

00,402



# Mittheilungen

aus der

**Gesellschaft praktischer Aerzte**

zu Riga.

1896/97.

Bibliotheca  
Universitatis  
Juriensis.

St. Petersburg,

Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. № 15.  
1897.

# Mittheilungen

aus der

**Gesellschaft praktischer Aerzte**

zu Riga.

1896/97.



St. Petersburg.

Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. № 15.

1897.

Дозволено цензурою Сиб., 21 Ноября 1897 г.

Типографія А. Вилеке, Екатеринбургскій просп. № 15.

*Ent.*

ГРО Выходное

4734

## Sitzung am 2. October 1896.

1) Dr. Dahlfeld demonstirt einen Fall von Mitbewegung des Levator palpebrae superioris bei Bewegungen des Mundes, besonders bei Seitwärtsbewegung des Unterkiefers durch Action der mm. pterygoides. Die vorgestellte Pat. weist für gewöhnlich eine leichte Ptosis links auf, bei Bewegungen des Mundes, besonders bei Kaubewegungen, hebt sich links das obere Augenlid und die leicht verengte Lidspalte wird der der anderen Seite gleich, ja sogar weiter. Da die mm. pterygoides bei der Kaubewegung einen wesentlichen Antheil haben, ist die Affection beim Essen besonders auffallend. Die ersten derartigen Beobachtungen finden sich in der englischen Literatur. Votr. hat dasselbe schon ausser diesem Falle einmal bei einem kleinen Kinde beobachtet.

2. Dr. Gilbert über «Inversio uteri post partum» (erscheint im Druck).

Dr. Treymann betont die grosse Seltenheit der Inv. ut. post. part., die ihm nur in einem, günstig verlaufendem Falle zur Beobachtung gekommen sei: nach sofort vorgenommener Reposition, die manuell fixirt wurde, bis durch heisse Irrigationen der Uterus zur Contraction gebracht war, hörte die Blutung auf. Bei der ungemein plötzlichen und raschen Entstehung der Inv. sei es schwierig, sich vom Mechanismus ihrer Entstehung eine exacte Vorstellung zu bilden. Er erblickt in seinem Falle eine Bestätigung der vom Votr. angeführten Ansichten Schauta's, wonach nothwendige Bedingung zum Zustande kommen der Inv. eine hochgradige Erschlaffung der Uterusmusculatur sei.

Dr. Rulle hat ebenfalls einen, nach erfolgreicher Reposition glücklich verlaufenen Fall beobachtet. Er richtet an Dr. Treymann die Frage, ob ihm bekannt sei, wie das Häufigkeitsverhältniss der Inv. in England und America, wo bei

der Geburt die Seitenlage üblich sei, sich stelle. Seiner Ansicht nach sei eine nothwendige Vorbedingung für die Entstehung der Inv. ein Zusammenfallen der Längsaxe des Uterus mit der Richtung des intra abdominalen Druckes. Das könne beim Partus in der Seitenlage weniger leicht vorkommen und müsse man daher eine geringere Frequenz der Inv. hierbei erwarten.

Dr. T r e y m a n n stehen keine genauen Daten darüber zur Verfügung. A priori erscheine es wohl möglich, dass die Seitenlage weniger leicht die accidentellen Bedingungen zur Entstehung der Inv. ut. biete. Wesentliche Bedingung jedoch sei immer die Erschlaffung des Organs.

3. Dr. H e e r w a g e n referirt über Arbeiten, welche während des verflossenen Jahres begonnen sind, um Daten über die Verunreinigung des Dünastromes durch den neuausgeführten Canal, der die früher der rothen Düna zugehenden Abwässer nunmehr direct der grossen Düna übergiebt, sowie über die Fähigkeit des Dünastromes zur Selbstreinigung, zu gewinnen; dieselben sollen in umfangreichster Weise fortgeführt werden.

Die Menge organischer Substanzen, welche in der Gegend des Andreashafens und beim Elevator durch den Stadtcanal der Düna zugeführt werden, ist 1893 auf 523 Kilo pro Tag berechnet worden. Wie verhält sich nun die Wassermasse der Düna zu dieser starken Zufuhr organischer Substanzen? Auf Veranlassung der Sanitätscommission seien zur Ermittlung dieser Frage chemische Analysen verschiedener Wasserproben von den Herren Mag. J o h a n s o n und Cand. H e l m b o l d t und bakteriologische Keimzählungen von den Herren DDr. K r a n n h a l s und L o s s k y ausgeführt worden.

Dieselben erstreckten sich auf 5 Serien von Proben aus der Strecke zwischen dem Ende des Andreasdammes und dem Vogelsholm. Die chem. Analyse wies nach, dass der Zufluss der genannten Abwässer (Stadtgraben + neuem Canal) die organischen Substanzen im Wasser der Düna in geringem Masse erhöhte, dass jedoch dieser Mehrgehalt an organ. Substanz ein sehr vorübergehender, bei dem Vogelsholm bereits völlig geschwunden ist; derselbe ist im ganzen nicht grösser als die natürlichen Schwankungen in der Zusammensetzung des Dünawassers zu verschiedenen Jahreszeiten.

Die bakteriologischen Keimzählungen ergaben als Durchschnittszahlen auf 1 cm<sup>3</sup> Wasser: oberhalb des Andreashafens 3992 Keime, beim Andreashafen (Einmündung des Stadtcanals) 14826, beim Elevator (Einmündung des neuen Collectors) 18984. Ca.  $\frac{1}{2}$  Werst unterhalb der Collectormündung war die Keimzahl bereits wieder 9057, beim Vogelsholm 2666. Es sei also ersichtlich, dass der Keimgehalt des Dünawassers nach einer so colossalen Vermehrung nach einem Stromlaufe von nicht ganz 3 Werst auf beinahe  $\frac{1}{10}$  sinke. Andere Zuflüsse die der Strom bei der Stadt empfinde, liessen den Keimgehalt zwar immer noch höher erscheinen, als oberhalb der Stadt, wo am oberen Ende von Hasenholm sich nur 325 Keime im cm<sup>3</sup> finden, immerhin aber gehe aus diesen Untersuchungen hervor, dass die dem Strom innewohnende Fähigkeit der Selbstreinigung eine sehr grosse sei, überraschender Weise grösser, als sie sich bei analogen Untersuchungen an Flüssen von weit grösserer Stromgeschwindigkeit, wie z. B. der Limat bei Zürich und dem Rhein bei Köln herausgestellt habe.

Präses richtet an Dr. Heerwagen die Frage, ob er in der Lage sei, über Art und Zweck der gegenwärtig am Weidendamm ausgeführten Arbeiten zu berichten?

Dr. Heerwagen: Die Arbeiten bezwecken die Herstellung eines grossen gemauerten Canals der längs dem Thronfolgerboulevard und Weidendamm verlaufend und sich mit dem Collector vereinigend, den Stadtcanal entlasten solle.

Dr. Blumenbach fragt aus welcher Wassertiefe die zur Untersuchung gelangten Proben des Dünawassers entnommen seien?

Dr. Heerwagen: 6 Zoll unter der Oberfläche.

Dr. Blumenbach betont, dass unter diesen Bedingungen die Resultate der Keimzählungen nicht ohne weiteres der Selbstreinigung des Flusses zuzuschreiben seien. Es könne doch bei dem langsamen Strom der Düna der grössere Theil zu Boden gesunken sein und so die Aenderung im Keimgehalt des Wassers nur eine scheinbare werden.

Dr. Heerwagen: Der Einwand sei allerdings zu berücksichtigen, jedoch kämen in praxi die einmal zu Boden gesunkenen Keime nicht weiter in Betracht. Wichtig sei das Resultat der chemischen Untersuchung, die eine nennenswerthe Verschmutzung des Wassers nicht nachweisen liesse, eine

solche aber sicher erwarten lassen müsse, wenn nicht thatsächlich eine grosse Selbstreinigung des Flusses stattfindend bestehend in Vernichtung bezw. Oxydation der organischen Substanzen, die specifisch nicht schwerer seien als die Salze und daher, wo eine Vermehrung der letzteren an der Oberfläche angetroffen wird, ebenfalls nachweisbar sein müssten. Eine Fortsetzung der Untersuchungen durch Feststellung der Keimzahl in Querprofilen der Düna sei übrigens in Aussicht genommen, um von den Mischungsverhältnissen des verunreinigten mit dem reinen Dünawasser eine klare Vorstellung zu erhalten.

Dr. H. S c h w a r t z macht geltend, dass die zu Boden gesunkenen Keime doch nicht so ganz als quantité négligeable zu betrachten seien, da sie doch in einem stark befahrenen Strom durch Vorbeipassiren tiefgehender Schiffe etc. stets wieder an die Oberfläche gebracht werden könnten. Von Interesse wäre es, zu ermitteln, ob die tieferen Niveaus einen annähernd constanten Keimgehalt aufweisen, oder ob derselbe zu verschiedenen Zeiten nach derartigen äusseren Einflüssen schwanke.

