



№ XXVI.

Auszug aus den Protocollen

der

Gesellschaft practischer Aerzte

zu Riga.



Riga, 1888.

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

№ XLV.

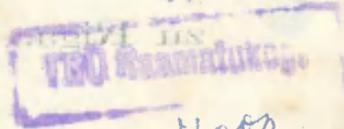
Ansatzung aus den Protocollen

der

Дозволено цензурою. — Г. Рига, 25 июля 1888 года.

Gesellschaft praktischer Ärzte

ht.



4082



Riga, 1888.

Printed and published by the printer of the Riga University Press.

1097. Sitzung vom 2. September 1887.

Anwesend 24 ordentl. Mitglieder, und als Gäste die
DDR. Blumenbach, Götschel, Schmidt.

1) Für die Bibliothek sind eingelaufen:

- a. der 25. Bericht der Wittve Reimerschen Augen-
heilanstalt.
- b. Medicinische Beilage zum Marine-Archiv Juni-,
Juli-, August-Heft. (russ.)
- c. Sitzungsbericht der Pjätigorsk. Balneol. Gesell-
schaft (russ.)
- d. Sitzungsbericht der Kursker ärztl. Gesellschaft
(russ.)
- e. Sitzungsbericht der Kiewer ärztl. Gesellschaft
(russ.)

2) Dr. v. Götschel: „Zur Casuistik der späten Em-
bolien nach Knochenbrüchen“.

Votr. referirt über folgenden Fall: Kräftiger 48jähr.
Mann, zieht sich am 20. Juli 1886 durch einen Sprung aus
dem Wagen eine complicirte Fractur des r. Unterschenkels
zu. Nothverband, Eis, Transport zur Stadt auf einer Cou-
chette per Eisenbahn. 30 Stunden nach der Katastrophe
constatirt Votrg. Schrägbruch an der Grenze zwischen $\frac{2}{3}$
und $\frac{3}{3}$. Fingerkuppengrosse Wunde an der fibularen Seite.
Auf der Vorderfläche, der Richtung der Fractur entspre-
chend, eine 7 cm. lange Wunde. Ausspülung mit Sublimat-
lösung, Jodoformbepuderung, Sublimatwatteverband, Papp-
schiene, Hochlagerung. Nach 18 Tagen gefensterter Gyps-
verband. Am 24. Tage sitzt Pat., der gesunde Fuss wird

meist heruntergehalten. Allgemeinbefinden vorzüglich. Keine Temperatursteigerung.

Am 48. Tage Morgens dyspnoischer Anfall, kolossal beschleunigte Athmung (60 i. d. Min.), Unruhe, Beklemmungsgefühl, das Gesicht wird sehr blass, Präcordialschmerz, Schmerzempfindung in beiden Thoraxhälften. Puls regelm., schwach, frequent 120 i. d. M. An Herz und Lungen auskultatorisch nichts nachzuweisen, perkutorisch eine Verbreiterung der Herzdämpfung nach links nachweisbar. Gegen Abend lassen Beklemmungsgefühl, Präcordialschmerz und Unruhe etwas nach. Die T. war normal und blieb es auch während der folg. 8 Tage. R. 40. P. frequent jedoch kräftiger. Am 4. Tage besteht nur noch Mattigkeit, P. 90 sehr schwach. Einige Tage später, 13. Septb.: Dem Verlauf der untern Hälfte der linken Vena saphena magna entsprechende Röthung, ödematöse Schwellung, starke Schmerzhaftigkeit in ca. 3 cm. breiter Zone. Der Fuss fühlt sich kalt an, der ganze linke Oberschenkel kühler als der rechte; weder in der Poplitea noch sonst wo in der Femoralis der Puls zu fühlen. Puls ca. 90 schwach. Am fracturirten Unterschenkel geringe derbe Infiltration und Schwellung. Fractur nahezu consolidirt. Im weitem Verlauf nimmt am r. fracturirten Unterschenkel die Infiltrat. zu und fühlt sich im Januar die ganze rechte untere Extremität bretthart an und ist beträchtlich geschwollen. Links nahmen die bedrohlichen Erscheinungen so zu, dass Gangrän des ganzen Unterschenkels zu befürchten stand; allein die bedrohlichen Ersch. bildeten sich zurück und es mussten nur wegen Gangrän entfernt werden: 1., 2. und 3. Zehe, die eine Längshälfte des Metatarsus I, das hintere Drittel des Malleol. extern. und eine oberflächliche Schicht des Calcaneus. Am 20. März 1887 war endlich alles geheilt. Nach Vortrg. handelt es sich hier um Venentrombose im fracturirten Gliede mit consecutiver Embolie in die Lunge und die linke untere Extremität. Vortrg. geht dann auf

die Literatur dieser Fälle ein; von 35 durch P. Bruhns zusammengestellten Fällen endeten 30 letal. In 23 Fällen Autopsie, es wurde 20 Mal Embolie der Lungenarterie und 3 Mal Embolie des Herzens constatirt. 2 Mal ist der tödtliche Ausgang durch den Lungeninfarct bedingt worden.

Dr. Hampeln bemerkt, dass seines Erachtens das Eigenthümliche des eben mitgetheilten Falles in der Ueberwanderung eines grossen Gerinnsels, welches zur Verstopfung einer Femoralis führen konnte, aus den Venen des grossen Kreislaufes in die arterielle Bahn liege. Das Capillarnetz des kleinen Kreislaufes liege dazwischen und musste den Durchtritt eines so grossen Gerinnsels absolut verhindern. Darum seien in diesem Fall abnorme Communicationswege zwischen den Bahnen des gr. und kl. Kreislaufes anzunehmen, welche einen solchen Uebertritt gestatteten, es sei denn, dass man annehme, ein unsprünglich kleines Gerinnsel habe die Capillaren passirt und sich nachträglich vergrössert, wofür aber keine Beweise vorliegen. Von Weber sind Anastomosen zwischen d. Art. und Venae pulmonales nachgewiesen, durch welche ein Gerinnsel mit Umgehung der Capillarbahn aus dem rechten in den linken Ventrikel gelangen könne. Doch seien auch diese anastomosen von geringem Durchmesser und könnten einem so grossen Gerinnsel, wie in diesem Fall beobachtet, den Durchtritt nicht gestatten. Es giebt aber noch einen andern bekannten, häufigen Communicationsweg zwischen r. und l. Ventrikel, nämlich das offen gebliebene Foramen ovale des Septum atriorum. Dieses erreiche in seltenen Fällen eine solche Grösse, dass grössere Gerinnsel wol passiren könnten und dürfe umgekehrt aus dem Auftreten der Embolie in diesem Fall auf ein offenes Foramen ovale geschlossen werden, eine Annahme, die ihre Unterstützung in einem von Cohnheim mitgetheilten Falle sucht, in welchem gleichfalls nach Crural-Venenthrombose Embolie d. Art. Foss. Sylvii aufgetreten. Die Obduction ergab eine Oeff-

nung im Sept. atriorum. Gegen einen Lungeninfarct spreche in diesem Fall das völlige Fehlen von Lungenblutung.

Dr. V. Schwartz ist ein Fall lebhaft in Erinnerung, wo eine gesunde Frau sich den Vorderarm uncomplicirt brach, derselbe wurde geschient, der Verband lag gut. Am 6. Tage erkrankt die Frau plötzlich mit Schüttelfrost, Fieber, Erbrechen und ist in 26 Stunden todt. Die Section ergab im r. Ventrikel ulcuröse Endocarditis.

Dr. V. Schwartz demonstrirt eine Dermoidcyste, die einer 29-jähr. Pat. entstammt. Dieselbe bemerkte nach 6 gut verlaufenen Geburten die Geschwulst zum ersten Mal vor 3 Jahren. Am 6. April a. c. Operation. Am 22. wird Pat. geheilt entlassen. Die Cyste enthält neben freien Zähnen in der Wand einen gut ausgebildeten Unterkiefer mit einigen Zähnen und einem langen Knebelbart.

1098. Sitzung am 15. September 1887.

Anwesend 36 ordentliche Mitglieder.

- 1) Der Präses verliest die Statuten.
- 2) Der Secretair verliest den Rückblick.
- 3) Der Präses verliest den Bericht der Revidenten der Wittve Reimers'schen Augenheilanstalt.
- 4) Zu ordentlichen Mitgliedern werden aufgenommen die DDr. Otto Thilo, Otto Groth, Friedrich Voss, Nicolai Schwartz, Eduard von Götschel.
- 5) Zum Secretair wird Dr. von Stryk gewählt.
- 6) Zu Revidenten der Wittve Reimers'schen Augenheilanstalt werden die DDr. Aug. Haken und Tiling gewählt.

1099. Sitzung am 7. Oktober 1887.

Anwesend 44 ordentliche Mitglieder und als Gäste die DDr. Blumenbach, Dietrich, Helmsing, Schmidt, Serafim.

1) Eingelaufen sind:

Sitzungsberichte der Balneologischen Gesellschaft in Pjätigorsk.

2) Dr. Jansen: „Casuistisches über Fremdkörper.“

a. „Corp. alien. in larynge.“ Einem 3½-jährigen Knaben war ein metallener Schnallenknopf in den Larynx gerathen. Heftige Dyspnoe, Cyanose. Tracheotomie. Von der Wunde aus lässt sich der Fremdkörper nicht entfernen, er wird daher zum Rachen hin gehoben. Eine gleichzeitige Schlingbewegung des Kindes befördert indessen den Knopf in die Speiseröhre und findet sich derselbe Tags drauf in den Faeces.

b) „Corp. alien. in vesica urinaria.“ Der 15-jährige Patient hatte vor 7 Tagen ein Stück einer Stricknadel in die Harnröhre geschoben, wo es ihm verschwunden. Schmerzen, Harndrang, Urin trübe, Temp. 38° 7. Der Katheter stösst auf einen eingekeilten metallenen Gegenstand im vorderen Blasenabschnitt. Extractionsversuche resultatlos. Sectio mediana. Die Nadel muss behufs Entfernung zerbrochen werden (Fragmente 6,1 und 3,6 cm.) Salicylsäure-Spülung (1/6 %) offene Wundbehandlung. Am 5. Tage post operat. fieberfrei, am 13. Tage wird per uretram urinirt, nach 4 Wochen geheilt entlassen.

c) „Corpora alien. in vagina.“ Mehrere hartgekochte Hühnereier in der Schale wurden aus der vagina mit Löffel und Irrigation mühelos entfernt.

d) „Corpora alien. in oesophago.“ Flache Knochenstücke von 2—4 cm. Länge und ein kupfernes 5 Kop.-Stück wurden mit Gräfe's Münzenfänger entfernt. Ein hartes,

sehniges Stück Fleisch steckt einem 51-jährigen Manne seit 24 Stunden im Jsthmus fauc. und lässt sich weder extrahiren noch hinabstossen. Künstliche Erweichung durch Pepsin und Salzsäure ebenso erfolglos wie Apomorphin angewandt. Oesophagotomie in Aussicht genommen. Über Nacht schwindet das obturirende Hinderniss, der Bissen ist in den Magen geglitten, nachdem er 3½ Tage eingeklebt gewesen.

e) „Lithiasis“ I. Seit 4 Jahren hat der 17-jährige Patient beim Uriniren Schmerzen in der glans penis. Seit einer Woche constanter Harndrang mit Entleerung geringer Mengen sanguinolenten Urines. Sectio alta. Maulbeerstein (oxalsr. Kalk) von 13,5 grm. und 9,5 cm. grösstem Umfang. Am 15. Tage Urin per vias naturales, am 25. Tage geheilt entlassen.

II. 70-jähriger marastischer Patient. Seit 8 Monaten Blasenbeschwerden. Blut im Urin. Sectio mediana 23 Steine (Urate und phosphors. Kalk). Glatte Würfel von ca. 1 cub. cm. Grösse und 3 grm. Durchschnittsgewicht. Heilungsdauer 18 Tage.

