismus zu beobachten, sowohl im spontanen, als auch im künstlichen; es kommt weder zur Wahl noch zur Handlung.

Bei der Hysterie endlich kommt ein Willen meist gar nicht zu Stande, oder er ist unbeständig und schwankend, «das Allerbeständigste bei der Hysterie ist die Unbeständigkeit». (Sydenham). «Die Hysterischen können nicht wollen, sie verstehen nicht zu wollen, sie wollen nicht wollen» (Huchard). Wollen heisst wählen, um zu handeln; es gehören somit wenigstens zwei Tendenzen dazu, die gleichzeitig im Bewusstsein vorhanden sein müssen und von denen eine gewählt werden muss, um einen Willensact zu Stande zu bringen, das Bewusstseinsfeld des Hysterischen ist jedoch nach Pierre fast in allen seinen Qualitäten eingeengt (im Gegensatz zur Neurasthenie, bei der es normal gross, jedoch sozusagen abgeblasst ist) und hat in demselben nur eine Vorstellung zu gleicher Zeit Raum: das Gebahren des Hysterischen hat daher etwas triebartiges an sich.

Die Hysterischen entstammen einem Menschenmateriale, das man, als unter der Herrschaft der Launen stehend, bezeichnen darf, eine in der Constitution begründete Eigenthümlichkeit, bei der die Existenzbedingungen für Willensacte fast stets fehlten (Ribot).

Wo Launen herrschen ist von einem Willen kaum die Rede. Trifft ein solches Individuum ein Shok, eine Gemüthsbewegung, ein Unfall, so wird es krank — Sensationen verschiedenster Art, die dem Shok folgen, bringen es zur Vorstellung des Krankseins.

Bei anderen Hysterischen sind die Sensationen spontane Erscheinungen und wirken ebenso. Die Willensohnmacht der Hysterischen zeigt sich auch in dem Nicht-Halten-Machen können; wenn sie einmal begonnen haben, so können sie sich auch einer Vorstellung, einer Tendenz nicht mehr entledigen, obgleich sie dieselbe für falsch erkannt haben.

Es handelt sich bei den Hysterischen um Individuen, die sowohl vor ihrer Erkrankung, als auch während ihres Krankseins als willensschwach, resp. willenlos zu bezeichnen sind.

Aus dem psychologischen Vorgänge, den Sokolowsky schilderte geht aber ein Wollen hervor; wer jedoch bei subjectiv empfundener Unzulänglichkeit das Kranksein wählt, um sich vor dem drohenden Fiasco, dem psychischen Bankrott zu schützen, sein Nichterscheinen auf dem Plane zu entschuldigen, der ist ein Betrüger; er betont seine Wahl mit Unlustempfindungen, was ein Unding ist, denn subjectiv empfundene Unzulänglichkeit involvirt noch nicht die Abwesenheit der Euphorie.

Jedoch bei bestehender Unzulänglichkeit bestehen meist mannigfache Sensationen, die dem Individuum die Vorstellung des Krankseins geben, von dem es nicht mehr loskommen kann weil es krank ist und nicht wollen kann. Somit darf man nicht den Ausdruck brauchen, der Hysterische will krank sein, im Gegentheil er hat den lebhaften Wunsch gesund zu werden und seine Sensationen los zu werden, er «will» gesund sein und werden. Der von Sokolowsky geschilderte psychologische Vorgang geht bei Bewusstsein vor sich, dem Kranken fehlt somit die Einsicht in seine Unzulänglichkeit nicht, eine bei solchen Individuen nicht sehr oft anzutreffende Eigenschaft.

Dr. Sokolowsky: Dr. Holst hat ganz richtig hervorgehoben, dass ich in meinem Vortrage über «Hysterie und hysterisches Irresein», zwischen dem auf psychischem Gebiete Erkrankten und dem, nur somatische Symptome aufweisenden Hysterischen keinen Unterschied mache. Ich habe in der That

dem Umstande Ausdruck zu verleihen gesucht, dass alle Hysterischen etwas Gemeinsames haben, was als durchaus wesentlich in's Gewicht fällt. Dieses Gemeinschaftliche scheint mir darin zu liegen, dass das Kranksein als Aequivalent für das psychische Gleichgewicht auftritt bei bestehender angeborener Insufficienz, die vom Individuum empfunden wird.

Ein gewisses selbstthätiges Moment im Krankheitsbilde des Hysterischen hat mich diesen mit dem Simulanten vergleichen lassen: Während das simulirte Kranksein das Mittel zur Erreichung eines practischen Zweckes darstellt, muss das hysterische Kranksein als der Weg aufgefasst werden, auf dem eine a priori insufficiante Psyche sich bei gegebenem Dilemma Luft schafft. Freilich habe ich mir gestattet mich folgendermaassen auszudrücken: Der Simulant will krank s c h e i n e n, der Hysterische krank s e i n. Ich bin selbstverständlich weit davon entfernt hier den Willen als Eigenschaft, als ethische Grösse im Sinne zu haben, wie er sich aus Lust und Unlust aufbaut und wie ihn oben Dr. E. S c h w a r z ausführlich zu erklären bemüht war. Ich bezog mich bei dem erwähnten Ausspruch auf das Wollen, als auf einen bekannten associativen Process, zusammengesetzt aus dem Impuls + der Vorstellung, dass und wie das gegebene Ziel erlangt werden kann. Die Correctheit dieses Processes hängt lediglich ab von der Klarheit und Unverfälschtheit der Erinnerungsbilder und von der Präcision, mit welcher diese citirt werden.