Dr. H a m p e l n betont, sich dem von Dr. B l u m e n b a c h erhobenen Einwände anschliessend, die Möglichkeit einer Täuschung durch die scheinbar günstigen Resultate der bakteriologischen Untersuchung und ist der Ansicht, dass, bevor diese Täuschung eliminiert sei, von einer Selbstreinigung des Stromes als einer feststehenden Thatsache nicht gesprochen werden könne. Gerade die auffallende Differenz der hiesigen Resultate gegenüber den an schnellströmenden Flüssen, wie die Limat etc. gewonnenen, weise darauf hin, dass die Langsamkeit des Stromlaufes hier von Einfluss sein könne.

Dr. Z w i n g m a n n: Die grösste Vermehrung der Keimzahl finde nach Zutritt des Wassers aus dem Andreashafen statt, also treffe die Hauptschuld den Stadtcanal. Er fragt Dr. H e e r w a g e n, ob der Keimgehalt desselben bekannt sei und hält eine vergleichende Untersuchung desselben vor und nach seiner Entlastung durch den neuen Canal für nothwendig. — Ferner, ob der Keimgehalt des Leitungswassers bekannt und Dr. H e e r w a g e n die Zahl gegenwärtig sei?

Dr. H e e r w a g e n: Die letztere Zahl sei, in Uebereinstimmung mit dem Keimgehalt des Dünawassers oberhalb der Stadt ca. 300—400 pro cem. Der Keimgehalt des Stadtcanals

sei in der That ein colossaler, nach wiederholten Untersuchungen unterliege er grossen Schwankungen: Das Minimum sei seines Wissens ca. 130000—170000, das Maximum einmal 300000 pro ccm. nur von der rothen Düna mit 400000 pro ccm. einmal übertroffen. Er hoffe, dass Ausdehnung der Untersuchungen in dieser Richtung in nächster Zeit möglich sein würden. Der Forderung Dr. H a m p e l n's gegenüber dass ohne bakteriolog. Tiefenuntersuchungen von einer Selbstreinigung des Stromes als feststehender Thatsache nicht gesprochen werden dürfe, betont er, dass erstens im bakteriolog. Sinne die rapide Abnahme der Keime in den oberflächlichen Schichten des Dünawassers feststehe, somit für die obere Wasserschicht eine Selbstreinigung constatirt werden könne. Weder für den Rhein bei Köln noch für den Isar bei München existiren nach Kenntniss des Vortr. die von Dr. H a m p e l n geforderten Untersuchungen. Zur Beurtheilung der Verschmutzung eines Wassers durch gelöste organ. Substanz sei die chem. Untersuchung des Wassers 6 Zoll unter der Oberfläche ausreichend und massgebend; die überhaupt sehr geringe Verschmutzung der Düna sei aber bei der Vogelinsel schon wieder verschwunden — die Selbstreinigung des Stromes also auch eine unbestrittene Thatsache.

d. Z. Secretär Dr. H. S c h w a r t z.

---

### Sitzung am 16. October 1896.

1. Dr. G. K i e s e r i t z k y demonstriert Präparate von Plasmodium Malariae.

2. Dr. M e y stellt ein 11-jähriges Mädchen mit erworbenem Torticollis vor. Anamnese und objectiver Befund liefern keine Anhaltspunkte für tuberculöse Spondylitis. Vor 4 Jahren acuter Gelenkrheumatismus mit acuter Endocarditis, gegenwärtig deutlich erkennbare Herzläsion. Im Verlaufe des Gelenkrheumatismus Mitbetheiligung der Halswirbelsäule mit consecutiver Ankylose der Wirbelgelenke. Vortr. erinnert an den im vorigen Jahre von Dr. S c h a b e r t vorgestellten 14-jährigen Knaben, bei welchem bald nach Ablauf der acuten Polyarthritidis eine cervicale Spondylitis mit Torticollis sich entwickelt

hatte. Er hält gegenüber Dr. Schabert, der die Affection für tuberculös erklärt hatte, die Wirbelerkrankung auch hier für Folge der Polyarthritis und zwar besonders wegen der in so kurzer Zeit (3 Monate) erfolgten Ausheilung. Nach französischen Autoren ist die Betheiligung der Wirbelsäule bei Polyarthritis acuta im frühen Lebensalter nicht so sehr selten. (Autoreferat.)

Dr. P. Klemm wendet sich gegen die Auffassung des Vortrag. bezüglich des Schabert'schen Falles. Dr. Mey habe in seiner wiederholenden Darstellung desselben den Symptomencomplex nicht vollständig wiedergegeben. Er erinnert daran, dass dort eine vom Rachen aus fühlbare Prominenz, sowie Druckempfindlichkeit constatirt wurden, welche beiden Symptome den Fall sehr von dem Dr. Mey's unterschieden.

Dr. Ed. Th. Schwartz schliesst sich der Ansicht des Vortr. über den heute vorgestellten Fall an. Er habe denselben während der Polyarthritis behandelt und erinnere sich, dass schon damals die Betheiligung der Halswirbelsäule deutlich constatirt werden konnte.

Einem Hinweise Dr. Schabert's auf die Möglichkeit einer periarticulären Erkrankung gegenüber betont Dr. Miram die grösste Schwierigkeit dieser Differentialdiagnose, die wohl nur sehr selten, und unter aussergewöhnlich günstigen Bedingungen zu stellen sei.

Dr. v. Böhlendorff macht auf die im vorgestellten Falle schon deutlich sichtbaren secundären Veränderungen des Gesichtsskelettes aufmerksam.

3. Dr. Kranhals demonstrirt das Herz eines an Tuberculose verstorbenen Kranken mit angeborenem Septumdefect. Im vorderen oberen Theil des Septum ventriculorum eine ca. 2 cm. breite Lücke. Am Pulmonalostium nur 2 Klappensegel, dasselbe ist, wie die übrigen, normal gebildeten Klappen, schlussfähig. Dr. Deubner verliest den dazugehörigen Krankenbogen.

4. Dr. A. v. Bergmann demonstrirt einen ausserordentlich regelmässig gebildeten Knochensplitter von einer Spiralfractur des Oberschenkels durch Schuss.

5. Dr. Schabert demonstrirt Wachsmodelle der Prostata, die durch Modelliren während der Untersuchung gewonnen sind. Er hält diese Methode (Modelliren mit der einen Hand,

während die andere palpirt), für ausserordentlich geeignet, um ein anschauliches, objectives, auch anderen Personen demonstrierbares Bild des Status zu geben. Er habe in einem Falle von Sarcom der Prostata, den Dr. Berg operirte, Gelegenheit gehabt, sich davon zu überzeugen, dass das von ihm hergestellte Wachsmo-  
dell dem autoptischen Befunde während der Operation vollständig entsprach.

Dr. P. Klemm und Dr. Bergmann betonen, dass Dr. Schabert mit Unrecht von einem objectiven Bilde spricht. Das nach seiner Methode genommene Modell sei genau ebenso subjectiv wie die Palpation selbst oder eine nach derselben hingeworfene schematische Zeichnung und würden verschiedene Untersucher mit grösster Wahrscheinlichkeit auch verschiedene Wachsmo-  
delle liefern.

Dr. Berg: In dem angeführten Falle hätten Modell und Befund bei der Operation einander gut entsprochen. Allerdings sei die Methode durchaus subjectiv, jedoch könne ein gut ausgeführtes Modell ja wohl anschaulicher sein als eine einfache Zeichnung.

6. Dr. L. Mandelstamm hält den angekündigten Vortrag über «Linsentrübungen», ihren Zusammenhang mit Allgemeinerkrankungen. Dem Vortrage liegt eine diesbezügliche Abhandlung des Prof. C. Hess zu Grunde. Es sei noch nicht entschieden, ob Linsentrübungen aus einer localen oder aus allgemeinen Ursache entstehen, es scheinen meist beide Ursachen zusammen zuwirken. Beim diabetischen Staar scheine der Zuckergehalt des Kammerwassers und Glaskörpers resp. die dadurch bedingte Wasserverarmung der Linsensubstanz nicht von entscheidendem Einfluss auf die Staarbildung zu sein. Es handle sich wahrscheinlich noch um Ernährungsstörungen in den die Linse umgebenden Theilen, hervorgerufen durch constitutionelle Einflüsse. Die künstlich durch Wasserentziehung erzeugten Staare so wie der Naphtalinstaar unterscheiden sich von den diabetischen und anderen Staaren dadurch, dass bei ersteren die Trübungen, da sie keine organische Läsion der Linse veranlassen, sich wieder zurückbilden können, was bei den letzteren nicht der Fall ist. Der Schichtstaar sei aller Wahrscheinlichkeit nach angeboren und bleibe stationär, doch glaubt Votr. dass derselbe im späteren Alter doch öfter progredire, als man glaube. Ferner wurden noch der Ergotin-

staar und andere Staarformen, wie die bei Malaria, Tetanus, Meningitis, Lues etc. vorkommenden angeführt. Zuletzt werden die Staarformen besprochen, deren Ursache im Auge selbst liegt, wie der Choroidalstaar bei Erkrankungen der Chorioidea und die cataracta polaris posterior bei Retinitis pigmentosa, die complicirten Staarformen bei Glaucom, Netzhautablösung und Iridocyclitis.

Dr. H a m p e l n fragt an, ob Beobachtungen darüber existiren, dass bei diabetischer Cataract die Linsentrübung eventuell schon auftreten könne, bevor Zucker im Harn nachweisbar sei, also unter Umständen die Trübung gewissermassen als Frühsyptom des Diabetes gelten könne.