Weitere Casuistik liefern:

Dr. Voss (Klinik in Dorpat). a) Einem Manne war bei der Behandlung mit einem Wiener Bougie ein Stück desselben von 8 cm. Länge in der Striktur stecken geblieben und in die Blase gerathen. Sectio mediana. Beim Fassen bricht der Fremdkörper in 3 Stücke, die einzeln entfernt werden. Tags drauf Blasenblutung. Behandlung mit Eis und Morphin; am 3. Tage wird das ergossene Blut entleert. Ausgang günstig.

b) (Krankenhaus in Riga.) Dem Pat. war der Katheter beim Katheterisiren an der Harnröhrenmündung abgebrochen und beim Versuch ihn zu entfernen nur tiefer befördert worden. Er steckte in der Pars membranacea. Entfernung von der Harnröhre aus.

c) Ein Prussak im äussern Gehörgang war durch Ein-
giessen von Schnaps ins Ohr von Pat. getödtet worden. 3 todt
Exemplare fanden sich ein andres Mal in einem Ceruminal-
pfropf, ohne dass Träger derselben eine Ahnung davon
gehabt.

Dr. Bergmann zeigt einen Grashalm, den er in einem
Perinäal-Abscess gefunden. Pat. hatte im Heu geschlafen,
bald darauf habe sich Absonderung aus der Harnröhre ein-
gestellt, die als Gonorrhoe mit Injectionen behandelt
worden war.

b) Ein 5-jähriger Knabe hatte ein Stück Krebschale
aspirirt, welches sich zwischen den Stimmbändern aufrecht
eingekeilt fand und beim Fassen mit der Kehlkopfpincette
zerbrach. Tracheotomie. Von der Wunde aus wird der
Fremdkörper mit der Sonde gehoben und vom Rachen mit
dem Finger entfernt.

Bezüglich der Therapie bei Fremdkörpern in den
Luftwegen weise die Engl. Literatur nach der Operation
24,5%, ohne Operation 42,8% Mortalität auf. Indicirt
halte Ref. die Tracheotomie (sich darin Amerikanischen
Autoren anschliessend) bei Suffocationserscheinungen einer-
seits, bei nicht fixirten Fremdkörpern andererseits, um der
Gefahr des Hinabgleitens zu begegnen.

Dr. Hampeln: das Zuwarten könne Gefahr mit sich
bringen. Dr. Gaehlgens habe seiner Zeit über einen
Fall referirt, in welchem eine in den Kehlkopf gerathene
Krachmandelschale in den Bronchus gefallen und Lungen-
abscess die Folge gewesen sei, worauf

Dr. Bergmann nochmals als nothwendige Bedingung
des Abwartens betont, dass der Fremdkörper sicher fixirt
erscheine.

Dr. Miram (aus fremder Praxis) a) Projectil an der
linken Seite des Kehlkopfes sitzend, soll operativ entfernt
werden. Beim Hautschnitt fällt die Kugel durch die durch-
schossene Cartilago thyreoidea in den Laryx. Dem zu-

fällig anwesenden Prof. Bergmann gelingt es mit glücklichem Griff vom Rachen her die Kugel wieder heraus zu luxiren.

b) Wilms glaubte mit der Sonde das vermisste Stück eines Katheters in der Blase nachgewiesen zu haben. Operation wegen Decrepidität des Pat. unterlassen. Section: kein Fremdkörper, sondern Carcinoma vesicae.

Dr. Stavenhagen: Nach Sturz gegen ein Treppengeländer klaffende Wunde am Orbitalrande; Knochen entblösst. Ein grosser und mehre kleine Holzsplitter entfernt. Heilung p. p. Nach 14 Tagen Fieber, Abscess an der Stelle der Verletzung. Nach Spaltung entleert sich erst nach längerer Zeit ein Splitter nach dem andern, in solchem Umfange, dass sie die ganze Länge des Orbitalraumes angefüllt haben müssen.

Zu Waldhauer's Zeiten sei im inneren Augenwinkel eines Pat. ein Aststück entdeckt worden, von dessen Anwesenheit der Träger nichts gewusst.

Dr. Schultz entfernte einer ältern Frau mit dem Münzenfänger ein in der Speiseröhre quer fixirtes Knochenstück von 3,5 cm. Länge, nachdem von der Umgebung resultatlose Versuche gemacht worden, den Fremdkörper mobil zu machen. Tags drauf Pneumothorax — Exitus.

3) Dr. Schultz: „Mittheilung aus der forensischen Praxis.“ Der Arbeiter P. Sch. erkrankt nach einem durchzechten Tage des andern Morgens mit Erbrechen. Der des sich progressiv verschlimmernden Zustandes wegen consultirte Arzt diagnoscirt bei vollständiger Aphonie: Laryx-Tuberculose. Tod am 10. Tage. Wegen eines angeätzten Fleckes auf der Unterhose defuncti machen die Angehörigen polizeiliche Anzeige. Der exhumirte Cadaver gelangt am 5. Tage p. mort. zur Section. Gasentwicklung, stärkerer Leichengeruch fehlen. Periton. dunkelgrün, spiegelnd. Magenwand perforirt. Serosa um die Perforat. herum von rothbrauner Flüssigkeit bedeckt, sonst wie oben beschrieben.

Magen sehr zerreisslich, Schleimhaut in Fetzen abgehoben, Structur unkenntlich. Chem. Untersuchung des Mageninhalts noch unentschieden; Fleck auf der Hose Schwefelsäure. Intoxicat. mit der Substanz scheint Vortrgd. nicht wahrscheinlich: es fehlten momentan stürmische Erscheinungen, die Eingangsöffnung nicht afficirt. Trotz constatirter Aphonie keine Schwellung im Kehlkopf. Redner neigt zur Annahme: Arsenik, und zwar in fester Form, das erst im Magen gelöst worden und so zu langsamer Wirkung gekommen wäre. Aphonie dürfte auf Reflexlähmung in Vagusbahnen beruhen, (bei Strammonium, Opium, Blei beobachtet — Eichhorst).

Die DDr. Hampeln, Stavenhagen, Petersenn wenden sich gegen die Annahme des Referenten: der Sectionsbefund beweise die Intoxication überhaupt nicht sicher, es könnte sich auch um postmortale Veränderungen handeln und dürfte der Arsenik-Nachweis keine Schwierigkeiten bieten.

Im Anschluss an obigen Vortrag referirt Dr. v. Reichard, dass Schwefelsäure statt Schnaps getrunken in einem ihm bekannten Falle ausser dauernder Aphonie keine wesentlichen Folgen geursacht habe.

1100. Sitzung am 21. Oktober 1887.

Anwesend 44 ordentliche Mitglieder und als Gäste die DDr. Grüning, Johannsohn, Dietrich, Eck, Helmsing, v. Tiesenhausen, Schmidt, Pander, Deubner.

1) Für die Bibliothek sind eingelaufen:

- a) Correspondenzblatt für Schweizer Ärzte, Jahrg. 87. ff. (Geschenk von Dr. Riemschneider.)
- b) Mag. W. und Dr. J. Grüning: Liquor ferri albuminati.

- c) Krannhals: Zur Casuistik und Antilogie der Hadernkrankheit.
- d) Mittheilungen aus der St. Petersb. Augenheilanstalt, I.
- e) Sitzungsberichte der Russ. Balneolog. Ges. in Pjätigorsk (russ.)
- f) Medicinische Beilage zum Marine Archiv. (russ.)
- g) Bericht des Medicinal-Departements für 1884. (russ.) Ferner die Todesanzeige des Secretair der Smithson. Inst. Spencer Baird.

2) Dr. Bergmann: Demonstration: Osteomyelit. Herd aus dem Os ilei, erbsengrosser Sequester in Bildung. M. M. 15 a. n. erkrankte vor 9 Wochen mit Schmerzen in der rechten Hüfte und Fieber. Fluctuirende Partie aussen von Sacrolumbalis wird für paranephrit. Abscess gehalten. Unter peritonitischen Erscheinungen verschwindet die Geschwulst. Euphorie. Bald drauf erneute Erkrankung unter den gleichen Erscheinungen. In der 8. Woche kommt Pat. auf der Klinik in Behandl. des Vortragd. Incision des fluctuirenden Sackes. Die grosse Abscesshöhle reicht bis zum Diaphragma hinauf, hinunter bis ins kl. Becken; unterhalb der Crista ilei entblösster Knochen — rareficirende Ostitis; mit dem Meissel wird das Erkrankte entfernt, ohne auf einen osteomyelit. Herd zu stossen. Nach der Operation Expectoration foetid-eitriger Sputa nur bei liegender Stellung. — Wegen abendlicher Temperatursteigerung am 19. October erneuter Eingriff. Die Sonde dringt durch das Diaphragma bis zur VIII Rippe, die resecirt wird. Abgekapselte Höhle im Pleuraraum, kein Eiter, keine Lungenperforation nachweisbar. Darmbein bis zur Spina freigelegt, aus deren Umgebung die demonstrirte osteomyelit. Partie entfernt wird.

3) Dr. Hampeln: „Über rheum. Endocarditis.“ Vortragd. unterscheidet unter klinischer wie anatomischer Begründung die rheum. Endocarditis von der verrucös-myco-

tischen und von der ulcerös-diphtheritischen. Der Klappenfehler, einer der Ausgänge der rheum. Endocard., involvire nicht die Hauptgefahr der Krankheit, sondern vielmehr die Entzündungsreste, deren Fortbestand die Entwicklung der bösartigen verrucösen Form begünstigte. Unter 36 Todesfällen war nur in $\frac{1}{3}$ der Klappenfehler selbst die Todesursache, in $\frac{2}{3}$ dagegen verrucös-ulceröse Endocarditis. In den ersten 3 Jahren nach überstandenen Gelenkrheum. pflegten bösartige Folgezustände am Herzen aufzutreten. Die Nachbehandlung des Rheumat. habe Verhütung der Endocard. zu erstreben, bei vorhandener Endocard. aber das Zurückbleiben eines Entzündungsrestes abzuwenden.

Als wichtigste Erkrankungsformen des Endocard. charakterisirt Vortragd. folgende:

- 1) Endocardioselerose.
 - a) senile, gutartige Form.
 - b) progressive Form, auch bei jugendl. Individuen.
- 2) Endocarditis retrahens.
 - a) acut, nach Rheum. acut. und and. Infections-Krankheiten.
 - b) chronisch, scheinbar spontan.
- 3) Endocard. verrucosa, immer bösartig, mit Vorliebe an schon erkrankten Klappen.
- 4) Endocard. ulcer. - diphtheritica, bei allgemeiner Septicämie.

1101. Sitzung am 4. November 1887.

Anwesend 28 ordentliche Mitglieder und als Gäste die DDr. Johannsohn, Dahlfeld, Blumenbach, Helmsing, Grüning, Deubner, Pander, Vogel.

- 1) Für die Bibliothek sind eingelaufen:
Ad. Wasseige: 1) Chorea gravis in der Schwangerschaft, 2) Geburtshülfliche Beobachtung, 3) Über die Kindererziehung (franz.)

Vom Sammelcomité für die Dondersstiftung ist eine Quittung über 30 Rbl. durch Dr. Mandelstamm eingelaufen.

2) Dr. Bergmann: „Über primäres Larynxerysipel.“ Vortragd. verwirft die Anwendung der Diagnose „Oedem“ für alle möglichen acuten Schwellungszustände des Larynx. Er unterscheidet im Speciellen zwischen Oedem der Glottis, Oedem der ary-epiglottischen und der hypoglottischen Region, die Bezeichnung „Oedema laryngis“ reservirend für Stauungsoedem bei Morbus Brightii, Herzkrankheiten, Malaria, chron. Vergiftungen, Druckwirkung irgend welcher Art auf die Circulation im Larynx, und endlich für das Oedema angio-neuroticum Strübing's. Das entzündliche Oedem habe nur symptomatische Bedeutung.