Gewiss lässt sich eine ganze Reihe hysterischer Symptome als auf Vorstellung beruhend, auffassen, allein das hysterische Kranksein und Krankwerden durch Vorstellungen erklären zu wollen, befriedigt nicht: Warum diese Lebhaftigkeit der Vorstellungen vorwiegend auf dem einen Gebiete, nämlich dem des körperlichen, resp. psychischen Wohlbefindens? Warum ist den Kranken ihre Krankheit das Object der Hingabe ihrer ganzen Persönlichkeit, der Tummelplatz ihrer Phantasien, das Ziel ihrer Aufmerksamkeit? Warum wird die Krankheit dem Kranken auf längere oder kürzere Zeit zum Lebenszweck?

Solche Erwägungen legen den Gedanken nahe, dass es nur auf die disponirende Basis, auf die zuvor bestehende Gebrechlichkeit ankommt, nicht aber auf den Character der Symptome, die im Rahmen der Krankheitsbilder in Erscheinung treten.

Vielleicht sind Erfahrungen auf forensischem Gebiete mehr geeignet die Symptome der Hysterischen ihres Werthes zu entkleiden. Es kommt häufig vor, das Hysterische bei Gelegenheit einer gerichtlichen Begutachtung Symptome psychischer Störung aufweisen, die der Laie erklärlicher Weise als Simulation auffasst. Die genaue Untersuchung des Exploranden ergibt nun aber, dass es sich um psychisch defekte Individuen handele, bei welchen sich nach stattgehabtem Affecte die ungeordneten Bewegungen ihres Seelenleben's auf diese Weise äussern.

Sehr interessant in dieser Hinsicht sind die nachweislich hysterischen, jungen Leute, die alljährlich zur Zeit der Einberufung psychisch oder physisch erkranken, von welchen mir noch im vergangenen Herbst ein Exemplar von Dr. Gerich vorgestellt wurde; das hysterische Irresein verlief in diesem Falle mit ganz besonderer Lebhaftigkeit des subjectiven Empfindens, wozu der Umstand nicht wenig beigetragen haben mag, dass Pat eine Zeit lang Wärter in der Irrenanstalt Rothenburg gewesen war.

Abgesehen von allen theoretischen Erwägungen sieht man sich vom praktischen Standpunkt durchaus genöthigt ein solches Individuum als krank aufzufassen und von der Wehrpflicht zu befreien, da ein Vaterlandsvertheidiger, der Gefahr läuft bei jeder Gelegenheit den Verstand zu verlieren oder überhaupt zu erkranken seinen Mann nicht stehen kann. Er ist also als krank zu nehmen, nicht um seiner im Moment zu demonstrierenden Symptome willen, sondern wegen seiner Constitution, durch die er der beständigen Gefahr exponirt ist, auf irgend eine Weise zu erkranken und zwar auf jeden beliebigen Anlass hin.

Zurückgreifend auf den von Behr vorgetragenen Fall möchte ich noch einmal hervorgehoben wissen, dass in der That jeder beliebige Anlass genügen kann. Die Erkrankung des hysterischen Individuums, d. h. das Manifestwerden seiner constitutionellen Gebrechlichkeit ist einzig abhängig von der letzteren, nie und nimmer aber vom Shok, dem die gleichgültige Rolle des Zufalles zugewiesen werden muss. Die traumatische Hysterie ist also gewissermaassen eine Erkrankung post hoc, nicht propter hoc. Demnach ist der Grad der Krankheit nicht proportional der Grösse des Shokes, sondern ist

proportional der zuvor bestehenden Insufficienz des Pat., was die Bedeutung des agent provocateur entwerthet und bei der angeregten Frage einer Unfallsversicherung nicht stark genug betont werden kann.

Herrn Dr. Holst, der eben die Bedeutung der sogenannten hysterischen Stigmata betonte, möchte ich entgegenhalten, dass ich in meinem, auf dem livländischen Aerztetage gehaltenen Vortrag die Bedeutung der Stigmata nur in soweit angezweifelt habe, als thatsächlich nicht jeder Hysterische Stigmata aufzuweisen vermag, was wegen ihrer Verwerthbarkeit im Einzelfalle immerhin bestehen bleiben mag.

Dr. E. Schwarz greift mich an, weil ich dem Hysterischen eine Einsicht in seine eigene Minderwerthigkeit zuspreche, während ich de facto nur von einer «subjectiv empfundenen Unzulänglichkeit» geredet habe.

Wenn aber Schwarz als Argument gegen meine Behauptung: «Der Hysterische will krank sein» — anführt: «Im Gegentheil, der Hysterische will gesund sein» — so möchte ich hierin den Beweis dafür sehen, dass die Auffassung des Dr. E. Schwarz über den Willen, mit der meinigen durchaus übereinstimmt, so wenig das oben von ihm Behauptete meinen Beobachtungen entspricht.

Dr. E. Schwarz I betont nochmals seinen principiell entgegengesetzten Standpunkt; er könne eine Uebereinstimmung in der Auffassung vom Willen nicht finden. Ein Kranker, wenn nicht Betrüger «wolle», wenn hier dieses Wort gebraucht werden soll, gesund sein und gesund werden. Die Einsicht könne man dem Kranken doch wohl kaum absprechen, denn Sokolowsky schildert den Vorgang als einen bewussten, daher sprach er ja auch folgerichtig von einem «wollen».

3) Dr. Behr bespricht an der Hand eines Falles die Rolle der Disposition für gewisse Formen der Hysterie.