Dr. M a n d e l s t a m m: Seiner Erfahrung nach sei, wenn die Patienten zur Untersuchung kämen, immer schon Zucker nachweisbar.

Die Anfrage Dr. M i r a m's, ob sich ein bestimmtes Verhältniss zwischen Zuckergehalt und Intensität der Linsentrübung constatiren lasse, wird von Dr. M a n d e l s t a m m verneinend beantwortet. Demgegenüber bemerkt Dr. D a h l f e l d, das Bestehen einer solchen Relation sei nicht ohne Weiteres auszuschliessen, da Beobachtungen vorliegen, die neben Zurückgehen der Zuckerausscheidung bei Carlsbader Curen eine Besserung des Visus erweisen.

Dr. M a n d e l s t a m m: Die Sehstörungen bei diabetischem Staar seien wohl nicht immer der Linsentrübung allein, sondern zum Theil auch der fast immer bestehenden Netzhautdegeneration zuzuschreiben, wo dann eine Besserung der letzteren die Zunahme des Visus ermögliche. Objective Constatirung einer Abnahme der Trübung sei ihm nicht bekannt.

Dr. v. K r ü d e n e r weist auf Arbeiten aus den Wiener Kliniken von A r l t und F u c h s hin, welche Zurückgehen diabetischer Linsentrübungen bei antidiabetischem Regime constatiren.

Dr. S t a v e n h a g e n erinnert sich eines Referates aus der englischen Literatur über Zurückgehen einer diabetischen Linsentrübung bei Carlsbader Cur; er selbst hat einen Fall beobachtet, in dem die Trübung bei antidiabetischem Regime stationär blieb. In Bezug auf den Schichtstaar könne er mit Vortr., der ihn als angeboren betrachtet, nicht übereinstimmen. A r l t berichte über Fälle, in denen der Schichtstaar sich im

Anschluss an Eklampsia infantum entwickelte, wahrscheinlich in Folge von Betheiligung des Ciliarmuskels an den Krämpfen und hierdurch bedingter Verschiebung der Linsenfasern.

Er selbst habe auffallend oft bei Schichtstaar ermitteln können, dass die Kranken vor längerer oder kürzerer Zeit, bezw. als Kind an Krämpfen gelitten hätten.

Dr. Mandelstamm: Ein solcher Zusammenhang sei ja wohl möglich, aber nicht für alle Fälle als nothwendig anzusehen, da es ausser Krämpfen des Ciliarmuskels doch noch viele andere Ursachen der Verschiebung der Linsenfasern gebe.

Dr. Dahlfeld greift auf die letzten Aeusserungen Dr. Mandelstamm's über den diabet. Cataract zurück und betont, dass bei Diabetes Netzhautveränderungen seltener seien als Linsentrübung, daher Besserungen des Visus doch wohl mit grösserer Wahrscheinlichkeit auf Rückgängigwerden der Trübung zu beziehen seien. Wenigstens habe er persönlich diesen Eindruck in den von ihm angeführten Fällen gewonnen. Wenn auch Täuschungen im einzelnen Falle leicht möglich seien, so sei doch im Allgemeinen der Einfluss antidiabetischer Curen als sicher anzusehen.

Dr. Mandelstamm giebt die Möglichkeit geringer Differenzen des Visus vor und nach antidiabet. Curen zu, jedoch seien sie wohl schwerlich so grosse, dass sie objectiv mit Sicherheit zu erweisen seien. Die subjective Angabe der Pat., dass sie besser sehen, sei nicht beweisend, da dieselbe von anderen Factoren, wie z. B. der Pupillarweite beeinflusst sein können.

Dr. Zwiggmann betont dem Votr. gegenüber, dass er bei Cataract im vorgerückten Alter oft Zucker im Harn gefunden habe. Die diabet. Cataract sei gegenüber dem gewöhnlichen Altersstaar ausgezeichnet durch gleichmässiges Fortschreiten auf beiden Augen. Der Altersstaar sei, wie ihn eigene Beobachtungen überzeugt hätten, nicht immer doppelseitig. Die Frage, ob Krämpfe eine wesentliche Rolle in der Aetiologie des Schichtstaares spielen, hält er noch nicht für abgeschlossen.

Dr. v. Krüden er: Mehrfache glücklich verlaufene Operationen diabetischer Cataracte bestätigen die Seltenheit von Netzhautveränderungen hierbei. Dafür, dass die Sehstörung bei diabet. Cataract vorwiegend auf Rechnung der Linsentrübung zu setzen sei, und dass eine gewisse Relation zwischen

dieser und dem Zuckergehalt des Humor aqueus besteht, spräche auch das Experiment. (Injection von Zuckerlösung und darauf von Wasser bei Fröschen.)

Den Schichtstaar betreffend stimmt Dr. Dahlfeld der Bemerkung des Votr. zu, dass ein Progredienwerden desselben im späteren Alter nicht so selten sei. Es sei dies wichtig für die Differentialdiagnose, da auch Diabetiker einmal Träger eines Schichtstaars sein können, wie ihm das schon vorgekommen sei.

Dr. Hampeln kommt nochmals auf seine erste Frage zurück, von der sich die Discussion bald abgewandt habe, die ihm aber von grosser Wichtigkeit scheine: ob nämlich die Cataract unter Umständen als Frühsymptom eines gewissermassen latenten Diabetes aufgefasst werden könnte?

Dr. Mandelstamm: Schnelle beiderseitige Entwicklung der Cataract bei jugendlichen Individuen könne eventuell diese Bedeutung haben, doch liegen genauere Beobachtungen nicht vor.

d. Z. Secretär Dr. H. Schwartz,

---

## Sitzung am 6. November 1896.

1. Dr. A. v. Bergmann demonstriert einen Pat., dem nach Entfernung eines Wangencarcinoms die plastische Deckung des Defectes nach Israel durch einen vom Halse her umgeschlagenen Hautlappens gemacht ist.

2. Dr. Gerich hält den angekündigten Vortrag über intrauterine Kolpeuryse. (Erscheint im Druck).

Dr. Knorre: Die Methode der intrauterinen Kolpeuryse sei von ihm mehrfach angewendet worden und habe sich ihm als bequem, leistungsfähig und sicher bewährt. Dass in den Fällen des Vortragenden so häufig Atonie des Uterus eintrat, schreibe er der schnellen Entleerung des Uterus zu, die er, wie überhaupt das vom Votr. in den meisten Fällen geübte forcirte Verfahren durch starken Zug am Kolpeurynter, nicht ganz billigen könne. Der Kolpeurynter solle gewissermassen die Blase ersetzen, durch Druck auf das untere Uterinsegment und langsame Dehnung desselben Wehen auslösen

und so einen normalen Partus herbeiführen, daher befürworte er anstatt des starken Zuges am Kolpeurynter, den allmählichen, aber constant wirkenden Zug durch ein angehängtes Gewicht (2—3 Pfund). Für die Ausdehnung des Ballons haben als Massstab die Kopfmasse des normalen Kindes zu dienen. Die Indicationen zur intrauterinen Kolpeuryse betreffend erwähnt er noch die Placenta praevia. Hierbei habe der Kolpeurynter den Vortheil, dass er den Blasensprung entbehrlich mache, somit bessere Chancen für das Kind biete. Unter den vom Votr. referirten Fällen erscheine ihm die Tuberculose als zweifelhafte Indication zur künstlichen Frühgeburt, jedenfalls scheine ihm das vom Votr. angewandte forcirte Verfahren nicht angebracht.

Dr. Gerich: Ihm habe speciell in dem mit Tuberculose complicirten Fall an schneller Beendigung der Geburt gelegen, da die Localität sehr unsauber und seiner Ansicht nach daher ein protrahirter Verlauf der Geburt nicht ohne Infectionsgefahr gewesen wäre. Lungentuberculose der Mutter als Indication zur künstlichen Frühgeburt sei zuerst 1870 von Stehberger aufgestellt, 1872 von Pfannkuch und später von Leopold befürwortet worden. Weitere Indicationen seien Vorfalle der Nabelschnur und Eklampsia parturientium. Bei Placenta praevia empfehle Dührssen vor Einführung des Kolpeurynters die Blase zu sprengen, um eine weitere Ablösung der Placenta durch die Wehen (Zug der Eihäute) zu verhindern.

Dr. Berkholz hat in Breslau auf der Abtheilung Keilmann's in 2 Fällen die Anwendung der intrauterinen Kolpeuryse gesehen. In beiden Fällen langsamer Zug durch ein angehängtes Gewicht, Austreibung des Kolpeurynters und natürlicher Partus im Verlauf einiger Stunden.

Dr. Rulle verwirft ebenfalls das forcirte Verfahren (starker Zug am Kolpeurynterschlauch), auch die Mängel der Localität im Falle des Votr. könne er nicht als zwingend für die Anwendung desselben anerkennen. Eklampsie gilt ihm nicht unbedingt als Indication zur künstlichen Frühgeburt, da sie seiner Erfahrung nach durch innere Mittel, und zwar Antifebrin (in Dosen von 0,5—0,6, 1—2 Mal) günstig beeinflusst werde. Bei Atonia uteri empfiehlt er die Anwendung kalter Douchen auf den Unterleib.