Primäres Larynxerysipel sei zuerst von Porter 1 Mal, dann von Massei in 14, überhaupt in 18 Fällen beobachtet worden, zu denen Vortragd. folgende 2 Fälle hinzufügt.

V. C. 6 a. n. erkrankte am 27. April mit Halsbeschwerden. 28. hochgradige Schwellung und Röthung der Epiglottis und des vestib. laryngis; 2 Blutegel. Nachlass der Erscheinungen. Temp. 38,3. 29. April Verschlimmerung, Höhepunkt der Larynxbeschwerden. Abends Zustand besser, Epiglottis, ary-epiglottische Falten und Arygegend noch geschwollen und intensiv geröthet. Schwellung am Halse vorn. 30. April und 1. Mai Larynxerscheinungen gehen zurück. Cutanes Erysipel über Hals und Brust. 2. Mai Erysipel abgeblasst. 6. bis 15. Mai leichte Pneumonie.

S. C. 3. a. n. Bruder des Vorigen, am 30. April Abends mit Erbrechen erkrankt, 1. Mai Temp. 39°. Halsdrüsen schmerzhaft. Mittags 40,2. Kolossale Schwellung und intensive Röthung der Epiglottis, ary-epiglottischen Falten und Arygegend, Nachmittags 6 Uhr Tracheotomie. Abends Besserung. 2. Mai die Kanüle kann bereits obturirt werden. Erysipelatöse Röthung am r. Oberarm und

am 1. Vorderarm. 3. Mai die Röthe ist geschwunden. Kanüle wird entfernt. Recony.

Dr. Hach. Beide Kinder erkrankten gleicher Weise mit Erbrechen und nach einigen Stunden Athemnoth. Nach Erkrankung des ersten Kindes wurde nur dieses aus dem Schlafzimmer entfernt, in dem die beiden andern blieben, von denen nur eines später erkrankte.

Auf Dr. Carlblom's Frage, ob nicht Erysipel Ursache von Retropharyngeal-Abscess sein könne, bemerkt Dr. Bergmann, das Parynxerysipel werde häufig beobachtet, nur die Lokalisation im Larynx sei selten constatirt worden.

Dr. Hampeln sieht in der Berücksichtigung der Aetiologie der Glottisoedeme einen Fortschritt. Ebenso verhalte es sich mit dem Pharynx-Erysipel, dessen Symptome jedoch noch nicht sicher genug gegen die des Katarthes differenzirt seien. Beim Typhus finde sich z. B. oft eine, wie lackirt aussehende Pharynx-Schleimhaut, was als für Erys. charakteristisch genannt werde.

Dr. Bergmann: Das Erysipel unterscheide sich vom einfachen Katarrh durch sehr bedeutende Schwellung, von der typhösen Affection durch stürmischen Verlauf; am schwierigsten sei die Differenzirung von der Perichondritis. Bei Erwachsenen müsse sich die Diagnose auf den bacteriologischen Nachweis stützen.

Dr. Miram kann die Tendenz der modernen Forschung, progressiv-entzündliche Prozesse im weitesten Sinne auf den Erysipel-Coccus zurückzuführen, nicht billigen. Bei den vorgetragenen Fällen sei ihm die Infection zweier Kinder auffällig, welche also beide Laesionen im Larynx gehabt haben mussten. Ferner entspreche die fleckige Röthung wie auch der kurze Bestand der Infiltration nicht dem gewohnten Bilde des Erysipels.

Dr. Bergmann: In dem vom ihm im ganzen Verlauf beobachteten Fall II. habe das Oedem den Larynx in

toto betroffen. Einen Ablauf des Erysipels in 1—2 Tagen seien wir bei der wandernden Form zu beobachten gewohnt.

Dr. Hampeln vermisst ausser der präzisen Abgrenzung des Symptomenbildes für die qu. Erkrankung in den meisten Fällen den bacteriolog. Nachweis. Bei den referirten Fällen falle ihm die entfernt vom primären Herde sich einstellende Röthung auf ein Verhalten, das man sonst wol bei Lymphangöitis finde.

Dr. Bergmann: Der Erysipel-Coccus halte sich allerdings an die oberflächlichen Lymphbahnen. Die referirten Fälle seien an sich leichte gewesen und nur durch die Enge des kindl. Kehlkopfes gefahrdrohend geworden. Bei Massei sei der Verlauf ein längerer, dem cutanen Erys. entsprechender gewesen.

Dr. Miram betont, ohne die Diagnose nach Massei angreifen zu wollen, auch seinerseits das Befremdliche des Auftretens der Röthe am Arm bei freibleibendem Rachen.

Dr. Hach fügt hinzu, dass weder lymphangöitische Stränge noch auch späterhin Desquamation zu bemerken gewesen.

Dr. Bergmann: In dem einen Fall habe sich das Erysipel in der Continuität der Lymphbahnen zur Haut des Halses verbreitet, wo das cutane Erys. unzweifelhaft diagnosticirt wurde. In dem andern Falle war die Affection schon geschwunden, als er ein Object zu mikroskopischer Diagnose entnehmen wollte.

Dr. Treymann sah von einem Dammrisse aus in puerperio ein Erys. sich auf die untern Extremitäten und den Rücken verbreiten, und constatirte hier Sprünge auf 7—8 Zoll Entfernung. Ein anderes Mal ging ein Erys. vom Rachen direkt ohne Betheiligung der Mundhöhle, auf Gesicht- und Kopfhaut über, von dort auf die Genitalien. Im letzten Fall könne man allerdings an Uebertragung durch die Hände des Pat. denken.

Dr. Hampeln referirt, dass Gerhard das Larynxerys. als Krankheit sui generis zwar statuirt, die Diagnose aber nicht als über allen Zweifel erhaben hinstelle.

Auf bez. Frage Dr. Miram's erklärt Dr. Hampeln noch kein Larynxoedem bei Morb. Brightii beobachtet zu haben.

Dr. Voss hat tracheotomirt wegen Larynxoedem bei Nephritis mit Scarlatina.

1102. Sitzung am 18. November 1887.

Anwesend 28 ordtl. Mitglieder und als Gäste die DDr. Geh.-R. Hugenberger, v. Tiesenhausen, Johannsohn, Dahlfeld, Schmidt, Deubner.

1) Für die Bibliothek sind eingelaufen: Jahresbericht der Smithson. Instit. 1885 (engl.) Medicin. Beilage zum Marine-Archiv (russ). E. Pins: a. Beiträge zur Aetiolog. der Mittelohraffect. im Kindesalter. b. Neue Beiträge zur Frage von der Schulbank. c. Ueber Wirkung des Strophantus-Samens etc.

2) Dr. Mandelstamm demonstrirt einen 17-jährigen Pat. mit beiderseitigem Mikropthalmus congenit. Rechtes Auge, völlig atrophischen Aussehens, bei rundlichem, abgeflachtem Hornhautrest erhaltene Pupille, zählt Finger auf 6' Beiderseits Colobom der Iris und Choroïdea. Nystagmus.

3) Dr. Hach: Anknüpfend an neuerdings von ihm beobachtete Puerperalfieberfälle, in denen, wie ausführlich dargethan wird, die Infection unzweifelhaft durch 2 Hebammen vermittelt worden, fordert Redner zu energischem Vorgehen gegen das unverantwortliche Handeln der Hebammen auf. In den angeführten Fällen seien die Hebammen in dunkelwollenen Kleidern, ohne oder mit ungenügend grosser Schürze angetroffen worden und hätten

weder Nagelbürste noch Carbolseife gehabt. Abhülfe thäte hier dringend Noth und bei einigem Vorgehen der Aerzte könne viel erreicht werden. Die auf Anregung Dr. Carlblom's vor 5 Jahren als Separatabdruck aus den Protokollen der Gesellsch. veröffentlichten prakt. Regeln für Hebammen hätten damals rege Sympatie gefunden und habe damals die Gesellsch. einstimmig beschlossen, strengstens auf Befolgung jener durch die Hebammen zu achten. Im Lauf der Jahre sei aber das Interesse für die Sache bald erlahmt.

Schuld der Aerzte sei es vor Allem, dass die von ihnen aufgestellten Regeln nicht befolgt würden, denn einmal überwachten sie die Hebammen nicht streng genug, dann aber hielten sie selbst die Vorschriften nicht ein und dienten jenen nicht als Vorbild. Es sollte nur jeder Einzelne an sich selbst die Frage richten, wie oft er in den letzten Monaten diese oder jene prophylaktische Massregel in seiner geburtshüfl. Thätigkeit ausser Acht gelassen! Rücksichtslos gegen sich selbst und streng gegen die Hebammen sollten die Aerzte auf Befolgung der prakt. Regeln f. H. sehen, das seien sie ihren Wöchnerinnen, sich selbst, und vor Allem der Gesellschaft schuldig, die die Vorschriften erlassen.

Anträge: 1) Die Gesellsch. prakt. Aerzte hält es für geboten, ihre Mitglieder dringend zu ersuchen, strengstens auf die Durchführung der „prakt. Reg. für Hebammen“ von Seiten der Heb. sehen und nach Möglichkeit für die Verbreitung der kl. Schrift unter den Heb. Sorge tragen zu wollen.

2) Die Gesellschaft wolle beschliessen, jeder einzelnen Heb. — da deren Adressen jetzt vorhanden, — je ein Exemplar zu übersenden, mit der motivirten Bemerkung, dass von nun an von Seiten der Glieder der Gesellsch. strengstens auf Durchführung jener Paragraphen geachtet werden wird.

Dr. Hampeln hält es für durchaus zeitgemäss, die Heb. wie auch die Aerzte selbst an die publicirten Regeln zu erinnern. Ferner habe er eben erfahren, dass im Mai d. J. ein neues Hebammen-Reglement im Regierungs-Anzeiger veröffentlicht sei.

Dr. Hugenberger erwartet von Regeln und Verordnungen nur wenig; es müssten die Aerzte gegen das Unwesen ankämpfen durch scharfe Controle der Heb., event. behördliche Anzeige und durch Belehrung des Publikums, das seinerseits Heb. wie Aerzte am sichersten zu überwachen in der Lage sei.

Dr. Worms hat schon vor 15 Jahren einen damals abgelehnten Antrag gestellt, eine Warnung vor infectiösen Heb. bezweckend. Den Antrag wiederholend ersucht er die Gesellsch., sie wolle beschliessen, ihre Mitglieder zu verpflichten, in Puerperalfieberfällen die betreffende Heb. auf der nächsten Sitzung namhaft zu machen.

Dr. Hach wünscht den Antrag dahin zu amendiren, dass, um keine Zeit zu verlieren, der Name der Heb. sofort dem Secretär mitgetheilt werde und von diesem an die einzelnen Glieder der Ges. gelange.

DDr. Hampeln und Bernsdorff heben hervor, dass wenn auch aus seiner Hauspraxis der Arzt untaugliche resp. inficirte Heb. fernzuhalten im Stande sei, er auf die grosse Masse aller übrigen Geburtsfälle keinen Einfluss gewinne.

Dr. Stavenhagen: Durch die Tagespresse müsse das Publikum über die Infectionsgefahr instruiert werden, damit dieses die Heb. in ihrer Berufsthätigkeit controlire.

Dr. v. Reichard proponirt eine Liste zuverlässiger Heb. nach persönlicher Empfehlung seitens der Collegen zusammenzustellen und im Sitzungssaal auszulegen; gleichzeitig die Heb. davon zu verständigen, dass jeder Verstoss gegen die Hebammen-Regeln die Streichung ihres Namens aus der Liste zur Folge haben werde.

Dr. Schmidt wünscht zum Antrage Dr. Worm's hinzugefügt zu sehn, dass nach entsprechender Frist die angemeldet gewesenen Heb. wieder abgemeldet würden.

Beschlussfassung bis zur nächsten Sitzung vertagt.