M. W. 32 a. n. erlitt im Juni vorigen Jahres beim Einpacken eines Ballen's einen Unfall. Sie stürzte aus dem Fenster, wobei der Ballen mitfiel und sie an der linken Schulter verletzte. In der Folge beobachtete man bei der, stets als nervös geltenden Person eine typische Hysterie mit halbseitigen Symptomen (Hemianästhesie, Transfert etc.). Was diesen Fall aber auszeichnete war ein gelegentliches Schwitzen

an der rechten Gesichtshälfte. Die Betrachtung der Kranken ergab eine Verschiedenheit beider Gesichtshälften; das rechte Auge erschien braun, das linke schmutzig blau mit versprengtem Pigment durchsetzt; die rechte Gesichtshälfte war kräftiger entwickelt, als die linke und die mimischen Bewegungen rechts lebhafter als links. Bei seelischen Erregungen liess sich folgendes beobachten. Rechts röthet sich die Gesichtshälfte und unter Temperaturerhöhung erfolgte ein Schweisstruch. Die ersten Schweissperlen traten an der Haargrenze auf und griffen ein wenig auf die linke Seite über, dann sah man dieselben an dem Uebergange der Wange auf die Nase und endlich im Gesicht. Der Puls war beschleunigt, die Pupillen gleich, mittelweit. Anderweitige, halbseitige Störungen fehlten.

Wie ist dieser Vorgang zu erklären? Die stärkere congenitale Pigmentirung auf der rechten Seite, wies auf eine stärkere Blutzufuhr zur rechten Seite hin. Die Farbstoffe stammen entweder direct aus dem Blut, oder sie werden durch amöboide Zellen verschleppt, wo sie in die Epithelien gelangen und hier weiter wuchern. Man darf daher schliessen, dass die Blutgefässe der Haut sich in beiden Gesichtshälften verschieden verhielten und die rechte Hälfte mehr Blut erhielt, als die linke. Wo ein stärkerer Blutandrang besteht, beeinflussen die Blutgefässe die Schweissdrüsen.

Durchschnitt Claude-Bernard den Halssympathicus des Pferdes, so kam es zum lebhaften Blutandrang und Schweissausbruch im Gesicht. Da bei der Kranken stets zuerst Hyperämie eintrat, so waren alle Bedingungen für das Schwitzen gegeben. Die Hyperämie aber war anatomisch bedingt, worauf wieder die stärkere Pigmentablagerung und die stärkere Entwicklung der rechten Seite hinwies. Die Impulse vom Hirn werden zweifellos zu beiden Hälften des Gesichtes in gleicher Weise geleitet, die Hyperämie tritt aber dort auf, wo die Blutgefässe eine andere Spannung, Widerstandsfähigkeit etc. besitzen. Die Kranke ist durch Anspannung ihrer Aufmerksamkeit im Stande den Schweissausbruch zu hemmen, dem Blutandrang aber gegenüber ist sie ohnmächtig. Die Möglichkeit eines rechtsseitigen Schwitzens im Gesicht ist daher aus obigen Gründen verständlich und man greift die Wichtigkeit der anatomischen Prädisposition für

das Zustandekommen gewisser hysterischer Symptome. Die seelischen Erregungen beeinflussen in erster Linie den locus minoris resistentiae, in diesem Falle die rechte Gesichtshälfte und schaffen so gelegentlich höchst frappante Erscheinungen, wie Blutungen, Blasenbildungen (in der Hypnose) etc., die alle nur in angeborenen oder erworbenen anatomischen Veränderungen ihre Ursache und Erklärung finden.

d. Z. Secretär Dr. med. P a u l K l e m m.

Sitzung am 20. März 1898.

Dr. P a u l K l e m m: Ein Mann von 62 Jahren hatte seit 5 Tagen einen linksseitigen eingeklemmten Leistenbruch.

Bei der Herniotomie fanden sich 20 Ctm. Dünndarm. Die Schlinge selbst war blauroth verfärbt, jedoch spiegelte die Serosa noch. Am zuführenden Schenkel war die S c h n ü r f u r c h e c i r c u l ä r b r a n d i g geworden. Die Schnürfurche wurde circular umschnitten, jedoch so, dass der Schnitt nur bis an die Schleimhaut vordrang; dann wurde die necrotische Partie nach innen gestülpt und durch Serosa-Serosanähte übernäht. Die in Jodoformgaze gepackte Schlinge wurde alsdann nach breiter Spaltung des Leistenkanals versenkt. Glatter Verlauf. Am 5. Tage trat bei geringer Erhöhung der Temp. (37,7) starke blutige Expectoration auf; dabei bestand L. H., U heftige Schmerzhaftigkeit beim Athmen. Percutorisch und auscultatorisch liessen sich keinerlei Veränderungen nachweisen. Der Auswurf bestand aus reinem, hellen Blut; die Expectoration hielt 10 Tage an, dann wurde dieselbe dunkler, braunroth und sistirte schliesslich ganz.