Dr. Bergengrün macht Angaben über die Art der tuberculösen Erkrankung in dem Falle des Vortragenden. Es habe sich um die seltene Form einer primären Pharynx-tuberculose gehandelt, lange Zeit ohne nachweisbare Lungenaffection. Er sei der Ansicht, dass vorgeschrittene Tuberculose die künstliche Frühgeburt indicire und habe auch in diesem Falle in Consultation mit Vortragendem der Operation zugestimmt.

Dr. Knorre: Gewiss sei Tuberculose im Allgemeinen als Indication zur künstlichen Frühgeburt anzuerkennen. Doch bliebe fraglich, ob nicht unter Umständen im Interesse des Kindes Zuwarten geboten sei. Es wäre wünschenswerth, aus einem grösseren Material Genaueres über den Verlauf der Tuberculose in den letzten Monaten der Schwangerschaft bezw. nach dem Partus zu erfahren.

Dr. Gilbert hat einen der vom Votr. angeführten Fälle (Frau mit verengtem Becken) vor 2 Jahren zum ersten Male entbunden. Sehr schwerer Forceps, todttes Kind; im Wochenbett mittelschwere Parametritis. Die persistirenden Reste derselben hätten seiner Ansicht nach allein schon die künstliche Frühgeburt indicirt. Das forcirte Verfahren mit Wendung erschiene ihm im Interesse der Vermeidung ungünstiger Kopfeinstellung vorzuziehen.

Dr. Radeccki bemerkt zur letzten Aeusserung Dr. Knorre's, er verfüge über einen Fall von Unterbrechung der Schwangerschaft durch künstlichen Abort wegen Tuberculose mit günstigem Erfolge. Nicht ganz klar sei ihm, warum Votr. in einigen seiner Fälle an die Kolpeuryse die Wendung angeschlossen habe, ferner, warum nicht in den Fällen mit für mehrere Finger durchgängigem os uteri die combinirte Wendung nach Braxton-Hicks versucht sei und erst im Falle ihres Misslingens die Kolpeuryse. Er selbst habe in einem Falle die Braxton-Hicks'sche Wendung angewandt und sei mit dem Erfolge sehr zufrieden gewesen.

Dr. Gerich: Die Braxton-Hicks'sche Wendung wäre wohl nur in einem seiner Fälle möglich gewesen, gerade in diesem habe der Kolpeurynter in 4 Minuten genügende Erweiterung bewirkt. In den anderen Fällen sei trotz genügender Erweiterung des os uteri ext. das orificium zu eng gewesen.

Dr. Hach: Vorgeschrittene Tuberculose als Indication zur künstlichen Frühgeburt sei ausser Zweifel und müsse auch in

Fälle des Votr. als solche anerkannt werden. Da das Leben der Mutter durch die Tuberculose nicht unbedingt in Frage gestellt werde, gehe es unter allen Umständen dem des Kindes vor und sei eventuell auch in einem früheren Stadium der Schwangerschaft die Aufopferung des Kindes durch künstlichen Abort gerechtfertigt. Gegenüber Dr. Rulle hält er Eklampsie für eine stringente Indication zur Unterbrechung der Schwangerschaft. Wenn auch der Erfolg der Entleerung des Uterus kein absolut sicherer sei, so sei doch die Zahl der Fälle, in denen unmittelbar oder doch bald nach derselben die Krämpfe aufhörten, eine zu überwältigende, als dass man noch an die Wirkung derselben zweifeln könne. Er leite in solchen Fällen stets sofort die Geburt ein und sei es ihm häufig gelungen, durch Einführung zweier Finger bis in den Muttermund und Spreizung derselben genügende Erweiterung zu erzielen und bei Mehrgebärenden in  $\frac{1}{2}$ —1 Stunde, einmal auch bei einer Primipara in  $\frac{5}{4}$  Stunde die Geburt zu beenden. Dem Kolpeurynter haften seiner Ansicht nach verschiedene Mängel an; er habe bisher keine Veranlassung gehabt, ihn anzuwenden und würde um dieser Mängel willen gegebenenfalles die Dürrsen'schen Incisionen vorziehen. Erstens sei die Gefahr beim Platzen des Kolpeurynter doch sehr gross, zweitens sei bei Instrumenten, die auch nur einige Zeit gelegen haben, die Oberfläche sehr leicht rissig und daher schwer mit Sicherheit sterilisirbar, drittens endlich seien hier am Platze überhaupt keine guten Kolpeurynter erhältlich, wie ja auch Votr. in mehreren seiner Fälle keine genügende Erweiterung erzielen konnte, da die Kolpeurynter sich wurstförmig auszogen, und daher zur mehrmaligen Einführung des Kolpeurynter ge-nöthigt war.

Dr. K n o r r e wiederholt, er sei nicht principieller Gegner der Tuberculose als Indication zur künstlichen Frühgeburt, doch halte er daneben die Möglichkeit des Zuwartens in geeigneten Fällen aufrecht. Die Wendung nach Braxton-Hick s sei meist sehr schwierig und gegenüber der Kolpeuryse, die doch gewissermassen eine Nachahmung des natürlichen Geburtsverlaufes darstelle, doch das eingreifendere Verfahren.

Dr. L. Helmsing bemerkt, dass nach Meurer die Tuberculose im Allgemeinen in der ersten Hälfte der Schwanger-

schaft geringe Fortschritte mache bzw. ganz still stehe, um in der zweiten Hälfte bzw. im Puerperium rapid zu verlaufen. Bezüglich der Kolpeuryse bemerkt er, dass Schauta, der früher einer der Hauptvorkämpfer dieser Methode gewesen sei, jetzt die Krause'sche Methode zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt bevorzuge und nur, wo schnelle Entleerung des Uterus indicirt sei, zur Kolpeuryse greife.

Dr. Gerich: In jüngster Zeit verwende Schauta die Kolpeuryse wieder in viel ausgedehnterem Masse.

Dr. Berkholz erinnert sich eines Falles in dem wegen Tuberculose die künstliche Frühgeburt in Aussicht genommen, jedoch abgelehnt wurde. Auch hier hielten sich die Lungen- und Larynxerscheinungen bis zum Ende der Schwangerschaft in mässigen Grenzen, um nach der Entbindung in rapidem Verlauf zum Exitus zu führen.

d. Z. Secretär Dr. H. Schwartz.

### Sitzung am 20. November 1896.

1. Dr. v. Krüden er demonstirt einen Fall von angeborenem Colobom des oberen Augenlides bei einem 5-jährigen Mädchen. Das Colobom betrifft mit der Lidkante entsprechender Basis die ganze Dicke des Lides einschliesslich des Tarsus, der dadurch in zwei durch eine schmale Spange verbundene Theile getrennt ist. Ferner findet sich ein Anhang vor dem Tragus des rechten Ohres und zwei symmetrisch belegene Haardefecte in der unteren Parietalgegend. Von den verschiedenen Erklärungsversuchen dieser Missbildung betont Votr. besonders die Ansicht von Manz, der annimmt, dass die Ausbildung der Hautduplikatur vom oberen Orbitalrande her an einer Stelle verhindert werde. Die Entwicklung des Ohranhanges hänge mit Störungen in der Entwicklung des 1. Kiemenbogens zusammen, möglicherweise sei auch eine damit verbundene Entwicklungsstörung des N. trigeminus mit dem Haardefecte in Zusammenhang zu bringen.

2. Dr. E. d. Th. Schwartz stellt einen Fall von hereditär syphilitischer Basalmeningitis vor. Nach eingehender Begründung der Diagnose entscheidet sich Votr. dafür, den Fall

nicht als Lues hered. tarda, sondern als congenitale Lues anzusprechen. Die Existenz einer Lues hered. tarda sei ja nicht allgemein angenommen, es hätten sich Autoren wie H e n o c h, L e s s e r, E i c h h o r s t gegen Annahme derselben als selbstständiger Erkrankungsform ausgesprochen.

Dr. E d. S c h w a r z bemerkt, dass im vorliegenden Falle die Symptome nicht absolut zur Annahme eines basalen Processes zwingen; in derartigen Fällen zeige sich sehr häufig ein auffallendes Missverhältniss zwischen den Symptomen am Lebenden und den autoptischen Befunden, insofern als die Section oft bedeutend ausgedehntere Zerstörungen aufdecke, als den Symptomen nach erwartet werden durften. Auch hier sei die Möglichkeit, dass multiple Processe vorliegen, nicht von der Hand zu weisen. Er macht ferner auf den infantilen Habitus der 19-jährigen Pat. aufmerksam, den auch F o u r n i e r als charakterisch für überstandene congenitale Lues betone.

Dr. A. B e r g m a n n hält Lues heredit. tarda für wohl constatirt. F o u r n i e r habe mehrere einwandfreie Fälle veröffentlicht; er selbst erinnere sich mehrerer Fälle, in denen im späteren Alter ohne Spuren congenitaler Syphilis und ohne Infection Erscheinungen aufgetreten seien, die nur alsluetisch zu deuten waren; auch gegenwärtig beherberge das Krankenhaus einen solchen Fall.

Dr. S c h ö n f e l d fragt, ob die Sehnervenatrophie in diesem Falle primär oder aus einer Stauungspapille hervorgegangen sei und bemerkt, dass Sehnervenatrophie nicht selten das einzige Symptom der Hirnlues sei.