1103. Sitzung am 2. December 1887.

Anwesend 39 ordentl. Mitglieder und als Gäste die DDr. Blumenbach, Grüning, v. Tiesenhausen, Johannsohn, v. Engelhardt, Deubner, Dahlfeld, Helmsing.

1. Eingelaufene Drucksachen: 25-te Jahressitzung der Russ. Balneol. Gesellsch. in Pjätigorsk am 3. Sept. 1887.

2. Dr. Bochmann: Antrag der Bibliothek-Commission. Durch Streichen von 6 Blättern aus dem Journalistikum eine Ersparniss von 90 Rbl. zu Gunsten der Bücheranschaffung zu machen. Angenommen.

3. Dr. v. Schröder: „Bericht über die Thätigkeit der Kuranstalt zu Sassenhof 1885—87“. Frequenz 1883—85: 211 Personen, 163 Männer, 48 Frauen. Frequenz 1885—87: 196 Personen, 149 Männer, 47 Frauen. Im ersten Biennium im Ganzen 8616 Pflagetage, im zweiten 9950. Die tägliche Durchschnittsfrequenz betrug 83—85: 11,80 Kranke, 85—87: 13,63 Kranke. Die durchschnittl. Kurdauer betrug: 41,3 resp. 50,6 Tage. Geheilt entlassen wurden 83—87: 51%, gebessert 31%, ungebessert 18% der Kranken.

4. In der Hebammensache wird beschlossen:

1) Die Tagesordnung: In Anerkennung des Nothstandes der Infectionsgefahr im Wochenbette erwartet die Gesellsch. von ihren Mitgliedern, dass sie strengstens auf die Durchführung der „prakt. Regeln“ seitens der Hebammen sehen und für Verbreitung der kleinen Schrift unter den Frauen Sorge tragen werden.

2) Jeder Hebamme ein Exemplar der „prakt. Regeln“ mit motivirendem Begleitschreiben zu übersenden, sowie dieselbe über den Empfang quittiren zu lassen.

3) Die Mitglieder aufzufordern, sich durch Namensunterschrift zu verpflichten, sofort nach Ausbruch einer Puerperalfiebererkrankung in ihrer Praxis, diese nebst Angabe der assistirenden Hebamme bei einem hiezu speciell designirten Collegen anzumelden, dem es obliegen soll, die eingelaufenen Meldungen zur Kenntniss der übrigen Mitglieder zu bringen. In gleicher Weise soll Abmeldung erfolgen, sobald die Hebamme die kranke Wöchnerin verlassen hat.

Behufs möglichst einheitlicher Auffassung des Begriffes „Puerperalfieber“ sind aus praktischen Gründen alle diejenigen Krankheiten der Wöchnerinnen hierher zu rechnen, welche, von dem Genitalsystem ausgehend, in den Genitalorganen selbst oder in den umliegenden Geweben sich lokalisiert oder septische Allgemeinerscheinungen erzeugt haben.

1104. Sitzung am 16. December 1887.

Anwesend 41 ordentliche Mitglieder.

1. Vor Eintritt in die Tagesordnung gedenkt Präses des 25-jährigen Jubiläums, welches die Irrenanstalt Rothenberg am 12. d. M. gefeiert, indem er Worte der Anerkennung dem zu früh verstorbenen Begründer der Anstalt wie auch ihren jetzigen Leitern zollt.

2. Für die Bibliothek sind eingegangen:

1) Protokolle der Sitzung der ärztlichen Ges. des Gouv. Kursk 1887 1. Hälfte (russ.)

2) Medicinische Beilage zum Marine-Archiv. Dec. 1887 (russ.)

3) Mittheilung über die epidemischen Krankheiten im Gouv. Kursk, zusammengestellt von Dollschenkoff.

4) Protokoll der 3-ten Sitzung der Ges. Pskowsch. Aerzte (russ.) — Letztere Gesellsch. geht an die Ges. prakt. Aerzte zu Riga mit dem Anerbieten, in Schriftenaustausch zu treten. — Angenommen.

3.—5. Interna. (Wochenbettprophylaxe, Schreiben der Stat. Commiss. Proposit. aufzunehmender Mitglieder).

6. Schreiben des „Vereins gegen d. Bettel“, enthaltend eine Empfehlung der Krankenpflegerin Amalie Beiziger.

7. Dr. Hach warnt vor Prochownik-Pessarien, wenn diese nicht sicher vernietet seien. Der Hohlraum fülle sich mit Secreten, die hier in Zersetzung übergängen, und dann reizend auf die Vaginalschleimhaut wirkten.

8. Zu Mitgliedern werden proponirt:

Dr. C. Deubner	von Dr. Hampeln.
„ J. Grüning	„ „ Stryk.
„ E. Blumenbach	„ „ Bergmann.
„ H. Johannsohn	„ „ Westermann.
„ M. Schmidt	„ „ Treymann.

1105. Sitzung am 20. Januar 1888.

Anwesend 32 ordentl. Mitglieder und als Gäste die DDr. Serafim, Pander, Helmsing, Dahlfeld, Witt-ram, Grüning.

1. Für die Biblioth. eingelaufen:

Protokolle der Plesk. Medicin. Ges. vom 15. Oktober 1887 (russ.)

Protokolle der Gesellsch. Kronstädtischer See - Aerzte 1886—87 (russ.)

Medicinische Beilage zum Marine - Archiv, Januar 1888 (russ.)

2. Dr. Bochmann theilt mit, dass am Krankenhause die Abtheil. für Infectionskrankheiten sowie die zweite In-

nera vacant seien. Reflectanten werden aufgefordert sich bei der Verwaltung zu melden.

3. Dr. Thilo: Krankenvorstellung: I. 6-jähriges Mädchen mit doppelseitiger Luxatio femoris. cong. Seit 9 Monaten von Vortrgd. mit sichtlichem Erfolge behandelt. Corsett mit 2 Stahlstäben versehen, an deren Enden aus Messingrohr gebogene Achselstützen einerseits und Trochanterstützen andererseits angebracht sind. II. 8-jährige Patn. hat in frühest Kindheit eine Verbrennung von der Achselhöhle bis zum Kniegelenk linkerseits erlitten. Narbencontraction und Unthätigkeit hatten das Bein functionsunfähig gemacht. In Jahresfrist hat Vortrgd. durch Massage, passive Bewegung, Faradisation und einen eigens construirten Streckapparat das Bein soweit gebracht, dass mit der Schiene grössere Strecken zurückgelegt werden können.

4. Dr. Miram: „Ueber Uterusextirpation:“
Vortrgd. constatirt die Nothwendigkeit für den prakt. Arzt zu der Frage der Uterusextirpation Stellung zu nehmen, damit das heilbare Leiden durch dessen Schuld nicht zum unheilbaren werde. Die Statistik habe immer bessere Resultate ergeben. West (1860) zählte auf 25 Operationen 22 Todesfälle. Die Freundsche Methode (p. laparotomiam) ergab 65—70% Mortalität, die jetzt allgemein geübte vaginale Extirpation ergab nach Gusserow (1885) eine Mortalität von 23,5% während Fritsch (1887) 10,1% und Leopold (1887) nur noch 6,2% Todesfälle zählten. Die Operation verspreche entschieden radikale Heilung, wenn Fritsch und Leopold 4 Fälle von 3-jähriger, 11 von 2-jähriger und 23 von 1-jähriger Recidivfreiheit notiren. Ein Vergleich der Erfolge der letztgenannten Operateure mit den von Schröder durch Partialoperationen bei Carcinom erzielten ergiebt günstigere Verhältnisse quoad valetudinem et vitam bei der Totalexstirpation. Hiezu kommt, dass bei anscheinend begrenzter Erkrankung, doch auch andre Theile des Organes afficirt gefunden wurden, weshalb Vortrgd. in

TWO KAMATUKO

jedem Fall von Carcinomerkrankung des Uterus mit Leopold, Fritsch, Brenneke, Staude das ganze Organ entfernt wissen will, und nur, wenn dies nicht mehr möglich, die Ausschabung und Cauterisation für berechtigt hält. Nothwendige Voraussetzung für die Extirpation sei nach allen Autoren: Freisein der Parametrien und Beweglichkeit des Uterus, nur kämen leider selten die Kranken in diesem Stadium zur Operation, trotzdem sie oft längere Zeit in ärztl. Behandlung gestanden hätten. Zur Technik übergehend werde neuerdings gerathen zur Vermeidung etwaiger Komplikationen der Reinigung der Ulceration direkt die Operation folgen zu lassen. Gusserow, Schröder u. A. stülpten den Uterus um, nachdem er vorn und hinten freigemacht worden und versorgten die Lig. lata. von oben nach unten, während Fritsch und Leopold, den Uterus in situ lassend, in umgekehrter Richtung ligirten, wobei die Blutung sicherer beherrscht und Infection des Periton. vermieden werde. Tuben und Ovarien werden, wenn leicht zugänglich, mitgenommen. — Wundverlauf nach allen Autoren auffallend reactionslos. Therapie: Eis und Opium; am 7. Tage Stuhl, am 8.—10. erster Verbandwechsel mit Scheidenspülung und Entfernung gelöster Ligaturen, was dann alle 2—3 Tage wiederholt wird. Am 16.—18. Tage verlassen die Kranken das Bett.

Referat über' zwei in' der Diakonissen-Anstalt operirten Fälle:

I. Fall: 50-jährige kräftige Frau. Carcinöse Erkrankung der Corpus-Schleimhaut. Keine Drüseninduration. Schwierige Umstülpung bei einfacher Vernähung des Muttermundes, ohne vorgängige Reinigung der Ulceration, mangelhafte Desinfection der äussern Genitalien, endlich das Haus durchsetzender Baustaub veranlassten wol den tödtlichen Ausgang, der am Morgen des 4. Tages erfolgte. (Peritonitis).

II. Fall: Reinigung des Geschwüres an der Portio einige Tage vor der Operation. Diese wieder mit Umstülpung ausgeführt. Verlauf günstig, höchste Temperatur 38,5° bei gutem Pulse (Secretstauung hinter dem Tampon). Geheilt.

Dr. Berg referirt über eine Extirpation, die er im Nov. 1887 ausgeführt. Elende Patn. mit Temp. von 39—40° vor der Operat. Diese verlief glatt (beide Ovarien entfernt, nicht genäht) ebenso günstig war der eigentliche Wundverlauf. Dagegen schon vom 4. Tage an Decubitus an verschiedenen Stellen und ging Patn. nach 1½ Monaten an Pyämie zu Grunde. Eine vor 1¾ Jahren von ihm operirte Patn. hat ein Recidiv in der Narbe.

Dr. Hach fügt dem von Vortrgd. Angeführten als weiteres Postulat für die Extirpation Freisein der lig. rectouterina hinzu.

Leopolds Statistik sei so günstig, weil er bei leichter Portio-Erkrankung die Extirpation ausführe.

Dr. Miram: Leopold stütze sich auf die Erfahrung, dass bei scheinbar isolirter Portioerkrankung doch auch der Fundus uteri afficirt gefunden werde.

Dr. Hach: Nur wenn das Curettement Freisein des Corpus ergab, begnügte sich Schröder mit der Amputation.

5. Interna.

(Protokoll-Verlesung. Beschluss über Infectionsstatistik. Ballotement verschoben).

1106. Sitzung am 3. Februar 1888.

Anwesend 36 ordentl. Mitglieder und als Gäste die DDr. Wittram, Dahlfeld, Blumenbach, Helmsing.

1) Für die Bibliothek sind eingegangen:

a. Sitzungsberichte der Gesellsch. für Geschichte

und Alterthumskunde der Ostseeprovinzen Russlands. 1887.

b. Dr. Schuster (Aachen): Ueber die Behandlung der Syphilis des Nervensystems etc. (Sonderabdruck).

c. Rechenschaftsbericht des Medicin.-Depart. für 1885 (russ.)

d. Protokolle der Ges. Kiew'scher Aerzte für 1885—86 nebst Beilage (russ.)