Vortrag. führt diesen Fall hauptsächlich deswegen an, weil der Zusammenhang, der zwischen Lungenaffectionen und necrotisirenden Processen auf der Darmschleimhaut in Folge von Brucheingklemmung und Darmverschluss besteht, noch nicht einheitlich erklärt worden ist. Es ist das Verdienst von P i e t r z i k o w s k y experimentell gezeigt zu haben, dass Lungenveränderungen im Sinne des hämorrhagischen Infarctes sowie lobulär pneumonischer Herde in Folge von Brucheingklemmung vorkommen und auf E m b o l i e beruhen. Schon

früher hatte v. Wahl in Dorpat, durch klinische Beobachtung geleitet, auf diesen Zusammenhang hingewiesen und Thoma hatte es für wahrscheinlich gehalten, dass gelöste Producte der Fäulnissvorgänge im Darm durch den Mesenterialkreislauf in die untere Hohlvene und durch diese in das rechte Herz und die Lunge gelangen können, wo sie eine septische Pneumonie zu erzeugen vermögen. Nach den Untersuchungen Pietrzikowsky's werden Thromben, die sich in den Mesenterialgefäßen gebildet haben, losgelöst und in die Lunge geschwemmt wo sie je nach ihrer Beschaffenheit die Gelegenheit zur Bildung eines blanden hämorrhagischen Infarctes geben, oder eine septische Lobulärpneumonie anregen. Diese, meiner Meinung nach sehr gut begründete Ansicht wurde von Lesshaft energisch bekämpft.

Er leugnet das Vorkommen jener septischen embolischen Pneumonien auf die von Pietrzikowsky angegebene Weise, nach ihm handelt es sich lediglich um Veränderungen im Lungenparenchym, die ihren Grund in der Aspiration erbrochener Massen haben. Obiger Fall illustriert nun doch sehr gut, dass ein Zusammenhang zwischen Lungenaffectionen und Darmveränderungen, in der von Pietrzikowsky angegebenen Weise existiren muss. Es hatte bei meinem Kranken Erbrechen garnicht stattgefunden, es handelt sich des Weiteren auch garnicht um eine Pneumonie, sondern wir hatten das reine Bild des Infarctes, dessen Erklärung sich nur in der Annahme einer Embolie finden liess.

Weiterhin empfahl Vortrag, wo es thunlich ist die suspecte Schlinge, gut in Jodoformgaze gepackt, nach breiter Spaltung des Leistenkanals zu reponiren. Durch Vorlagern der Schlinge kommt es leicht zu Knickungen derselben; diese aber bilden ein arges Hinderniss für die schnelle Entleerung des Kothes und auf diese kommt in letzter Linie doch Alles an, denn der gestaute, faulig zersetzte Koth + der Gasspannung in den, oberhalb des Hindernisses gelegenen Darmabschnitten, unterhalten die fortschreitenden von der Schleimhaut ausgehenden Ernährungsstörungen des Darmes, die wie ja genügend bekannt, schliesslich in Gangrän auslaufen.

Dr. Bergmann. Es giebt Fälle, wo ein Versenken nicht gut möglich ist, dieses eignet sich nur dort, wo die suspecte Stelle auf ein geringes Areal beschränkt ist und durch Ueber-

nähen geschützt werden kann. Bei ausgedehnter Necrose der eingeklemmten Schlinge resp. bei Veränderungen oberhalb des Einschnürungsringes wird man besser thun, vorzulagern.

Dr. Hampeln erwähnt die Möglichkeit, dass die Embolie in die Lungen auch durch die Hautvenen erfolgen könnte.

Dr. Otto Klemm bemerkt, dass Lungenaffectionen bei Kindern in Folge von Darmerkrankungen nicht selten sind.

Dr. Mey weist auf den hämatogenen Ursprung der Lungenaffection hin.

2) Dr. Treymann: Demonstrationen:

3) Dr. Schabert demonstriert die Schwarte einer Pachymeningitis hämorrhagica von ungewöhnlicher Ausdehnung. Diese bildet einen zufälligen Nebenbefund. Sie bestand aus zwei Blättern, die zwischen sich ca. 30,0 hämorrhagischen Serums enthielten — Hygrom der dura mater. Sie überzog die ganze rechte Hemisphäre.

4) Dr. Krannhals: Demonstriert pathologisch-anatomische Präparate.

a) Zwei Fälle von Calculosis renalis.

b) Ein Magen mit einer grossen Zahl tubercul. Geschwüre.

c) Eine congenitale Herzanomalie ein sog. «Cor triiloculare biatricum». Das männliche Kind, hatte ein Alter von mehr als zwei Monaten erreicht und bis kurz vor dem Tode keinerlei Symptome eines schweren organischen Leidens dargeboten. Anfangs bei Ammenahrung schlecht gediehen, hatte es in den 3—4 letzten Wochen seines Lebens bei Kuhmilch gute Fortschritte in der Ernährung gemacht. Es hatte stets ohne auffällige Behinderung aus der Soxhletflasche getrunken, keine Erscheinungen der Stenose oder Cyanose dargeboten. Hin und wieder fiel eine etwas steife Kopfhaltung bei gestreckter Wirbelsäule und herabgegangenen Schultern auf. Ein par Mal wurde auch der Thorax percutorisch und auscultatorisch untersucht, ohne dass sich hierbei (bei stets leise ausgeführter Percussion) etwas Pathologisches constatiren liess. Ca. 15 Stunden vor dem Tode stellten sich ziemlich schnell die Erscheinungen der Athmungsbehinderung ein und zwar, wie der hinzugerufene Referent und der consultirte College Dr. Paul Klemm, constatiren konnten eine Stenose der Trachea und des rechten Hauptbronchus. Es fand sich bei

gesteigerter Athmungsfrequenz inspiratorische Einziehung der Rippen, leichte Cyanose der sichtbaren Schleimhäute bei freier Kehlkopfathmung. Rechts vorn oben am Thorax von der I.—III. Rippe complete Dämpfung, die in die Herzdämpfung überging; aufgehobener Pectoralfremitus, kein Athmungsgeräusch daselbst; über der ganzen rechten Lunge abgeschwächtes Athmen. Nach links sind die Herzgrenzen normal. Ictus im IV. Intercostalraum in der linken Mamillarlinie. Herztöne laut, rein. Subnormale Temperatur. Wahrscheinlichkeitsdiagnose: Stenose der Trachea durch einen Tumor (acute Drüenschwellung, Durchbruch eines latent verlaufenen Abscesses) Tod nach 15 Stunden.