Dr. B u c h h o l z hat den Fall in einem früheren Stadium der Erkrankung gesehen und berichtet, dass Pat. fieberhaft erkrankt war und schon im Beginn der Erkrankung über schlechtes Sehen geklagt habe. Beim Ophthalmoscopiren habe er damals eine weisse Atrophie gefunden.

Dr. v. K r ü d e n e r hält die Atrophie mit Wahrscheinlichkeit für eine primäre.

3. Dr. M e y hält den angekündigten Vortrag «über Rhachitis» (Erscheint im Druck).

Dr. D e u b n e r: Als Vortr. bei früherer Gelegenheit das gleiche Thema besprochen, habe er sich mit den Anschauungen desselben nicht völlig einverstanden erklären können; heute, wo Vortr. seine Anschauung dahin modificirt habe, dass

er der Ernährung eine wesentliche Rolle in der Therapie der Rhachitis einräume, stimme er im Wesentlichen mit ihm überein und müsse nur in folgenden Punkten eine abweichende Stellung einnehmen: Erstens stimme er nicht damit überein, dass die Rhachitis sich immer zuerst am Schädel manifestire er finde vielmehr in Uebereinstimmung mit Henoch, dass sie sehr häufig zuerst am Rippskelett Veränderungen verursache. Ferner halte er Dehio's Annahme einer 'physiologischen Craniotabes' für durchaus berechtigt; beim Liegen auf dem Rücken gebe der Druck des Kopfes auf's Kissen oft genug Veranlassung zu Wachstumsstörungen der Kopfknochen ohne dass dieselben rhachitischer Natur zu sein brauchen: es könne sogar Rhachitis daneben bestehen, ohne dass die Erscheinungen an den Kopfknochen rhachitischer Natur sein müssten. Pergamentknittern der Kopfknochen lasse sich bei Anwendung starken Druckes oft hervorrufen, das sei aber noch nicht Rhachitis, ebensowenig wie Schwinden derselben die Bedeutung einer Heilung der Rh. habe.

Dr. Rulle: Auch bei kräftigen, vollaftigen Kindern finde sich oft Craniotabes, die auch seiner Ansicht nach nicht immer auf bestehende Rhachitis zurückzuführen sei. Er findet das Wesen der Rhachitis in einer Stoffwechselstörung, einem Missverhältniss zwischen Einnahme und Ausgabe. Die Haut des Hinterhauptes werde, durch das Kopfkissen hermetisch abgeschlossen, in ihrer normalen Perspiration behindert, er empfehle daher solche Kinder auf Holzwohle zu betten. Für wesentlich hält er den Einfluss schlechter Luft, die besonders beim einfachen Landvolk üblichen tiefen Wagen gestatten keinen genügenden Luftwechsel.

Einen fernerer Factor zur Luftverschlechterung sieht er in den in keiner Wohnung des Arbeiterstandes fehlenden Topfpflanzen, deren Erde wegen ungenügenden Luftwechsels stets modrig rieche.

Dr. Böhlendorff betont, dass die Rhachitis im Allgemeinen das frühe Lebensalter bevorzuge, dass sie aber auch zwischen dem 7—9 Lebensjahre ein Häufigkeitsmaximum aufweise.

Dr. O. Klemm hält eine allgemeine Besserung der Rhachitis in den Sommermonaten nicht für statuirbar, er habe sie sowohl im Sommer schlechter, als im Winter besser werden sehen.

Ueber den Einfluss der Wohnungsverhältnisse habe *Lang e* auf der Naturforschervers. in Lübeck geäußert, dass er häufig in guten Wohnungen schwere Rhachitis gefunden habe, was auch mit seinen persönlichen Erfahrungen übereinstimme. Den Schlüssen, welche *Votr.* auf die klimatischen Einflüsse aus der geographischen Verbreitung der Rachitis zieht, könne er nicht beipflichten, da dieselbe eine ganz schwankende sei und ein selteneres Vorkommen der Rh. in südlichen Ländern nicht zu constatiren sei.

*Dr. H. Schwartz* kann den Gewährsmännern des *Votr.* bezüglich des Fehlens der Rhachitis im Süden ebenfalls nicht beistimmen. In Aegypten habe er unter den Fellaken Rachitis bezw. Spuren derselben häufig gesehen, ebenso bei den Malayan des tropischen Asiens. Der klimatische Factor in der Aetiologie der Rhachitis sei von *Votr.* wohl überschätzt.

*Dr. Blumenbach* bemerkt bezüglich der Therapie der Rh., er bekenne sich als Anhänger der Phosphorbehandlung. Der Einfluss der Ernährung, sowie der Genuss frischer Luft sei gewiss nicht zu unterschätzen, doch müssten noch andere schwieriger zu beurtheilende Verhältnisse mitspielen, da häufig genug Besserungen der Rhachitis unter gleich ungünstig bleibenden hygienischen Verhältnissen der Umgebung beobachtet werden.

*Dr. O. Klemm* erinnert daran, dass *Virchow* häufig bei Kindern mit Craniotabes feine Fissuren in den Hinterhauptsknochen gefunden habe, die wohl Versuchen, während des Lebens die Eindrückbarkeit der Kopfknochen zu demonstrieren, ihre Entstehung verdanken und die vor Anwendung zu grosser Kraft bei der Untersuchung auf dieses Phänomen warnen sollten.

d. Z. Secretär *Dr. H. Schwartz*.

## Sitzung am 4. December 1896.

1. *Dr. v. Bergmann* demonstriert:

a) Eine Pat., der wegen Osteomyelitis die totale Resection des rechten Darmbeines gemacht worden ist. *Votr.* referirt kurz über die bisherigen Resultate dieser Operation, befürwor-

tet die auch in diesem Falle zur Anwendung gekommene Operationsmethode von einem dem ganzen Verlauf des Darmbeinkammes folgenden Hautschnitt aus, gegenüber anderen Methoden, die die Operation vom Hüftgelenk aus in Angriff nehmen.

b) Das Kind dieser Pat., welches nach einem Fall auf den Kopf an einer Geschwulstbildung auf dem linken Os parietale erkrankt war. Vortr. diagnosticirte Meningocele spuria traumatica (Billroth). Mit angeborener Meningocele stimmte der Sitz der Geschwulst nicht überein, ferner verjüngen sich angeborene M. gegen die Basis hin, was hier nicht der Fall war; man konnte die Ränder des Knochenspaltes wallartig verdickt fühlen, was gleichfalls gegen angeborene M. sprach. Es seien bis jetzt 47 Fälle dieser Affection bekannt. Vortr. operirte mit Freilegung der Geschwulst und Vereinigung der Knochenränder und hält diese Methode für die geeignetste. Wo sie nicht ausführbar sei, komme noch die Benutzung eines Hautknochenlappens nach Krönlein in Frage. Andere Methoden, unter denen sogar auch Punction und nachfolgende Jodinjuction (mit wenig ermutigendem Erfolge) versucht sei, seien nicht zu empfehlen.

2. Dr. Hampeln demonstrirt den Harn eines Magencarcinomkranken, der von tiefblauer Farbe, etwa wie Alizarintinte ist. Der Kranke befinde sich seit einigen Tagen im Krankenhaus. Er habe zu Hause Pulver gebraucht, ob dieselben etwa aus Methylenblau bestanden hätten, habe sich nicht ermitteln lassen. Der Harn mache auf der Wäsche blaue Flecke. Die chem. Untersuchung habe Indigo ergeben. Eine etwaige Verabreichung von Methylenblau liege zeitlich so weit zurück, dass eine solche angenommen, den bisherigen Erfahrungen nach die Blaufärbung des Harns schon geschwunden sein müsste.

3. Dr. Thilo hält den angekündigten Vortrag über «Behandlung steifer Gelenke mit Apparaten und Uebungen», verbunden mit Demonstrationen. (Erscheint im Druck).

Dr. v. Bergmann warnt davor, Gelenke mit noch eiternden Fisteln, mit Bewegungen zu behandeln, da der Verdacht auf Tuberculose sehr nahe liege. Bei dieser seien seiner Ansicht nach Bewegungen unbedingt schädlich und auch bei chron. Osteomyelitis thue man besser, die Ausheilung abzuwarten.

Dr. Thilo: Auch er habe den Fall mit den Fisteln für tuberculös gehalten und zuerst mehrere Monate hindurch vergeblich versucht die Fisteln durch die gebräuchlichen Methoden (Beizen, Immobilisiren etc.) zur Heilung zu bringen. Da jedoch dies nicht gelang und die Stellung des Gelenkes immer ungünstiger wurde, habe er sich entschlossen, die Behandlung mit Bewegungen zu beginnen, zunächst in der Absicht, dadurch den Blutumlauf und den Ernährungszustand des Beines zu bessern. Die Bewegungen seien mit der grössten Vorsicht und so reizlos vorgenommen worden, dass Gefässzerreissungen ebenso ausgeschlossen waren, wie bei seinen passiven Bewegungen der Blutergelenke und hätten in diesem Fall sehr gute Erfolge gehabt. Die Blutergelenke behandelt Votr. oft schon wenige Tage nach stattgehabtem Bluterguss mit Bewegungen. Stets habe er schnelle Abnahme der Geschwulst, Zunahme der Beweglichkeit und Schwinden der Schmerzen erreicht. Er habe gegen 20 derartiger Fälle, wie der von Dr. v. Bergmann beanstandete, mit dem besten Erfolge behandelt und könne daher die combinirte Anwendung von Druckverbänden, Schienen und methodischen Bewegungen nur wärmstens empfehlen.