2) Dr. Schultz berichtet über die gerichtl. Section des 2 Tage vorher verstorbenen E. K. der, nachdem er den Tag über betrunken und sehr unruhig gewesen, Abends todt hingefallen. Im Hause fanden sich Unzen II concentrirter Carbolsäure. Seröse Durchfeuchtung der Hirnsubstanz, Injection der Meningen. Lungen hyperämisch, rechte Herz gefüllt. Magen geschrumpft, Wulstung parallel den Curvaturen, Epithel verschorft, starker Carbolgeruch. Chem. React. auf Carbol positiv. Mund-Rachen-Oesophagus-Dünndarmschleimhaut normal ebenso der Urin. Die geschluckte Menge Carbol könne höchstens Unze $\frac{1}{2}$ betragen haben und müsse der Tod momentan eingetreten sein.

3) Dr. Voss: „Emphysem bei Fractur des Felsenbeins und Rindenverletzung“. — Pat., im hiesigen Krankenhaus, wies, nach Sturz von einem 3 Stock hohem Baugerüst nur ein Parese des r. Armes und Beines und Emphysem am rechten Process. mast auf. Keine Bewusstlosigkeit, Kopfschmerz, Erbrechen. Emphysem am 3. Tage geschwunden, Parese wenig später. Bei bis auf 56 sinkendem Pulse (intracranieller Bluterguss) entwickelt sich nun eine bleibende Paralyse der untern Zweige des rechten Facialis und eine 12 Stunden andauernde Parese des recht. Abducens. Augenhintergrund normal. Am 20. Tage Neuritis, resp. Stauungspapille constatirt. Vortrgd. nimmt an, dass die Fractur durchs rechte Felsenbein bis aufs Emphysem

symptomlos geblieben, ohne dieses nicht zu diagnosticiren gewesen wäre. Die übrigen Erscheinungen bezieht er auf ein Trauma der Rinde der linken Hemisphäre.

Als Analogon zur theilweisen Facialparalyse referirt Vortrgd. über einen Fall, wo nach Schlägen auf den Kopf eine Fissur des recht. Scheitelbeines mit Aphonie und Paralysis der untern Facialzweige constatirt wurde. Nach 8 Tagen traten hier Spasmen im gelähmten Gebiet ein, die im ersten Fall fehlten.

Diese Fälle sprächen vielleicht für isolirte Lage der Centren des obern und untern Facialis.

4) Dr. Gaethgens berichtet über 2 von ihm mit dem in Sayre'scher Schwabe angelegten Gypscorsett behandelte Fälle von congenitaler Luxatio femoris (im einen Fall doppelseitig). Die Resultate waren gut. Das Gypscorsett mache Achselstützen entbehrlich und könne von jedem Arzt angelegt werden, nur müsse es tief hinabreichen, über den Trochanteren gleichsam eine Kappe bilden.

Dr. Thilo: auch sein Apparat könne von jedem Arzt angelegt werden. Achselstützen würden immer gut vertragen.

5) Zu ordentl. Mitgliedern aufgenommen: die DDr. John Grüning, Karl Deubner, Edmund Blumenbach, Hermann Johannsohn, Max Schmidt.

1107. Sitzung am 17. Februar 1888.

Anwesend 36 ordentl. Mitglieder und als Gäste die DDr. Dahlfeld, Helmsing, Dietrich, Pander, als permanenter Gast Dr. Berent.

1) Präses begrüsst die anwesenden neu aufgenommenen ordentl. Mitglieder der Gesellschaft.

2) Für die Bibliothek eingegangen:
Medicin. Beilage zum Marine-Archiv, Febr. 1888 (russ.)

3) Dr. Bochmann trägt den Kassen- und den Bibliothek-Bericht vor.

4) Dr. Krannhals: „Zur Diagnostik der Magenkrankheiten“.

Vortragd. giebt einen Ueberblick über den jetzigen Stand unserer Kenntniss der physiologischen wie der pathologischen Vorgänge bei der Magenverdauung.

Der stark sauer reagirende Magensaft enthält: Pepsin, Salzsäure, Schleim, Mineralstoffe. Pepsin und Salzsäure, ersteres als Ferment wirkend, verwandeln Eiweis in Pepton. Ferner wird Milchzucker in Milchsäure, Rohrzucker in Traubenzucker übergeführt. Fette gehen zum geringen Theil in Glycerin und Fettsäure über.

Nach Ewald und Boas beginnt die saure Reaction $\frac{1}{4}$ Stunde nach der Nahrungsaufnahme und erreicht die Secretion des Magensaftes ihren Höhepunkt in der 3—4 Stunde. In 5 bis 7 Stunden ist die Magenverdauung normaler Weise beendet. Sofort nach dem Essen findet sich auch unter physiolog. Verhältnissen Milchsäure im Magensaft, die mit zunehmendem Salzsäuregehalt schwindet, so dass man im ersten Stadium der Verdauung Milchsäure allein antrifft, im zweiten Milchsäure und Salzsäure, im dritten Salzsäure allein.

Die Milchsäure beginnt die Peptonisirung der Albuminate, die die Salzsäure vollendet. Bei noch fehlender oder geringer Acidität werden Amylaceen durch das verschluckte Ptyalin verdaut, das durch stärkeren Säuregehalt zerstört wird. Nur zu ganz geringem Theil werden Fette verdaut, die in grösserer Menge die Magenverdauung aufhalten.

Die systematische Untersuchung des zu bestimmten Zeiten der Verdauung ausgeheberten Mageninhaltes stammt von Leube und ist namentlich von Riegel weiter ausgebildet worden; sie ergiebt werthvollen Aufschluss über die Function des Magens. Die Untersuchung bestimmt: Aus-

sehen, Reaction, Aciditätsgrad, freie Säure, Peptongehalt und verdauende Kraft des Magensaftes.

Boas theilt die Magenkrankheiten in Bezug auf das Verhalten des Mageninhaltes in 4 Gruppen: 1) Störungen bei normaler chemischer Function, *Dyspepsia nervosa*.

2) Störungen bei ungenügender oder fehlender Salzsäuresecretion: a. bei Carcinom, b. beim chron. Katarrh, wo der Salzsäuregehalt indess nie dauernd fehlt und mit Besserung der Leidens zunimmt, c. bei Atrophie der Magenschleimhaut, d. bei hochgradigem allgemeinem Marasmus, e. bei Gallenrückfluss in den Magen.

3) Störungen bei übermässiger Salzsäure-Secretion. Zu unterscheiden ist hier zwischen Hyperacidität und Hypersecretion. Ersteres findet sich fast constant bei *ulcus rotundum*, es wird durch Mehrgehalt an Salzsäure bedingt, während die organ. Säuren meist in normaler Quantität vertreten sind.

4) Störungen bei wechselndem Verhalten der Magensaft-Secretion bei Gastrektasie, die indess als Krankheit *sui generis* nicht mehr statuirt werden dürfte.

Magenuntersuchung: die Reaction wird durch Lacomuspapier, der Aciditätsgrad durch Titriren festgestellt. Zum Qualitativen Nachweis der einzelnen Säuren gebe es keine ganz einwurfsfreie Reaction, weshalb sie möglichst alle auszuführen wären.

Salzsäure: 1) intensive Blaufärbung des rothen Congo-papiers, 2) Bläuung einer wässerigen Methylviolettlösung, 3) Braun- resp. Lilafärbung von Tropäolinlösung resp. Papier, 4) Rothfärbung der sog. Günzburger'schen Reagens (Phloroglucin-Vanillin), 5) Rosafärbung des Uffelmann'schen Heidelbeer-Reagenzpapiers und Persistenz der Färbung nach Uebergiessung mit Aether.

Milchsäure: 1) Gelbfärbung der amethystblauen Uffelmann'schen Carbol-Eisenchlorid-Reagens, 2) intensive Gelbfärbung einer sehr diluirten Eisenchloridlösung, 3)

Heidelbeer-Reagenz-Papier, dessen Rosafärbung durch Aether schwindet.

Prüfung des Mageninhaltes auf Pepton und verdauende Kraft im Brutapparat.

(Diskussion siehe Sitzung 1108).

1108. Sitzung am 2. März 1888.

Anwesend 38 ordentl. Mitgl. und als Gäste die DDr. Geh.-R. Hugenberger, Serafim, Dahlfeld, Laurentz, DDrd. Haller und Wittram.

1) Dr. Zwingmann: Krankenvorstellung.

55-jähr. Lettin mit Hydrophthalmus anterior. Beiderseits Intercalarstaphylom-ähnliche Verbreiterung und Verdünnung des Scleralbordes. Hornhaut rechts klar, links leicht getrübt, Nystagmus, fluctuirende Glaskörperopacitäten, keine Druckexcavation. Rechtes Auge: breites Colobom nach oben, in welchem der Rand der Linse sichtbar; Augenhintergrund: breiter Scleralcensus nach unten, Papille quer-oval, nicht athrophisch, nach innen unten excavirte, atrophische Scleralpartie. Visus nicht bedeutend herabgesetzt, Gesichtsfeld nahezu normal. Stumpfe Verletzung vor ca. 10 Jahren, seitdem Verfall des Sehvermögens. Linkes Auge: runde, starre Pupille, Papilla n. opt. athrophisch, weisse atrophische Scleralherde, atroph. Retinalgefäße. Visus=0 seit 3 Jahren. Über Ursprung und Verlauf des Leidens weiss Patn. keine Angaben zu machen, sie sei vielleicht in der Kindheit operirt worden.

DDr. Mandelstamm und Stavenhagen halten das Scleral-Staphylom für traumatischen Ursprunges.

2) Dr. Petersenn: 26-jähr. Mann erkrankt plötzlich mit Kopfschmerz, Uebelkeit, Gesichts- und Gehörstörungen. Pat. bleich, Temp. anscheinend normal, Puls langsam, weich; stösst die Worte hervor. Nach 4 Stunden Sopor. Pupillen delatirt, reagiren nicht, Puls frequenter, ungleich.

Nach weitem 2 Stunden stertoröses Athmen, klonische Krämpfe der Arme, Trismus, keine Nackenstarre. Krämpfe sistiren plötzlich, Respiration stockt, Herz arbeitet noch kurze Zeit bis zum Exitus. Diagnose: Meningitis cerebrospin. epidem.

Dr. A. Haken hat Pat. als Leiche gefunden, glaubt aber nach dem Referat der Angehörigen, der Verst. habe am Magen gelitten; es könne sich um Ulcus ventriculi und Gehirnembolie von dorthier gehandelt haben.

Dr. Hampeln vermisst ausser Andern das Fieber im Krankheitsbilde, auch sei ihm das augenblickliche Bestehen einer Meningitis-Epidemie nicht bekannt.

3) Diskussion über den Vortrag Dr. Krannhals. „Zur Diagnostik der Magenkrankheiten“.

Dr. Hampeln hebt die grosse Bedeutung der Magensaftuntersuchung für die Differenzialdiagnose: „Ulcus oder Carcinom“ hervor.

Dr. Blumenbach: bei Entleerung des Magens nach dem Probefrühstück störe das neben der Sonde Erbrochene, das bei Untersuchung, offenbar durch Beimengung von Speichel, ganz differente Resultate ergebe.

Dr. Krannhals bestätigt diese Erfahrung. Aus seiner Praxis berichtet er über einige Fälle, in denen die Magensaftdiagnose ganz abweichend lautete von der nach sonst üblichen Gesichtspunkten gestellten. Bei einer Patn. deuteten alle Symptome auf einfachen Katarrh und nur der dauernd fehlende Salzsäuregehalt erhielt den Verdacht auf Carcinom aufrecht. Bei einer andern war die Diagnose auf Dyspepsia acida gestellt, die Magensaftuntersuchung ergab aber verminderte Acidität und braucht Patn. Salzsäure mit bestem Erfolg. Ferner ein Alkoholiker mit heftigem Sodbrennen, gegen das er lange Alkalien gebraucht. Die Untersuchung constatirte minimale Acidität. Bei einer Patn. konnte trotz Bluterbrechens bei verringerter Acidität

ulcus rotund. mit Sicherheit ausgeschlossen werden und handelte sich's auch in der That um verschlucktes Blut.