Section: Es fand sich eine angeborene Herzanomalie. Bei Eröffnung des Thorax lag der, durch ca. 20,0 serösen Transsudates noch mehr ausgedehnte Herzbeutel vor. Das stark vergrösserte Herz (Länge 6,5, Breite 7,0, Dicke 5,0 Ctm.) war im ganzen kugliger Gestalt — ragte weit in den rechten Thoraxraum hinüber. Die rechte Lunge retrahirt. Bei näherer Präparation des Herzens ergab sich nun folgendes: Das Herz besass nur einen einzigen Ventrikel von kugliger Form, ohne Andeutung eines Septums. Muskulatur derb und fest, dunkelbraun; Dicke des Ventrikels 1,0 Ctm. Trabekeln stark vorspringend. Auf der rechten Seite des oberen Theiles dieses Hohlraumes fand sich ein mit 3 Klappen versehenes Ostium von 5,5 Ctm. Umfang, durch welches man in ein verhältnissmässig grosses rechtes Atrium gelangte, in welches die obere und untere Hohlvene einmündete. Aus dem rechten Atrium gelangte man durch eine, bloss für einen Bleistift passirbare Lücke im Septum atriorum in ein kleines linkes Atrium, in welches die Lungenvenen einmündeten. Eine Communication zwischen linkem Atrium und dem uniloculären Ventrikel fand sich nicht, ein Ostium venosum sin. war also nicht vorhanden.

Während, wie gesagt, auf der rechten Seite des oberen Theiles des Ventrikels sich das einzige venöse Ostium präsentirte, entsprangen auf der linken Seite desselben die Aorta (2,0 Ctm. Umfang) und die Art. pulmonalis (2,2 Ctm. Umfang), die Aorta rechts, die Pulmonal. links gelagert. Ductus Botallii geschlossen.

Die übrigen Organe völlig normal.

Dr. Hampeln: Dass in dem erwähnten Falle, trotz sorgfältigster Untersuchung und Beobachtung, die Diagnose intra

vitam nicht gestellt worden war, lässt sich auf 2 Momente zurückführen.

1) Die fehlende Cyanose.

2) Das Fehlen auscultatorischer Zeichen.

Am häufigsten finden sich congenitale Herzfehler am Pulmonalostium; die Diagnose derselben macht in der Regel keine Schwierigkeiten da die auscultatorischen Phänomene meist sehr deutlich sind. Die Herzfehler ohne Geräusche können nur aus den Störungen in der Circulation erschlossen werden. In dem von Dr. Kra n n h a l s referirten Falle setzten dieselben so plötzlich und erst sub finem vitae ein, dass sie zur Stellung der Diagnose nicht verwerthet werden konnten. Ebenso verhalten sich, in Bezug auf die Geräusche die Fälle mit Transposition der Gefässe, ebenso begünstigt eine abnorme Kleinheit des Organs das Fehlen von Geräuschen. Der eben referirte Fall ist ein Beweis, dass die Mischung von venösem und arteriellem Blut für das Zustandekommen der Cyanose belanglos ist.

Dr. Kra n n h a l s: Es liess sich zudem constatiren, dass das sehr vergrösserte Herz einen Druck auf die Trachea ausgeübt hatte, diese war comprimirt.

Dr. Otto K l e m m. Er nennt aus der Literatur den Fall S ä n g e r's, wo der Pat. mit completem Defect des septum ventriculorum 20 Jahre gelebt hatte, ohne dass intra vitam je Erscheinungen von gestörter Circulation aufgetreten wären. Er fragt an, ob nicht eine Schwellung der Thymus bestanden hätte, daran müsse stets gedacht werden.

Dr. Kra n n h a l s: Die Dämpfung war sicher durch das vergrösserte Herz bedingt.

d. Z. Secretär Dr. med. Paul K l e m m.

Sitzung am 3. April 1896.

1) Dr. S. Kr ö g e r II. Krankenvorstellung (der Fall erscheint gedruckt).

Dr. Mey bemerkt hierzu, dass der Herzfehler wohl nicht in einer Pulmonalstenose bestehen wird, obgleich eine solche allein sich klinisch diagnosticiren lässt. In Anbetracht der

grossen Seltenheit uncomplicirter Pulmonalstenosen im späteren Alter und wegen Abwesenheit der Dilatation der rechten Herzhälfte kann mit grösster Wahrscheinlichkeit auf eine Ventrikelcommunication geschlossen werden. Kinder mit reinen Pulmonalstenosen sterben meist bald nach der Geburt.

2) Dr. Treymann berichtet über Exstirpation der Adnexe und des Uterus mit medianer Spaltung des letzteren nach französischer Methode.

Frau XX. 37 a. n. hatte vor 19 Jahren 1 Mal geboren, dann einmal abortirt. Seit 4 Jahren ernstlich krank; seit 5 Monaten starke Blutungen und Schmerzen. Anämie, vergrösserter Uterus; Anteflexio. An der vorderen Wand sitzt ein apfelgrosses Myom. Beide Adnexe geschwellt.

Exstirpatio uteri; bei medianer Spaltung desselben wird das Myom enucleirt; dann das entsprechende Adnex mit jeder Uterushälfte vorgezogen. Das rechte wird total entfernt, links nur die Tube. Blutung gering. Genesung ohne Zwischenfall in 4 Wochen.