Dr. Ed. Schwarz: Die Diagnose müsse sehr feststehen, bevor mit einer derartigen Behandlung begonnen werde, wenn man ein sicheres Urtheil über dieselbe gewinnen wolle. In vielen Fällen reiner Gelenkneurosen könne es sehr schwierig sein, eine materielle Erkrankung des Gelenkes mit Sicherheit auszuschliessen und es könnten hier leicht glänzende Resultate der Bewegungstherapie vorgetäuscht werden.

d. Z. Secretär Dr. H. Schwartz.

### Sitzung am 18. December 1896.

1. Dr. Radecki demonstrirt 2 von ihm nach der Methode von Veit-Doyen entfernte Uterusfibrome.

2. Dr. Rulle verliest den angekündigten Vortrag «Bemerkungen zur Behandlung des Typhus abdominalis».

Auf Grund eingehender theoretischer Erörterungen gelangt Votr. zu dem Schluss, dass beim Typhusprocess die Einwanderung und Vermehrung der Krankheitserreger im Darmrohre

sich abspielen, dass aber die Entstehung der specifischen Toxine und damit die Intoxication des Organismus im Venenblut stattfindet und von hier ihren Ausgang nehme. Ein ideales Curverfahren müsse daher nach 3 Richtungen wirksam sein: einmal gegen die Proliferation des Krankheitserregers, zweitens gegen die weitere Entstehung der Toxine und drittens gegen die bereits eingetretene Intoxication sich richten. Vortr. bespricht die Bäderbehandlung, sowie die Calomeltherapie und die von Fraenckel inaugurierte Serumbehandlung des Typhus von diesen Gesichtspunkten aus und berichtet anschliessend, dass er in 5 Fällen einen sehr günstigen Einfluss und augenscheinliche Abkürzung der Erkrankungsdauer von der Anwendung kalter Darmeingiessungen gesehen habe, deren Wirkungsweise er gegenüber der der kalten Bäder eingehend erörtert: dieselbe bestehe weniger in der Wärmeentziehung, als vielmehr in der Reinigung des Darmtractus und reflectorischer Aenderung der Circulationsverhältnisse in demselben.

Dr. Hampeln: Man könne sich noch immer nicht genügend vom Begriff der Krankheit als einer Entität emancipiren. Derselbe sei in seiner alten Bedeutung gegenwärtig nicht mehr festzuhalten; die Krankheiten seien nur als Ausdruck veränderter Lebensbedingungen entsprechend veränderte Lebenserscheinungen aufzufassen, wie auch die von der Klinik aufgestellten Krankheitstypen nur als Fixirung besonders häufig und besonders constant vorkommender Combinationen solcher. Das gelte auch vom Fieber, das ebenfalls als feststehender Begriff nicht haltbar und daher mit Unverricht vielleicht am besten als solcher aufzugeben sei. Bezüglich der Frage, wie man sich therapeutisch zum Fieber zu stellen habe, breche sich mehr und mehr die Ansicht Bahn, dass das Fieber als Reaction des Organismus auf die Einwirkung der Krankheitsnoxe aufzufassen und daher eher etwas der Erhaltung des Lebens unter den gegebenen Umständen Günstiges sei, dass daher eine Herabsetzung desselben principiell zu verwerfen sei. Dennoch spräche die Empirie speciell beim Typhus für ein temperaturherabsetzendes Regime, aber nur in soweit, als dasselbe den Organismus vor einer excessiven Reaction und damit verbundenen Erschöpfung seiner Kräfte bewahre. Seiner Erfahrung nach genüge für den Organismus

eine Temperatur von durchschnittlich 39° zur Erhaltung des Lebens und zur Ueberwindung der Typhusnoxe. Excessive Temperaturen bedeuten eine individuelle rhöhte Reizbarkeit, die auf die Noxe in quantitativ übertriebener Weise reagire. In dieser Beziehung, nicht in der früher üblichen Absicht einer Temperaturherabsetzung á tout prix, habe sich ihm das kalte Bad bewährt und möchte er es bei der Typhusbehandlung nicht entbehren. Die methodische Anwendung kalter Klysmen beim Typhus sei bereits früher proponirt und — seiner Ansicht nach mit Recht — wieder verlassen worden. Dasselbe gelte von der permanenten Darmirrigation. Beide Methoden können mit dem kalten Bade nicht concurriren. Sehr brauchbar seien kalte Klysmen zur Reinhaltung des Darms und beim Meteorismus der III. Woche und möchte er sie nur für diese Fälle reservirt wissen.

Bei bestehender Darmblutung halte er die Anwendung kalter Klysmen für riskirt, ohne jedoch principiell die Blutung als stricte Contraindication derselben aufstellen zu wollen.

Dr. Rulle: Die Theorie räume dem Organismus als solchem in der Frage des Fiebers eine zu aparte Stellung ein. Das Wesen des Fiebers sehe er lediglich in der vermehrten Wärmebildung und da Wärme nur durch chemische Processe entsteht, so kommen für die Frage des Fiebers die vitalen Kräfte des Organismus nicht in Betracht. Bezüglich der kalten Klysmen fügt er hinzu, dass die Wirkung derselben je nach Volum und Temperatur verschieden sei: Kleine, sehr kalte Klysmen hätten eine allgemeine sedative Wirkung bei Aufregungszuständen, Schlaflosigkeit etc., während grössere, von mässig kühler Temperatur mehr auf die Circulation im Darmkanal wirkten.

Dr. Miram richtet an Dr. Hampeln die Frage, ob im Krankenhause schon Versuche mit dem Typhotoxin gemacht seien!

Dr. Hampeln: Nein, er halte die Frage auch noch nicht für genügend weit gediehen, um schon zu praktischen Versuchen zu schreiten.

Dr. F. Berg fragt, welcher Art der Bäder Dr. Hampeln in der Typhusbehandlung den Vorzug gebe?

Dr. Hampeln bevorzugt im Allgemeinen die kühlen Bäder gegenüber den lauen mit allmällicher Abkühlung. Die

zu wählende Temperatur sei individuell verschieden, er sei sogar gelegentlich schon bis zu 15° R. herabgegangen, das Optimum sei seiner Erfahrung nach 20—22° R.

Die neuerdings von Eichhorst empfohlenen protrahirten Bäder (ca. 3 Stunden bei 26—27° R.) habe er in einigen Fällen versucht und sei im Allgemeinen mit den Resultaten nicht unzufrieden, besonders bei unruhigen Kranken. Bei anderen Infectionskrankheiten habe er zur Anwendung kühler Bäder keine Veranlassung gehabt.

d. Z. Secr. Dr. H. Schwartz.

### Sitzung am 15. Januar 1897.

1. Mittheilung Dr. v. Holst's über den Beschluss der Errichtung einer Abtheilung für syphilitische Kranke am städtischen Krankenhause und über eine temporäre Einrichtung zur Aufnahme solcher Kranker.

2. Dr. v. Krüdener demonstirt einen Fall von Sarcom der Iris.

Dr. Zwingmann, der den Fall gleichfalls untersucht, bemerkt unter Demonstration einer von ihm gefertigten Zeichnung, er halte es für wahrscheinlicher, dass der Tumor nicht der Iris entspringe, sondern secundär dieselbe durchwuchert habe und dass sein Ursprungsort der Winkel der hinteren Kammer resp. der Ciliarkörper sei. Das entspräche auch der aus der Literatur sich ergebenden Prädisposition der Sarcome für diese Gegend. Primäres Sarcom der Iris sei enorm selten.

Dr. v. Krüdener: Seiner Ansicht nach liege der Tumor in der Iris, die er in der Nähe des Iriswinkels nach vorne durchsetzt. Der temporale Theil der Linse sei etwas nach hinten gedrängt, am Ciliarkörper seien keine Fremdmassen zu entdecken, derselbe sei völlig normal, die Linse in der Nähe des Ciliarkörpers nicht trüber.

Dr. Zwingmann hält den Ciliarkörper an der betreffenden Stelle nicht für völlig normal. Er habe bei der Untersuchung dort die Ciliarfasern nicht sehen können.

3. Dr. Eliasberg (als Gast) hält den angekündigten Vortrag: Beitrag zur Gehirnlocalisation (Progressive Paralyse

bei einem 56-jährigen Luetiker. Linksseitige homonyme Hemianopsie, linksseitige periodische Déviation conjugée, Sitz der Läsion in der Gegend des rechten Occipitallappens angenommen).

Der Fall wird anderweitig veröffentlicht werden.

Dr. Schönfeld hat den betreffenden Kranken ebenfalls nur wenige Tage vor dem Tode gesehen und begründet ausführlicher seine Auffassung des Falles als progressive Paralyse. Die Blutung betraf, soweit er sich erinnert, auch den Scheitellappen.