Dr. Hampeln: Neuerdings sei Salzsäuregehalt des Magensaftes bei Carcinom ausnahmsweise constatirt worden, ganz einwurfsfrei seien freilich die Fälle nicht alle, namentlich fehle die Sicherstellung der Diagnose durch Autopsie. Er selbst verfüge über 3 Fälle dieser Art, an deren einem die Resection des Carcinoms von Dr. Jansen ausgeführt worden.

Dr. Voss: Ewald habe in der Berl. Med. Gesellsch. ein Oesophaguscarcinom mit fehlender Salzsäurereaction vorgestellt. Er knüpft daran die Frage, ob jedes Carcinom des Darmtractus überhaupt die Erscheinung aufweise.

Dr. Hampeln: Nach Riegel fehle Salzsäure auch bei Dodenal-Carcinom, bei Erkrankung des übrigen Darmes und des Pankreas aber nicht.

Dr. Worms: „Zur Therapie der chron. bacillären Lungenschwindsucht“.

Wichtigste Kurmittel der Phthisebehandlung seien anerkannter Massen: Genuss reiner Luft und forcirte kräftige Ernährung. Die Therapie habe den Zweck, die Wehrhaftigkeit der thierischen Zelle gegenüber der eingewanderten pflanzlichen zu heben. Der Process der Entlastung der phthisischen Lungen von pathogenen Keimen sei ein mehr passiver; unter dem Gebrauch jener Kurmittel sterilisire sich der Nährboden, die feindlichen Eindringlinge würden gleichsam ausgehungert. Die organische Noxe werde nur indirekt angegriffen, es fehle bisher ein Mittel die Infectionsträger direkt zu beeinflussen, wenn dieses nicht etwa in Kreosot gegeben sei.

Der Tubercelbacillus sei auf enge Temperaturgrenzen bei seiner Entwicklung angewiesen. Nach Fränkel entwickelte er sich überhaupt nur zwischen 30 und 42° und hätte sein Optimum bei 37,5° und schon geringe Abweichung von diesem fänden in mangelhaftem Gedeihen der

Pilze ihren Ausdruck. In dieser ihrer Entwicklungsbedingung meint Vortrgd. den festen Punkt zu finden, an dem der Hebel unseres therapeutischen Handelns anzusetzen sei, die möglichst niedrige Temperatur der Athmungsluft dauernd methodisch angewandt, könnte sich als direktes antibacilläres Mittel erweisen. Gerhard bekämpfe mit seiner Eisbehandlung bei Lupus denselben Infectionsträger in analoger Weise. Zur Sicherstellung der Theorie müsse die Frage experimentell entschieden werden, ob und wie weit die kalte Aussenluft bei Tiefathmen die Lungentemperatur herabsetze. Der Kranke müsse, bei nicht zu weit vorgeschrittenem phthisischem Process, einen grossen Theil des Jahres im Freien lebend, durch den offenen Mund möglichst kalte Luft einathmen und auch Nachts der Luft, wenn auch beschränkten, Einlass in's Schlafzimmer gewähren. Vor Wärmeverlust von der Haut sei der Pat. durch entsprechende Kleidung resp. Bedeckung streng zu hüten, die Innervation der Hautgefässe sei durch kalte Abreibung und dergl. zu stählen. — Vortrgd. habe die Kur durch drei Winter durchführen lassen trotz der Schwierigkeiten, die Mangel an Energie seitens der Patn. und Vorurtheil ihr in den Weg stellten. Die Winterkur sei an sich nichts Neues, aber die theoretischen Erwägungen bei ihrer Empfehlung seien bisher andere gewesen. Auch abgesehen von diesen, trete er für die kalten Winterkuren ein, von denen er mehr Erfolg erwarte als von der Behandlung in Sanatorien, und redet der Gründung kleiner Asyle auf dem Lande das Wort.

Dr. Hampeln: Die Kalteluftbehandlung der Phthise sei von Kroschowsky empfohlen worden, auch sei es in Amerika gebräuchlich, Schwindsüchtige in den Norden zu dirigiren.

Dr. Rulle übt gern die Kältebehandlung, ohne sich der Anschauung von der Bacillenvernichtung anzuschliessen

und bezieht die günstige Wirkung der kalten Luft auf Anregung zu energischerer Lungenthätigkeit.

Dr. v. Hübner: Der Vortrag verdiene ganz besonderes Interesse, da für Riga ein Wintersanatorium geplant werde. Thatsache sei die Schwindsuchtfreiheit des hohen Nordens und auch Davos verdanke seinen Ruf der kalten Bergluft. Dettweiler und Penzold legten gleichfalls Gewicht auf die kalte Luft und liessen ihre Phthisiker bis zu 12° im Freien. In jeder Hinsicht wünschenswerth erscheine es, unsern Schwindsüchtigen einen Ersatz für die ausländischen Anstalten zu gewähren.

Dr. Hampeln: Dettweiler und Penzold schätzen die kalte Luft in erster Linie als Abhärtungs- nicht als Kurmittel.

Dr. Bergmann fragt, ob nicht doch das Kreosot das wirksame Prinzip der Behandlung Dr. Worms gewesen. Ein Pat. habe sich, trotzdem er gezwungen war, in staub-erfüllten Speichern sich aufzuhalten, unter Kreosot wesentlich gebessert. Im Krankenhause gebe er bei Phthise wie bei Lepra Kreosot subcutan und sehe Erfolge trotz schlechter Krankenräume und bei gleichzeitiger Luës.

Dr. Worms giebt zu, von Kreosot grosse Stücke zu halten. Jedenfalls aber erscheine die Kaltluftbehandlung rationell, wenn die Temperaturermässigung in der Lunge eingeräumt werde.

Dr. v. Hübner spricht seine Zweifel an der Möglichkeit einer soweit gehenden Temperaturherabsetzung aus, ohne die prakt. Erfolge der Therapie in Frage ziehen zu wollen.

Dr. Voss: läge das Optimum des Bacillus bei 37,5° so könnte er sich z. B. bei Phthisis acutissima mit 40° nicht so rapid entwickeln. Vielleicht sei die Grenze auch abwärts ebenso auszudehnen, und weit könne die Lungentemperatur doch jedenfalls nicht hinabgedrückt werden.

Bei Eisbehandlung des Lupus würde eine Temperatur erzielt, die von 0° nicht zu weit entfernt sein dürfte.

Dr. Worms citirt hiergegen Fränkels Angaben, nach denen eine constante Temperatur von 36° genügen dürfte.

Dr. Hampeln und Dr. Rulle erscheint weitgehende Abkühlung der Lunge aus verschiedenen Gründen nicht wahrscheinlich.

Dr. Voss: Fränkels Angaben bezögen sich auf Kulturen im Reagenzglase. Im lebenden Körper könnten die Verhältnisse andere sein.

1109. Sitzung am 6. April 1888.

Anwesend 46 ordentl. Mitglieder und als Gäste die DDr.: Packewitz, v. Erdberg, Bortkewitsch, Laurentz, Dahlfeld, die DDrd.: Vogel und Wittram.

1) Schreiben der Statist. Commission d. d. 9. März c. s. Nr. 7.

2) Für die Bibliothek eingegangen:

a. Beilage zum Marine-Archiv. März 1888 (russ.)

b. Versuchsergebnisse über Impfung der Sibirischen Pest auf Hausthiere — vom Chersson-schen Landschaftsamt (russ.)

c. Protokoll des Kursker Gouv.-Aerzte-Rathes 1887 (russ.).

3) Dr. E. Schwarz: „Ueber Localisation bei Gehirn-krankheiten“ (mit Krankenvorstellung).

Fest stehe (Nothnagel), dass auf Grund patholog. Beobachtungen eine Localisation in der Hirnrinde anzunehmen sei. Weit hinter den Ergebnissen der Klinik ständen, bezüglich dieser Frage, die der physiologischen Forschung zurück; dieselbe habe indessen zwei für die folgende Demonstration wichtige Thatsachen constatirt:

eigenthümlich sei der durch Reizung der Hirnrinde hervorgebrachten Bewegung 1) dass bei ihr immer Zweige verschiedener peripherer Nerven zusammenwirken, 2) dass nie ein Nerv in toto, sondern immer nur ein Theil seiner Fasern in Action trete. Für den Kliniker sei die Frage der Localisation seit Broca entschieden; Nothnagel und Naunyn hätten dann gezeigt, dass nicht nur für die Sprache eine Localisation berechtigt sei. Die Beobachtungen von Broca und Wernicke seien durch Naunyn bestätigt worden, der ihnen noch eine 3. Gruppe der Sprachstörung anreicht: die unbestimmte Aphasie. Auch diese hätte meist ihren Sitz in der Broca- und Wernickeschen Windung, in der Minorität der Fälle indessen weit entfernt davon, zum Theil am Uebergang des Gyrus angularis in den Hinterhauptslappen. Naunyn bezeichne die Brocasche Aphasie als „motorische“ die Wernickesche als „acustische“ und lasse durchblicken, die von ihm gefundene Stelle dürfte als Ort bezeichnet werden, dessen Läsion Aphasie mit Wortblindheit bedinge. Die drei aufgestellten Rindenfelder seien nicht als Sprachcentren aufzufassen, sondern als Orte, von denen aus Sprachstörungen hervorgerufen werden. Diese Felder seien aber weder scharf begrenzt zu denken, noch auch bei verschiedenen Individuen genau an derselben Stelle zu finden.

Die motorischen Rindenstörungen anlangend, stehe fest, dass von der Rinde aus Lähmungen von Bestand erzeugt werden könnten. Je weniger ein Muskel dem Willen unterthan sei, um so seltener werde er cortical gelähmt gefunden, es stünden also wol diese Muskeln in weiterer Beziehung zur Hirnrinde als die rein willkürlichen.

Es sei physiolog. constatirt, dass, je niedriger das Versuchsobject in der Reihe der Thiere stehe, um so schwerer bei ihm Lähmungen durch Verletzung des Grosshirnes erzeugt würden, um so mehr der Akt der Fortbewegung automatisch sich abspiele. Bei höher differenzirten

Thierklassen sei die Entwicklung der Basalganglien eine geringere im Vergleich zum Grosshirn, das deren Functionen übernehme. Die vergleichend-anatom. Thatsachen im Zusammenhang mit den experimentellen wie klinischen Erfahrungen müssten die erbittertsten Gegner der Localisation zum Schweigen bringen.

Vortrgd. demonstrirt an schematischen Zeichnungen die Lage der motorischen Rindenfelder.

Ueber die, die motorischen Störungen begleitenden Sensibilitätsdefecte herrsche noch grosse Unsicherheit (Sepilli). Wichtig sei die nahe Beziehung des Parietal-Lappen zum Muskelsinn (Nothnagel).

Die Physiologen hätten fälschlicher Weise die motorischen Rindenfelder als psychomotorische Centren bezeichnet, als wenn die Entstehung eines einzelnen Bewusstseinsvorganges an ein engbegrenztes Rindenfeld gebunden sei.

Der Entschluss, eine Bewegung auszuführen, sei ein diffuser Vorgang, die Möglichkeit, ihn zu realisiren, indessen an die Unversehrtheit gewisser Centren gebunden. Der Willensimpuls müsse irgendwo gesammelt werden, um in die geripheren Organe zu gelangen, und zwar seien die sog. psychomotor. Centra diese Sammelpunkte, für welche Nothnagel die Bezeichnung „Rindenfelder der einfachen motorischen Uebertragung“ vorschlage.