3) Dr. A. v. Bergmann demonstirt einen durch Sectio alta extrahirten Blasenstein. Bemerkenswerth ist, dass die Operation unter Schleich'scher Anästhesie ausgeführt worden ist.

4) Dr. Berg II demonstirt eine Pat. mit Lichen planus et acuminatus.

5) Dr. P. Hampeln demonstirt das pathologisch-anatomische Präparat von Bronchio-Oesophagealfistel (cf. Sitzung am 7. Februar 1896).

6) Dr. Helmsing demonstirt eine Ovarialcyste, die aus einer einkammerigen Cyste besteht, in der eine Dermoidcyste eingelagert ist, das zweite Ovarium hatte die Grösse eines Gänseeies; es fanden sich mehrere kleine Cysten neben einer dermoiden.

7) Dr. Demme demonstirt die Röntgen'sche Photographie eines Unterschenkels mit sichtbarer Kugel.

8) Dr. Vierhuff hält seinen angekündigten Vortrag. «Ein Beitrag über die Beziehungen des Oesophaguscarcinoms zur Aorta». (Im Druck erschienen).

Dr. Hampeln: Bei den nahen Beziehungen zwischen Oesophagus und Aorta und der Gefahr sowohl perforirt zu werden, als auch, wie in den mitgetheilten Fällen in die Aorta hinein zu perforiren, entsteht die Frage nach Unterscheidungszeichen, der auf Carcinom der Speiseröhre einerseits und der auf Compression durch Aortenaneurysma andererseits beruhenden Stenose. Nach seinen Erfahrungen müsse er der Lehre von der grossen Verwechslungsgefahr beider Zustände widersprechen, da die Aneurysmen, einzelne seltene Fälle ausgenommen (ihm ist nur 1 Fall aus der Literatur bekannt) zu keiner dauernden Verengung, dem Hauptzeichen des Krebses, führen. Wo diese vorliegt, können wir schon aus diesem Grunde mit fast absoluter Sicherheit ein Aneurysma der Aorta ausschliessen. Diese klinische Erfahrung beruht aber nicht auf Zufall, sondern findet ihre Erklärung in den anatomischen Verhältnissen. Bis zur Bifurcationsstelle der Trachea ist der Oesophagus eben durch die Trachea bestens davor geschützt, zwischen die Wirbelsäule und den Druck eines Aortenaneurysma zu gerathen. Trachea und Bronchien sind die oft in erster Linie allein gefährdeten Organe; der Oesophagus leidet nur ganz ausnahmsweise. Von der Bifurcationsstelle an abwärts aber verlaufen Oesophagus und Aorta neben einander, so dass hier die Speiseröhre einem seitlich auf sie ausgeübten Drucke leicht auszuweichen vermag. Es kommt trotzdem und nicht allzu selten in Folge vorausgegangener Periarteriitis beim Aneurysma zu Verwachsungen des Sackes mit der Speiseröhre, wohl zur Perforation, aber nicht zur Compression des Oesophagus. In allen von ihm beobachteten Fällen von Perforation eines Aneurysma in den Oesophagus waren nur sehr geringfügige oder auch gar keine Schluckbeschwerden vorausgegangen. Seinen Erfahrungen nach spräche daher das Fehlen oesophago-stenotischer Erscheinungen im Zweifelfalle für Aneurysmenruptur in den Oesophagus, ihre Anwesenheit für Arrosion der Aorta durch ein Carcinom.

Dr. Deubner hat einen Fall von Aneurysma Aortae beobachtet, in dem gerade anamnestic Schluckbeschwerden nachgewiesen werden konnten. Während der Beobachtungszeit bestand gleichfalls das Unvermögen Nahrung aufzunehmen. Die Sonde stiess auf ca. 25 Ctm. auf einen nicht

zu überwindenden Widerstand. Es bestand ausserdem Stimm-
bandlähmung und Stenose des linken Bronchus. Der Tod er-
folgte unter Suffocationserscheinungen. Die Section wies ein
über Hühnereigrosses Aneurysma der Aorta desc. nach. Am
Oesophagus waren ausser stärkerer Injection an der Druck-
stelle keine Veränderungen bemerkbar.

Dr. Bernsdorff macht auf pulsirende Bewegungen auf-
merksam, die man beim Sondiren gelegentlich bemerkt.

9) Dr. v. Krüden er hält seinen angekündigten Vortrag:
«Ueber Choroidalsarcome mit Demonstration
mikroskop. Präparate».

Die Discussion wird wegen vorgerückter Zeit verschoben.
(Der Vortrag erscheint im Druck).

d. Z. Secretär Dr. med. Paul Klemm.

Sitzung am 17. April 1896.

1) Dr. M. Schönfeldt: demonstriert an einem 55-jähri-
gen Manne den typischen Symptomencomplex der chron.
progressiven Bulbärparalyse. Seit dem Herbst 1894
zunehmende Erschwerung des Schlingens, der Sprache. Heute
besteht die charakteristische, näselnde bulbäre Dysarthrie ganz
deutlich, wobei die Stimme heiser, schwach und monoton
klingt. Pat. verschluckt sich beim Essen beständig, wodurch
es zu häufigem Husten kommt (Dysphagie).