Dr. Dahlfeld: Es wäre interessant, einen Bericht über den Sectionsbefund zu haben, da doch von grosser Wichtigkeit sei, wie stark die Blutung gewesen; ob es sich nur um eine dünne subpiaie Blutschicht oder um eine grössere, eventuell raumbeschränkende Blutung gehandelt habe. Die mit der Hemianopsie in Verbindung gebrachten Rindengebiete lägen im Innern des grossen sagittalen Hirnspaltes verborgen, im Gebiet des Cuneus und Lobus lingualis, nicht an der Oberfläche der Angularwindung und sehe er dieselbe durch die vom Vortr. angeführten «linsengrossen» Blutungen im Gebiet des Gyrus angular. nicht für ausreichend erklärt an. Ausserdem sei der Fall mit Glykosurie und Albuminurie complicirt gewesen und daher nicht rein genug, um für die Lehre von der topischen Diagnostik mit Sicherheit verwerthet zu werden.

Dr. Eliasberg: Die Glykosurie müsse in diesem Falle schon sehr lange bestanden haben, wofür der ophthalmoscopische Befund einer Retinitis punctata (Hirschberg) spräche und könne mit den terminalen Erscheinungen kaum etwas zu thun haben. Der Wortlaut des Sectionsprotokolls sei: «An der äusseren Fläche der rechten Hemisphäre (Angularwindung und 2 ersten Occipitalwindungen) eine Gruppe linsengrosser subpiaier Hämorrhagien». Eine exacte Gesichtsfeldaufnahme sei nicht möglich gewesen, doch habe er durch Untersuchung mit dem Finger und mit einer Schriftprobe sich von der Realität der Hemianopsie sicher überzeugen können.

Dr. Hampeln: Er habe den Fall im Krankenhause, wo er moribund eingeliefert wurde, gesehen. Der kurzen Beobachtung wegen war eine klinische Diagnose nicht zu stellen, es konnte nur constatirt werden, dass der Harn reichlich Eiweiss und Zucker enthielt; das Darniederliegen des Bewusstseins

könnte also zur Annahme eines Coma diabeticum bezw. urämicum veranlassen.

Die Section ergab nun neben den schon angeführten Veränderungen das Vorhandensein einer handtellergrossen meningalen Apoplexie, die fast über den ganzen Scheitellappen sich ausbreitete. Angesichts der Thatsache, dass sowohl bei Diabetes, als auch bei urämischen Zuständen ein abnormes psychisches Verhalten nicht zu den Seltenheiten gehört, scheint ihm noch zu erwägen, ob unter diesen Umständen die Diagnose der progressiven Paralyse genügend gestützt sei.

Dr. Schönfeld: Auf ihn habe der Kranke den Eindruck eines typischen Paralytikers gemacht. Er war nicht vollkommen desorientirt, das Gedächtniss aber völlig geschwunden. Wie ihm nachträglich bekannt geworden sei die Zurechnungsfähigkeit des Pat. vor längerer Zeit auch in der Heimath desselben von ärztlicher Seite bestritten worden. Der übrige Befund bei der Section-Atrophie der Gyri, klaffende, weite Sulci, Verdickungen und Trübungen der Pia um die basalen Gefässe, Hydrocephalus ext. — spräche gleichfalls für die Diagnose. Die meningeale Blutung sei allerdings von solcher Ausdehnung gewesen, dass eine Druckwirkung derselben nicht ausgeschlossen sei. Die vom Votr. angeführten und auf die Hemianopsie bezogenen Blutungen betrafen die Substanz der Hirnrinde.

Dr. Dahlfeld zweifelt nach den Mittheilungen Dr. Hapeln's und Schönfeld's nicht an der Möglichkeit der Hemianopsie. Es scheine ihm jedoch die Schädigung des Hinterhauptlappens eine zu diffuse, um den Fall für die Localisation der Hemianopsie zu verwerthen. Er selbst habe früher die Literatur auf derartige Fälle hin durchgesehen und gefunden, dass leider der grösste Theil der zur Lehre von der topischen Diagnostik herangezogenen Fälle diesen Uebelstand aufwiesen. Für die topische Diagnose seien nur präzise und klare Fälle zu verwerthen.

Dr. P. Klemm schliesst sich dem an. Auch seiner Ansicht nach liege der referirte Fall nicht klar genug, um für die Lehre von der Gehirnlocalisation bezw. für auf die topische Diagnose zu begründende Eingriffe verwerthet zu werden.

Dr. Ed. Schwarz wendet sich gegen die Verwerthung der in diesem Falle beobachteten Déviation conjugée für die Diagnose.

Die ganze Lehre von den Hirncentren sei seiner Ansicht nach mit Vorsicht zu beurtheilen, wir könnten noch nicht von Centren als alleinigem Sitz gewisser Functionen sprechen, sondern nur sagen dass Reizung bezw. Entfernung bestimmter Hirnpartien von bestimmten Erscheinungen gefolgt würden. Ein Centrum für die Seitwärtsbewegung der Augen und des Kopfes sei noch nicht bekannt und dieses Symptom als Ausfallerscheinung aufzufassen, sei verfrüht, besonders im referirten Falle, wo vielleicht auch ein epileptiformer Krampf vorgelegen haben kann. Ueberhaupt seien Paralytiker nur mit grösster Vorsicht für die Lehre der Gehirnlocalisation zu verwerthen.

Dr. K r a n n h a l s bemerkt zur anatom. Diagnose, dass die Blutung in der Substanz des Gyrus angular. und Occipitalhirn nicht raumbeschränkend genannt werden könne. Es handelt sich um linsengrosse Blutergüsse, welche dicht gedrängt einen Bezirk von ca. 5 cm. Durchmesser einnehmen.

Dr. S c h ö n f e l d stellt das Vorhandensein epileptiformer Zustände als event. Erklärungsgrund der *Déviation conjugée* in Abrede. Der Fall sei zwar für die Lehre der topischen Diagnostik nicht beweisend, biete aber viel Interessantes. Die vermuthete Blutung im Hinterhauptlappen war jedenfalls vorhanden.

Dr. v. K r ü d e n e r erwähnt einen Fall, der gleichfalls homonyme Hemianopsie aufwies, an welche sich dann beiderseitige Stauungspapille und Erblindung anschloss und in welchem ein beständiger bohrender Schmerz am Occiput zur Operation bestimmte, die einen Erweichungsheerd im Lobus occipitalis aufdeckte.

Dr. E l i a s b e r g resumirt in einem Schlusswort dahin, dass die Hemianopsie und die *Déviation conjugée* jedenfalls als constatirt anzusehen seien und ist der Ansicht, dass eine Druckwirkung des Blutergusses auszuschliessen, vielmehr eine directe Läsion der als Sitz der Erkrankung vermutheten Stelle durch die Blutung als nachgewiesen anzusehen sei.

d. Z. Secr. Dr. H. S c h w a r t z.

## Sitzung am 29. Januar 1897.

1. Dr. D a h l f e l d demonstriert eine Röntgenplatte, die einen im Bulbus steckenden Fremdkörper nachweist.

2. Dr. O. K l e m m weist unter Vorlegung diesbezüglicher Tabellen auf die gegenwärtig enorm hohe Scharlachmorbidity und Mortalität hin und will damit zu einer Erwägung darüber Anregung geben, ob und wie weit man durch bestimmte Maassnahmen in dieser Beziehung prophylactisch wirken könne. Eine Hauptursache der enormen Verbreitung der Epidemie liege jedenfalls in den Schulen, die häufig von gesunden Angehörigen erkrankter Kinder besucht würden und wäre daher dieser Punkt in erster Linie zu berücksichtigen.

Dr. M i r a m theilt Dr. K l e m m's Ansicht, dass die Schulen sehr wesentlich zur Verbreitung der Scarlatina, wie überhaupt der Infectionskrankheiten beitrügen. Der einzige Weg, hier Abhilfe zu schaffen, sei der der Legislative. Was auf privatem Wege zu erreichen sei, werde in den gebildeten Ständen meist schon geleistet, den Ungebildeten gegenüber sei der Arzt ohne Strafgesetz machtlos. Eine Verständigung mit der Schulobrigkeit auf privatem Wege anzubahnen, dürfte ausserhalb der Competenz der Gesellschaft liegen.

Dr. O. K l e m m: Es wäre vielleicht doch möglich, durch Mittheilung einer Resolution der Gesellschaft an zuständiger Stelle der Legislative eine Anregung in dieser Sache zu geben.

Dr. M e y: Eine Erklärung für die augenblickliche starke Zunahme der Epidemie und ihren bösartigen Character zu finden sei schwierig. Der an sich verschiedene Character der verschiedenen Epidemien, sowie auch der einzelnen Fälle derselben Epidemie weise darauf hin, dass verschiedenen in ihrer Einwirkung schwieriger zu bestimmenden Factors, wie z. B. individuellen (Disposition), socialen, meteoristischen etc. Verhältnissen ein bestimmender Einfluss auf den Character einer Epidemie zukomme. Gegenüber diesen, unserer directen Erklärung sich entziehenden Factors erscheine es einseitig, nur auf die Verhütung der directen Uebertragung durch Isolirung hinzuwirken und halte er es kaum für möglich, den Gang einer Epidemie dadurch in irgend nennenswerther Weise zu

beeinflussen. Bei sporadischen Fällen könne ja durch Isolirung gewiss etwas erreicht werden, doch seien im Ganzen unsere Kenntnisse über die Art der Scarlatinainfection noch zu unsicher, um daraufhin bestimmte, allgemeingültige Regulative zu veranlassen.