Auch für andere functionelle Vorgänge beständen dieselben Verhältnisse, die Vortrgd. hier nicht näher berührt.

Das bisher Erforschte habe uns immerhin nur an den Anfang des Studiums der Gehirnfunktionen gebracht, das von Anatomie, Physiologie und Klinik in Gemeinschaft weiter zu kultiviren sei. Den unumstösslichen Satz habe die Klinik hingestellt: die Pathologie beweise für den Menschen eine Localisation in der Hirnrinde. (Krankenvorstellung s. Stzg. 1110).

4) Dr. v. Hübner, Antrag:

Jeder Puerperalfieberfall soll sofort zur Anzeige gebracht und die Anzeige spätestens Tages drauf an die einzelnen Aerzte gelangen. — Angenommen.

5) Dr. Hach: Demonstration eines geburtshülflichen Besteckes von Instrumentenmacher Marggraf (hier) ganz in Metall gearbeitet.

1110. Sitzung am 20. April 1888.

Anwesend 28 ordentl. Mitglieder und als Gast Dr. Packewicz.

1) Eingegangen: a. Gustav Fock — Leipzig: Verzeichniss v. Abhandlungen aus d. Gesamtgeb. d. Medicin. b. Medicinische Beilage zum Marine-Archiv (April 1888) (russ.).

2) Beschlossen: sich an der Feier der 50-jährig. Doctor-Jubiläen des Kurl. Medicin.-Insp. Mulert (23. April) und des Präsidenten des Medicin.-Rathes Zdekauer (7. Mai) durch Adressen zu betheiligen.

3) Dr. Ed. Schwarz stellt die auf seinem Vortrag (cf. 1109. Sitzg.) bezügliche Kranke vor:

Frau A. Sch., 36 a. n. Bewegungsstörung der. l Hand und zwar Lähmung sämmtlicher kleinen Handmuskeln ohne Atrophie oder Entartungsreaction. Geringe Abmagerung der Hand. Sensibilität fast normal. Muskelsinn herabgesetzt. Eine Störung finde sich an der Hand, die Vortrgd. nach Analogie der Seelenblindheit mit Seelenanästhesie bezeichnet: Patn. vermag sich bei geschlossenen Augen mit der linken Hand über die Aussenwelt nicht zu orientiren, es gelingt ihr nicht ein in die Hand gedrücktes Schlüsselbund, ein Taschenmesser, ein Bürstchen etc. von einander zu unterscheiden. Diese letztere Störung weise ebenso wie die Lähmung selbst auf eine Störung in der Hirnrinde, weil

die Lähmung Zweige verschiedener Nerven betreffe und weil die betroffenen Nerven in einzelnen Zweigen gelähmt seien; ebenso weise auch der monoplege Charakter der Lähmung auf die Rinde. Anamnestisch theilt Vortrgd. mit: seit 1881 leide Patn. an Krämpfen, mit einer Aura im linken Daumen beginnend. In den ersten Jahren seien die Krämpfe allgemein gewesen mit Bewusstlosigkeit verbunden, in letzter Zeit blieben sie, meist mit erhaltenem Bewusstsein, auf den linken Arm beschränkt. Bei diesen typischen Jackson'sehen Krämpfen finde sich immer bei der Section Erkrankung in der motor. Region der Hirnrinde. Opthalmoskopisch finde sich Sehnervenatrophie und perivasculäre Streifen am linken Auge, was auf eine abgelaufene Neurit. optica zu beziehen sei. Zweimalige perimetrische Aufnahmen bestätigen diese Vermuthung. Patn. ist mit einem luët. Manne verheirathet und hat 5 Mal theils abortirt, theils rechtzeitig Kinder zur Welt gebracht, die bald an Luës zu Grunde gingen.

Die Gesammtheit der Symptome lassen Vortrgd. mit einiger Wahrscheinlichkeit ein Gumma, resp. dessen Narbe in der vordern Centralwindung gegenüber der mittlern Stirnwindung als Grund der vorliegenden Störung annehmen. Der günstige Erfolg wiederholter specifischer Kuren, die Patn. so weit gebracht, dass sich der auf den Arm beschränkte Krampf nur 3—4 Mal jährlich wiederholt, stütze die Annahme.

Zum Schluss erklärt Vortrgd., er halte die Trepanation für indicirt, wenn der Sitz des Gumma in der Hirnrinde mit Sicherheit zu bestimmen sei.

Auf die Frage Dr. Bergmann's, ob Vortrgd. jedes Gumma der Hirnrinde als Indication zur Trepanation hinstellen wolle, entgegnet Dr. Schwarz: nur bei fulminanten Erscheinungen, bei vitaler Indication und bei sicher diagnosticirter Localisation. Jedenfalls sei vorher der Erfolg einer specifischen Kur abzuwarten.

Dr. Tiling: Der Umstand, dass es sich um so stabile Symptome und anscheinend auch Störungen trophischer Natur handle, mache ihm die Rindenerkrankung doch zweifelhaft.

Dr. Schwarz: Um transitorische Störungen handle sich's bei Lähmung der sog. psychomotor. Centren, nicht bei Rindenerkrankung. Im vorgestellten Falle läge entschieden nicht Atrophie des Armes sondern einfach Abmagerung vor. (Besserung durch Massage und Faradisation). Die periph. Nerven und die grauen Vordersäulen seien auszuschliessen, für die Medulla seien die Affectionen zu wenig verbreitete. Auch die epeleptischen Krämpfe deuteten auf die Rinde (Luciani).

Dr. v. Rautenfeld zweifelt die Localisation nicht an. Nur in Bezug auf die Seelenanästhesie schliesst er sich Redner nicht an, sondern will die Symptome auf Fehlen des Muskelsinnes, wie sie bei der Ataxie beobachtet werden, zurückführen.

Dr. Schwarz: Der Muskelsinn sei im ganzen Arm erhalten. Ein Tabetiker mit so intacter Sensibilität könne sich vorzüglich orientiren. Da alle anderen Symptome auf die Rinde wiesen, sei für das eine Phänomen eine anderweitige Localisation schwer annehmbar.

Dr. Holst findet in beregtem Symptombilde grade eine Bestätigung der Rindenlocalisation, da die Seelenanästhesie eine nicht seltene Erscheinung der Hysterie und hier auf die Hirnrinde zu beziehen sei.

Dr. Merklin weist darauf hin dass nach Bernhard Tumoren der Hirnrinde grade derartige feine Sensibilitätsstörungen veranlassten. Auch wenn der Muskelsinn verantwortlich zu machen wäre, so handelte sich's immerhin um sensible Störung der Muskel und Gelenke.

Dr. v. Rautenfeld erklärt, ebenfalls die Symptome in toto auf die Hirnrinde zu beziehen.

4) Präses verliest das Schreiben des Secretair v. Carlberg (14. April) die Gründung einer Heilanstalt für Tuberculöse betreffend.

Beschlossen: Dem Unternehmen die Sympathie der Gesellschaft auszusprechen, die Angelegenheit selbst aber zur Berathung einer Commission (DDr. Hampeln, Worms, Schmidt) zu überweisen.

5) Schreiben des Rig. Vogteigerichts (20. April), ein vom Beklagten gewünschtes Gutachten in der Klagesache Dr. E. Lilienthal contra Kaufm. Holländer betreffend.

Beschlossen: der gen. Behörde mitzutheilen, die Ges. prakt. Aerzte sei nicht in der Lage über die Materie zu verhandeln.

1111. Sitzung am 4. Mai 1888.

Anwesend 36 ordentl. Mitglieder und als Gäste die DDr. Bortkewitsch, Helmsing, Packiewicz, Drd. Wittram.

1) Dr. Worms, der Dr. v. Mulert die Adresse der Gesellsch. überreicht, bringt den Dank des Jubilaren; Präses verliest das Dankschreiben desselben.

2) Dr. Voss demonstriert eine von einer Section im Krankenhause stammende Ovarialcyste. Die Cyste enthält der Wand anhaftende Haare, Zähne und ein mit Zähnen besetztes Knochenstück (Unterkiefer?). Die Cyste birgt eine zweite, gleichfalls dermoïden Charakters, vollständig geschlossen, weshalb Vortrgd. sie nicht für eine vernarbte Tasche, sondern vielmehr die ganze Neubildung für eine multiloculäre Dermoidcyste anzusprechen geneigt ist. Auch das zweite Ovarium trug eine Dermoidcyste.

Hierzu berichtet Dr. Hampeln, Patn. sei im letzten Stadium einer Nephritis in's Krankenkhaus gekommen, weshalb die Operation unterblieb.

3) Dr. v. Hübner: Erfahrungen aus der Kinderpraxis.

a) „Ueber Badebehandlung bei Scharlach“. Bei schweren Scharlachfällen, mit oder ohne Complication, fehle niemals hohes Fieber und in seinem Gefolge nervöse Symptome schlimmster Vorbedeutung. Den so viel häufigern bösartigen Charakter früherer Epidemien findet Vortrgd. begründet in dem damals üblichen unzweckmässigen hygiänischen Regim: hohe Zimmertemperatur, verdorbene Luft, Unsauberkeit vermehrt durch die Perspiration hemmende Fetteinreibung beim Verbot des Wäschewechsels. Noch seltener würden die schlimmsten Fälle werden bei allgemein adoptirter frühzeitiger Badebehandlung, die durch kein sonst noch so schätzenswerthes Antipyreticum zu ersetzen sei. Die Bäder brauchten weder sehr kalt noch von langer Dauer zu sein. Bäder von 15—20° C. (12—16° R.) würden nach Böhm von Kindern wie Erwachsenen bei 5—10 Minuten Dauer gut vertragen. Aber auch höher temperirte Bäder von 25—30° C. (20—24° R.) hätten bei jungen Kindern Erfolg, ebenso auch in 10—15 Min. von 35° C. auf 20° C. abgekühlte. Auch Einwicklungen, in jedem Cyklus 3—7 Mal wiederholt, seien oft ausreichend. Ausser den Bädern verwendet Vortrgd. auch Antipyretica und zwar lieber Chinoïdin. tannic. neutr. und Natr. salicyl. als Antipyrin und Antifebrin. Zur Ernährung Milch und Wein, welch letzterer dem dyspeptischen Magen die Assimilation der Milch erleichtere. Schliesslich betont Vortrgd., dass ausser der Antipyrese das Bad zur Pflege der Haut, des meist afficirten Organes, in günstiger Weise beitrage, im Gegensatz zu den Schmemannschen Fetteinreibungen.

Dr. Treymann wendet bei Scharlach wie bei allen acuten Infect.-Krankheiten gern Bäder an, sieht aber in ihnen nicht ein sicheres Schutzmittel gegen Complicationen. Speciell die Nephritis scarlatinosa ist er geneigt als recurrirende Erkrankung, begründet in der Natur der jedesmaligen Infection, aufzufassen, ebenso wie ein nach ca. 2 Wochen wieder auftretendes Exanthem beobachtet werde

Dr. v. Hübner meint durch das Bad doch schwerste Fälle durchzubringen. Wenn auch die Nierenerkrankung von der Therapie unabhängig sei, erscheine es rationell für Pflege des vicariirenden Hautorganes zu sorgen. Er halte es dafür, dass Nieren- und Hauterkrankung gleichzeitig eintreten, erstere indessen später erst manifest werde.

Dr. Hampeln spricht sich ebenfalls für die Bäder aus, erklärt es aber für misslich, bei dubiöser Prognose die Behandlung gegen die Abneigung der Umgebung durchzusetzen. Die Fetteinreibung habe er, wie bei Erysipel, von günstiger Wirkung gefunden. Dass sie die Perspiration hemme, bleibe noch zu beweisen.

Dr. v. Hübner betont nochmals die Wichtigkeit des frühen Badens. Fetteinreibung, ein sicheres Schutzmittel gegen Kälte, unterstütze die Verbrennung des Körpers, sei somit irrationell. Bei Erysipel verwende man Fett als Menstrum für Desinficientien.