Atrophische Erscheinungen sind zunächst nur an der lin-
ken Unterlippenhälfte zu constatiren, diese fühlt sich ganz
dünn an. Der Rachenreflex fehlt. Entartungsreaction in den
gelähmten Muskeln besteht noch nicht. Der Gesichtsaus-
druck ist für chron. prog. Bulbärparalyse typisch. Die un-
tere Gesichtshälfte ist starr und sieht weinerlich aus, aus dem
beständig halbgeöffneten Munde fliesst continuirlich Speichel;
die obere Gesichtshälfte erscheint normal und betheiligt
sich prompt an der Mimik. Dass der obere Ast des Facialis
so selten bei der Bulbärparalyse an der Lähmung Theil nimmt, be-
weist, dass gleich wie an der Hirnrinde die beiden unteren Aeste

des Facialis (gyrus cent. ant.) getrennt entspringen von dem oberen Aste (gyr. supramarg.) und dieser bei der Hemiplegie verschont bleibt. auch im bulbären Kerngebiet, der obere Facialisast einen eigenen Kern besitzen muss, der bei der Paralyse von der Degeneration nicht betroffen wird.

Dr. Ed. Schwarz I.: Er weist auf die Experimente von Mendel hin, aus denen hervorgeht, dass die oberen Aeste des Facialis zum Kern des Oculomotorius gehören.

Bei dem vorgestellten Kranken fehlen einige Symptome, sodass das Krankheitsbild nicht völlig einwandfrei ist. Er weist auf die Pseudoparalyse hin, die sich dadurch auszeichnet, dass die Atrophie ausbleibt, möglicherweise liegt diese auch hier vor, da die Zunge keine Atrophie zeigt und fibrilläre Zuckungen fehlen. Ferner muss auch auf jene Form hingewiesen werden, die Erb als hysterische Bulbärparalyse bezeichnet hat. Redner hat 5 solcher Fälle gesehen. Er macht auf die, bei diesen auftretenden Gehstörungen aufmerksam, die zusammen mit den cerebralen Störungen auftreten. Allein können die Leute die Beine kaum heben, auf Commando aber gehen sie sehr flott.

Dr. Schönfeldt: Es handelt sich bei meinem Kranken um keine functionelle Erkrankung, da Atrophie der Lippen besteht, es ist eine Paralysis incipiens! Sicher wird auch bald Atrophie der Zunge auftreten.

2) Dr. Schönfeldt stellt ferner eine complete periphere Radialislähmung vor, die durch Druck der Umschlagsstelle vor 2 Wochen entstanden war, als Pat. beim Zeitungslesen den Arm zwischen die Reifen eines Wiener Stuhles gesteckt. Die Geringfügigkeit des Traumas beweist, dass wie in den meisten Fällen sog. traumat. Drucklähmung, die chron. Intoxication, eine Degeneration des Nerven, das ausschlaggebende Moment ist. Auch hier musste schliesslich Potatorium zugegeben werden. Es handelte sich somit um eine toxico-traumatische Lähmung.

3) Dr. Krannhals demonstriert ein in einer Leiche gefundenes Tannenästchen, welches seinen Sitz in einer Lungencaverne hatte.

4) Dr. von Bergmann referirt die dazu gehörige Krankengeschichte.

E. R. 15 a. n. wurde im Januar 1894 in die chirurgische Abtheilung des Krankenhauses aufgenommen. Sie giebt an, zwei Jahre früher einen Tannenzweig von der Länge eines halben Fingers aspirirt zu haben. 2 Wochen darauf starker Husten, dann Lungenentzündung von 3-wöchentlicher Dauer. Während dieser aspirirte der behandelnde Arzt R. H. U. Eiter. Nachdem sich Pat. von der Lungenentzündung völlig erholt hatte, war sie eben so kräftig und blühend, wie zuvor, nur stellte sich eine übelriechende, eitrig-Expectoration ein, die an Menge und Intensität des Gestankes ständig zunahm.

Status praes: Kräftig, gut entwickeltes Mädchen. Stinkende Exspirationsluft. Starke Kolbenfinger. Temp. normal, ebenso die Resp. Puls regelmässig, gleichmässig. Herzdämpfung, Herztöne: normal. Linke Lunge: Gesund.

R. H. beginnt zwei Querfinger unterhalb des angul. scapulae eine Dämpfung, die in gleicher Höhe nach vorne läuft. — Pectoralfremitus nicht abgeschwächt. — Athmungsgeräusch bronchial und abgeschwächt; Rhonchi und Rasselgeräusche. Keine Tuberkelbacillen; kein Eiweiss im Harn.

Am 17. Januar 1892 Resection eines 9 Ctm. langen Stückes: aus der 9 Rippe, hinten rechts. Eröffnung der Brusthöhle. Tamponade mit Jodoformgaze, um kräftige Verwachsungen herbeizuführen.

Am 29. Januar. Beide Pleurablätter zeigen ausgedehnte Verklebungen. Die Probepunktion Eiter. Um den Zugang bequemer zu gestalten, wurde noch ein Stück der VIII. Rippe resecirt. Während die Pravaz'sche Nadel in situ bleibt dringt der Paquelin'sche Brenner an dieser entlang in die Tiefe. In 5—6 Ctm. Tiefe eröffnete derselbe einen, mit scheusslich stinkendem Eiter gefüllte Höhle, in die einige kleinere Bronchien mündeten; eine grössere Communication besteht nach oben hin mit einer zweiten Höhle resp. einem erweiterten Bronchus. — Ein Fremdkörper kann nirgends gefühlt werden. Tamp. der Höhle und Drainage mit Gummi-drain.

Die Expectoration hatte sich verringert, nur fand durch die Thoraxfistel stark stinkende Secretion statt.

Am 22 März. Da in der letzten Zeit Temperatursteigerungen vorgekommen waren, wird die Thoraxfistel erweitert. Es gelingt mit der eingeführten Kornzange einige Tannennadeln zu extrahiren. Bei abermaligem Eingehen mit der Kornzange wird starker Husten ausgelöst und mit reichlichem blutigem Schleim zusammen wurde ein $1\frac{1}{2}$ Ctm. langes Stückchen eines Tannenzweiges per os ausgeworfen.

Damit schien die Ursache des Leidens beseitigt zu sein; freilich gab die Pat. an, das damals aspirirte Stück schien ihr grösser gewesen zu sein. Die Secretion nahm sehr allmählig ab. 1 Jahr post operat. wurde die Fistel durch eine kleine plastische Operation geschlossen. Nun begann jedoch wieder eine stärkere Expectoration übelriechenden Eiters, sodass Pat., bevor sie mit anderen Menschen zusammentraf sich zuerst gründlich «aushusten» musste. Sie beugte sich zu dem Zweck nach vorn über und entleerte mühelos ca. 1 Tasse voll übelriechenden grünlichen Schleimes.

Am 10. April 1896 liess sich Pat. wieder ins Krankenhaus aufnehmen, um auf operativem Wege von ihrem qualvollen Leiden befreit zu werden. R. H. U. bestand wieder eine Dämpfung, wenn auch in geringerer Ausdehnung, wie das erste Mal. Man hörte bei bronchialem Athmen, Rasseln. Zwischen beiden Axillarlinien war das Athmen amphorisch. Die Probepunktion ergab in der alten Narbe Eiter. Nach Resection ausgiebiger Stücke aus der VIII. und IX. Rippe wurde die alte Höhle mit dem Thermocauter eröffnet. Sie war zum grössten Theil durch Narbenmasse ausgefüllt; in ihrem Centrum barg sie ein ca. Kirschgrosses Eiterdepôt. Mehrere Bronchiallumina, die mit der Sonde entwirrt wurden, erwiesen sich verstopft: nach vorne aussen gelang es durch einen Bronchus in eine ca. Kirschgrosse Caverne zu gelangen, die mit demselben stinkenden Eiter gefüllt war. Weitere Depôts aufzudecken gelang nicht. Gazetamponade der ganzen Höhle. Weiterhin sollte bei jedem Verbandwechsel die Umgebung nach einer Caverne systematisch abgesucht werden, da die gefundene jedenfalls nicht diejenige war, die eine Tasse voll Eiter zu liefern im Stande war.

Pat. erwachte aus der Narcose nicht. Während Puls und Athmung normal blieben, bildete sich ein

Coma aus, wie eine Morphiumentoxication oder Urämie oder Hirnrindenläsion solches zu Wege bringt. Morphin hatte Pat. nicht erhalten, die Pupillen waren auch nicht verengt, sondern mittelweit. Der Harn war Eiweissfrei, das Quantum desselben normal gewesen. Es blieb nur noch die Möglichkeit bestehen, dass ein Hirnabscess bestanden hatte, der in die Ventrikel durchgebrochen war; diese Annahme wurde noch gestützt durch das Auftreten halbseitiger Krämpfe sowie durch den sub finem vitae auftretenden Anstieg der Temperatur.

22 Stunden post operat. erfolgte der Tod. Section (Dr. Krannhals): Hirn normal; das Herz: Morsch, schlaff. Die microscopische Untersuchung desselben (Dr. Schabert) ergab eine fettige Degeneration in derartiger Anordnung, dass auf einen schon älteren Process geschlossen werden musste.

Die Nieren zeigten ausgedehnte Coagulationsnecrose.

6 Ctm. nach innen vom Grunde der Wunde stack ein ca. 1 Ctm. langes Stück eines Tannenzweiges in einer bronchiectatischen Caverne.

Es fragt sich nun ob dieser Todesfall zu den sogenannten Spättodesfällen der Chloroformnarcose gerechnet werden muss oder ob der exitus auf die Veränderungen der inneren Organe in Folge der jahrelangen Eiterung zu beziehen ist, wobei das Chloroform ja zur Beschleunigung der Katastrophe mitgewirkt haben mag.

Klinisch deckten sich die Erscheinungen nicht mit dem gewöhnlichen Bilde des Chloroformtodes. Das Coma, die halbseitigen Krämpfe sub finem vitae lassen an Urämie denken, welcher die Veränderungen an den Nieren zur Grundlage und Ursache gedient haben können, allein es bleibt bei dieser Annahme auch noch des Unerklärlichen viel übrig.

6) Discussion über den Vortrag Dr. von Krüdnerns «Ueber Choroidalsarcome».

Dr. Mandelstamm I.: Er hat einen hierher gehörigen Tumor in den ersten Anfängen gesehen. Es handelte sich um einen Kaufmann, der bis hierzu gut gesehen hatte. Darauf trat Flimmern auf und es liess sich am äusseren Augwinkel ein stark pigmentirtes Leistchen nachweisen. Nach einiger Zeit bestand über diesem Ablösung der Netzhaut. Dr.

M. stellte die Diagnose auf Neubildung. Prof. Jacobson in Königsberg schloss sich derselben an und enucleirte den Bulbus. Es bestand ein stark pigmentirtes Rund- und Spindelzellensarcom. Nach Monaten ging der Pat. an Sarcom der Leber zu Grunde.

7) Dr. E. Mey hält seinen angekündigten Vortrag: «Ueber Bronchialdrüsenkrankungen bei Kindern». (Erscheint gedruckt).

Die Discussion wird auf die nächste Sitzung verschoben.

d. Z. Secretär Dr. med. Paul Klemm.