Dr. Treymann hat trotz Bäder Urämie erlebt und zwar bei 9 Kranken gleichzeitig.

Dr. Kröger tritt gleichfalls für Fetteinreibungen ein.

Dr. Hampeln: Der Beeinträchtigung der Wärmeabgabe durch Fetteinreibungen könne durch kühle Zimmer-temperatur die Waage gehalten werden. Als Gegner der Bäder führe er Henoch an.

Dr. Deubner bestätigt, dass Henoch hie und da gegen nervöse Symptome temperirte Bäder (27—29°) anwende, niemals aber zur Antipyrese.

Dr. Treymann verordnet bei Kindern das Bad zu 27° mit Abkühlung auf 24 bis höchstens 22°.

b) „Metastasen bei Mumps“.

Complication mit Hodenanschwellung finde sich schon bei Hippokrates verzeichnet. Diese Metastase finde sich fast nur bei Pubertätsreifen. Meist handle sich's um Orchitis mit Hydrocele und subcutanem Oedem. Symptome: Dumpfer Schmerz und Ziehen, selten Ausfluss aus der Harnröhre.

Steigerung 3—6 Tage, Genesung in 1—2 Wochen. Meist trete sie nach Schwinden der Parotitis auf, in der Mehrzahl rechtseitig, selten beide Hoden betheiliegend. Beim weibl. Geschlecht finde sich in seltenen Fällen Oedem der äussern Genitalien, Schwellung der Ovarien und Inguinaldrüsen. Vortrgd. sieht in der Parotitis epidem. eine Infectiouskrankheit mit mehrfacher Localisation. Er beobachtete eine kleine, auf 2 Strassen beschränkte Epidemie mit 10 Fällen (7 männl., 3 weibl.) darunter 5 Hodenmetastasen. Alle heilten bald ohne Residuen unter kalten Ueberschlägen und Jodoformbehandlung. Da die Patn. alle der Schmiedezunft angehörten, meint Vortrgd., die schwere Arbeit könne zur Hodenmetastase prädisponiren.

c) „Zur Tenacität des Diphtherievirus.“ Casuistik 1) in einem Zimmer, in dem vor 3 Jahren ein Kind schwerer Diphtherie erlegen, findet Vortragd. eine Diphtheritispatientin. Die Miether haben gewechselt, die Tapete ist indessen noch dieselbe, das Bett steht an derselben Stelle. Offenbar hat keine durchgreifende Desinfection stattgefunden. 2) In der Fabrik Ligat machten 2 Kinder einer Familie die Diphtherie durch. Desinfection in gründlichster Weise bis zum Aufreissen des Fussbodens. Trotzdem erkrankte das bis dahin isolirte dritte Kind nach seiner Rückkehr und erlag der Krankheit. 3) In der Wohnung eines Collegen war nach Diphtherie gründliche Desinfection und Renovirung durchgeführt. Trotzdem fanden sich noch später im Wandschrank des Schlafzimmers reichliche Schimmelpilzvegetationen. Vortrgd. schliesst daraus, dass man bei der Desinfection nicht scrupulös genug vorgehen könne. Es empfehle sich zu diesem Zweck ein Apparat, der durch comprimirte Luft als Triebkraft einen feinen Sprühregen von Sublimatwasser mit grosser Intensität verbreite.

d) „Fieber und Eiweissausscheidung bei Varicellen.“ Bei 2 Kindern eines Hauses, in dem 4 erkrankte waren,

beobachtete Vortrgd. Fieber bis zu 40° und Albuminurie. In einem andern Falle 39,8° ohne Eiweiss. In einem weitem Falle machte die Localisation der Pusteln, (Conjunctiva, Zunge, weicher Gaumen,) vermehrte Beschwerden. Hensch zähle 4 Fälle mit Albuminurie und Oedem. Eine Section: Nephritis und Hypertrophie des linken Ventricels); Hoffmann: 1 mal hämorrhag. Nephritis; Rasch: acute Nephrit. von 2 monatl. Dauer; Comby: Localisation in der Mundhöhle; Wichmann: 1 lätaler Fall.

Dr. v. Hübner: Versuche mit Immisch's Patent-Metallthermometer und dem sogen. Minutenthermometer gegenüber dem gebräuchlichen Quecksilberthermometer mit Maximum — brachten Vortrgd. zu folgenden Resultaten: das Minutentherm. steigt zwar rascher, ist aber in der heutigen Form ungenauer als das gewöhnl. Quecksilberthermometer. Das Metalltherm. giebt sichere Messungen auch erst nach 10 Min., ist theurer und bietet keine wesentlichen Vorzüge. Zur beschleunigten Messung diene am besten das von einem russ. Arzte angegebene Verfahren, das Thermometer auf etwa 43° zu erhitzen und den Abfall der Säule zu beobachten.

Dr. Förster theilt mit, dass er im Herbst einen Taschenkalender pro 89 für deutsche Ärzte in Russland herausgeben werde und empfiehlt das Unternehmen der Unterstützung der Collegen.

1112. Sitzung am 18. Mai 1888.

Anwesend 38 ordentl. Mitglieder und als Gäste die DDr. Dahlfeld, Dietrich, Bortkewitsch, Helmsing und Elbing.

1) Für die Bibliothek eingegangen:

Medicin. Beilage zum Marine-Archiv, Mai 88 (russ.).

2) Dr. Schmidt: Commissionsbericht betreffend die Errichtung einer Heilanstalt für Lungenkranke. Nach längerer Debatte beschlossen: Unter Mittheilung der leitenden Gesichtspunkte H. Secretair v. Carlberg die Orte: Oger, Baldohn und Treyden zu nennen mit dem Vorbehalt, dass sich auch andere geeignete Punkte finden dürften.

3) Dr. Hampeln: „Über intermittirendes Fieber im Verlauf des Magencarcinoms.“

Vortrgd. hat seinerzeit (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. VIII) über ein in 2 Fällen beobachtetes intermitt. Fieber bei Magencarcinom berichtet, dessen Ursache er um so mehr in Complicationen suchen zu müssen glaubt, als neuere Autoren dieses Symptom nicht erwähnen. Dasselbe beherrsche trotzdem das ganze Krankheitsbild und trete in der Form ausgeprägter Paroxysmen, wie bei Malaria oder sept.-pyäm. Processen auf. Um das Carcinom für das Fieber verantwortlich zu machen müsse jede andere Ursache, namentlich Malaria, sicher ausgeschlossen werden, was in den beiden ersten Fällen nicht möglich war. Ein neuerdings beobachteter Krankheitsfall war in so auffälliger Weise vom Fieber begleitet, dass durch dasselbe die Diagnose bis zum Obductionsbefunde zweifelhaft blieb.

Nach kurzem Referat über die beiden früher veröffentlichten Fälle berichtet Vortrgd.:

Fr. H. 40 a. n., aufgenommen 22. VIII 87. Vor 5 Jahren leichte Schmerzen im Epigastrium, meist unabhängig von Nahrungsaufnahme. Übelkeit, Aufstossen, Erbrechen fehlten. Seit 6 Monaten bemerkt Patn. einen Tumor im Leibe oberhalb des Nabels. Mitunter Schmerzen im Leibe und der Brust. Leichter Husten mit etwas Auswurf, der einige Mal zum Erbrechen führte. Stuhl spontan alle 2 bis 3 Tage. Keine Magen- oder Darmblutungen. Relatives Wohlbefinden, nur seit 1 Jahr Abmagerung, Schwäche, schlechter Schlaf. Kein Oedem, Menses normal. Hauptklage: seit 7 Monaten heftige Fieberanfälle, jede 2te Nacht

zur bestimmten Stunde mit Schüttelfrost, Hitze und Schweiss. Beim Anfall starke Kopfschmerzen, nachher Abgeschlagenheit. Der Allgemeineindruck der Kranken erinnert mehr an Phthisiker im Anfangsstadium als an Carcinomatöse. Befund an den Brustorganen nicht wesentlich pathologisch. Links oberhalb des Nabels harter verschiebbarer Tumor, der an energischeren Zwerchfellbewegungen sich betheiligt. Percussion: tympanitisch, Auscultat: systolisches Blasen. Leber, Milz und übrigen Abdominalorgane normal. Während der 4 monatl. Beobachtung trat das den Charakter einer Intermittens bietende Fieber durchaus in den Vordergrund. Die Temperaturen stiegen bis 41, 42°, um unter Schweiss nach 4—6 Stunden auf 37, 36° zu fallen. Im Übrigen war der Zustand befriedigend, nur sank das Körpergewicht von 126 auf 120 \mathcal{Z} . Im 2ten Monat traten regelmässig beim Anfall heftige Schmerzen im Tumor auf, die in den Pausen vollem Wohlbefinden wichen.

Nach weitem 2 Monaten stellten sich durch 4 Tage continuirliche Schmerzen ein, verbunden mit tägl. Fieberattaquen. Darauf fast 3 Wochen Ruhe bis zu erneutem tagelangem Schmerzanfall. In der Annahme, es handle sich um einen vereiternden Tumor, wurde Patn. in die chirurg. Abthlg. transferirt. Hier wurde eine Probeincision ausgeführt, die indess zu keinem Resultate führte. 8 Tage drauf erfolgte unter zunehmender Erschöpfung der Tod.

Sectionsbefund: Tumor des pylorus ventriculi, gallertig durchscheinend, zum grossen Theil zerfallen: Carcinoma gelatinosum myxomatodes. An den übrigen Organen keine bedeutende Veränderung.

Auf Dr. Hehn's bez. Frage referirt Vortrgd., dass die Milz im letztbeobachteten Falle durchaus normal gewesen; in einem den frühern sei intra vitam eine vergrösserte Dämpfung zu constatiren gewesen, ohne dass die Section einen positiven Befund ergeben hätte.

Weiter wünscht Dr. Hehn zu erfahren, ob auch bei Carcinom anderer Organe intermittirendes Fieber beobachtet worden.

Dr. Hampeln erinnert sich eines Referates Dr. Worms über Fieber bei Darmcarcinom, weiss aber nicht, ob sich nicht post mort. Lebermetasten gefunden.

4) Dr. Bernsdorff: Unter 20 in den letzten 2 Wochen mit hiesiger Lymphe ausgeführten Vaccinationen habe er nur 2 Mal Erfolg gesehen, während die Dresdner Lymphe ihn niemals im Stiche gelassen.

Mehrere Collegen haben gleichfalls in letzter Zeit Misserfolge zu verzeichnen.

Dr. Hampeln hat von Dr. Heerwagen erfahren, dass aus unbekannter Ursache die von einem Kalbe stammende Lymphe einmal unwirksam sein könne. Vor Ablass der Lymphe werde hier nur das Kalb auf seine Gesundheit, nicht aber die Lymphe auf ihre Wirksamkeit untersucht.

5) Dr. Hach: Ovarialtumor. Patn. hat die Geschwulst erst vor 1½ Jahren bemerkt; einmal punktirt, ist sie schnell wieder angewachsen. Cyste von der Grösse eines Ut. grvd. X. mens. Hohes Fieber, Nachtschweisse. Operat.: 20. XII. 1887. Breite Verwachsung mit dem Beckenbindegewebe. Gummiligatur. Stiel in die Bauchdecken vernäht. Nach 5 Wochen entleert sich Urin neben dem Stiel, was Vortrgd. auf durch Zerrung bedingte Usur des Ureter bezieht. Nierenextirpation von Dr. A. Bergmann ausgeführt. Entlassung 14 Tage danach.

Dr. Bergmann: Nach der Ovariectomie habe Patn. einige Tage über heftige Schmerzen geklagt, es könnte die Ureterverletzung durch Druck der Ligatur bedingt gewesen sein. Am ersten Tage nach der Extirpation habe der Urin Eiweiss enthalten; die Quantität desselben sei stetig gestiegen.

Dr. v. Stryk,
d. Z. Secretair.