Dr. Miram erblickt einen Widerspruch in Dr. Mey's Ausführungen. Wenn derselbe der Isolirung im Hause des Kranken ihren Werth nicht abspräche, so sei doch jedenfalls die Fernhaltung eventuell die Infection vermittelnder Kinder von der Schule nicht unberücksichtigt zu lassen.

Dr. Deubner: Wirkliche praktische Resultate wären wohl nur auf legislativem Wege zu erreichen. Er persönlich halte ebenfalls die Schule für einen Hauptverbreitungsherd der Scarlatina und glaube er, dass eine Anzeige der Erkrankungen bei der Schulobrigkeit wohl durchführbar und in gewissem Grade wirksam sein könne. Viel schwieriger sei es, den socialen Missständen gegenüber zu treten, welche gleichfalls an dem Aufflackern der Epidemie hervorragenden Antheil haben, indem häufig eine Isolirung des Kranken ganz undurchführbar sei. Ueberführung der Kranken, die im Hause nicht isolirt werden können, ins Krankenhaus scheitere oft an Vorurtheilen der ungebildeten Bevölkerung und wäre andererseits bei etwa erreichbarer pflichtgemässer Verbringung der Kranken ins Hospital kaum genügend Raum vorhanden.

Um gegen Unbildung und Vorurtheil zu wirken, habe er in der Kinderambulanz des Rothen Kreuzes Blanquette nach Art der von Rauchs in St. Petersburg eingeführten herrichten lassen, die er den Angehörigen der erkrankten Kinder übergebe und die eine kurze Belehrung über die wichtigsten Punkte enthielten.

Es wären also als wesentlich zu berücksichtigen: 1) die Schule, 2) Aufklärung der niederen Bevölkerungsschichten, 3) Vorsichtsmassregeln der Aerzte gegen Verschleppung der Krankheit durch ihre Person.

Dr. Hampeln: Die Verbringung sämtlicher Kranken ins Hospital wäre ja an sich das ideale Verfahren, leider aber in praxi nicht ausführbar. Am wichtigsten erscheine daher, zu erörtern, was bei Verbleiben des erkrankten Kindes im Hause zu geschehen habe. Als anerkannt könne ja gelten, dass bei genügender Isolirung des Kranken gesunde Kinder desselben

Haushaltes die Schule besuchen dürften. Die Forderung des Fernhaltens der Kinder aus der Schule gar zu rigoros zu stellen, könne sein Missliches haben. Was sei nun unter genügender Isolirung zu verstehen? Die darauf bezüglichen Massregeln seien ganz dem freien Ermessen des Arztes überlassen; das sei auch gewiss ganz richtig, da nur genaue Berücksichtigung der vorhandenen Räumlichkeiten die Massregeln wirksam gestalten könne. Daher schein ihm gerade auf diesem Gebiet die Formulirung gewisser Normen von allgemeiner Gültigkeit wichtig und möchte er besonders auf diesen Punkt die Discussion gelenkt wissen.

Dr. Deubner: Angesichts der Thatsache, dass auch ganz leichte Fälle bei von ihnen aus Inficirten schwerste Erkrankungen hervorrufen können, sei eine Isolirung nicht als vollständig zu erachten, so lange das gesunde Kind demselben Haushalt angehört, der das erkrankte beherbergt. Daher sei seiner Ansicht nach das Besuchen der Schule seitens der Angehörigen scharlachkranker Kinder principiell zu untersagen.

Dr. O. Klemm: Es beständen in der That noch grosse Verschiedenheiten in den Anschauungen über den Infectionsmodus bei Scarlatina. Jürgensohn und andere seien z. B. der Ansicht, dass eine Uebertragung durch Mittelpersonen kaum zu befürchten sei, während Andere und mit ihnen gerade diesen Weg der Verbreitung für den hauptsächlichsten halten.

Ein Entwurf über die Hauptpunkte zur Verhütung der Infection müsste sich im Wesentlichen an die in Deutschland geltenden Bestimmungen anlehnen, unter Berücksichtigung der Thatsache, dass nach dem 15. Lebensjahr die Morbidität an Scarlitina ganz erheblich sinke.

d. Z. Secr. Dr. H. Schwartz.

### Sitzung am 8. Februar 1897.

1. Dr. P. Klemm hält den angekündigten Vortrag: Beitrag zur Frage des Chloroformtodes. (Erscheint im Druck).

Vortr. fügt hinzu, er habe diese Bemerkungen hauptsächlich deshalb mitgetheilt, weil man gegenwärtig dazu neige,

dem Chloroform einen zu grossen Theil der Schuld an während oder gleich nach der Operation eintretenden Todesfällen beizumessen, während die Schwächung der Herzkraft bezw. die allgemeine Erschöpfung des Organismus durch das Grundleiden (protrahirte Erkrankungen, Parenchymdegeneration etc.) zu wenig berücksichtigt würden. Wenn sogar für 14 Tage nach der Narcose eingetretene Todesfälle das Chloroform verantwortlich gemacht würde (Zoege v. Manteuffel), so sei das seiner Ansicht nach zu weit gegangen. In solchen Fällen dürfe Chloroformtod erst angenommen werden nach sorgfältiger Ausschliessung aller Möglichkeiten, welche an sich oder in Verbindung mit dem Eingriff bezw. der Narcose den Tod hätten herbeiführen können. Das gelte auch für einen Fall über den im vergangenen Jahre Dr. Schabert als Chloroformtod berichtet habe und den Votr. für durch die vorhergegangene protrahirte Eiterung und Schwächung des Herzens durch dieselbe bedingt hält. Derselben möchte er auch die dort nachgewiesene Coagulationsnecrose der Nierenepithelien zuschreiben und lässt für das Chloroform höchstens die Rolle eines auslösenden Momentes zu.

Dr. Schabert: In derartigen Fällen seien die Factoren auseinanderzuhalten; einmal die klinische, pathologisch wirkende Noxe, zweitens die Giftwirkung des Chloroform. Wenn auch das Chloroform in seinem Falle nur als auslösendes Moment gewirkt haben sollte, so käme es bei der Frage: wie ist der Tod zu Stande gekommen? doch auch in Betracht, allerdings mehr im forensischen Interesse der Feststellung der Todesursache. Für die anatomische Beurteilung seien nur die Befunde einer möglichst schnell nach dem Tode gemachten Section zu verwerthen, später sei über Parenchymdegeneration kein sicheres Urtheil abzugeben. Die Frage der Spättodesfälle nach  $\text{CHCl}_3$  hält er noch nicht für abgeschlossen, bis jetzt sei eigentlich nur ein von Fraenkel mitgetheilte Fall als sicher anzusehen.

Dr. A. v. Bergmann: Die Ergebnisse von Sectionen seien für die Frage der deletären Wirkung des Chloroforms nur mit grosser Vorsicht zu verwerthen. Wir seien da nur auf Analogieschlüsse aus Thierexperimenten angewiesen und mit Berücksichtigung der so grossen Verschiedenheiten in der Wirkung des Chloroforms auf die verschiedenen Thierspecies seien auch Verschiedenheiten zwischen der Chloroformwirkung

bei Mensch und Thier nicht auszuschliessen. Er theilt vollkommen den vom Vortr. eingenommenen Standpunkt. Allmählich beginne auch die anfänglich durch die Chloroformstatistik hervorgerufene Abneigung gegen das Chloroform wieder zu schwinden, da die Statistik des Aethers mit der Vergrösserung des Materials sich auch zu verschlechtern beginne und erweise, dass der Aether auch nicht ohne Gefahren sei und dass gerade hier die Spättodesfälle eine grosse und erwiesenermassen wahre Rolle spielen, die sogen. Aetherpneumonien, über welche zahlreiche Mittheilungen vorliegen und die meist einen schweren Verlauf nehmen. Die Statistik verändere sich zu Ungunsten des Aethers (Todesfälle anfangs 1:19000, jetzt 1:3000). Auch Fälle, wo gar keine allgemeine Narcose, sondern nur locale Anaesthetica zur Anwendung gekommen seien, hätten Todesfälle geliefert und betont er diese besonders der von Dr. Schabert geäusserten Anschauung gegenüber; da bei ihnen gar kein Narcoticum gewirkt hatte, so könne von einer Nothwendigkeit des Zusammenwirkens eines toxischen Factors mit der Noxe des Grundleidens bezw. des Eingriffes keine Rede sein.

Dr. v. Krüden er fühlt sich durch seine persönliche Erfahrung veranlasst, ein Wort zu Gunsten des Aethers einzulegen: er habe eine ziemlich grosse Zahl von Aethernarcosen geleitet und keine schlimmen Erfahrungen gehabt. Die Gefahren für das Herz schienen ihm beim Aether entschieden geringer zu sein. Viele Thierspecies, die gegen Chloroform äusserst empfindlich seien, verträgen Aether vortrefflich.

In einem Schlusswort bemerkt Dr. P. Klemm Dr. Schabert gegenüber, dass das forensische Interesse den Kern der Frage nicht betreffe. Bei der Frage, aus welcher Ursache der Tod eingetreten, sei Unterscheidung einer klinischen und toxischen Quote nicht wohl möglich. Der Tod erfolge neben in Folge von Organveränderungen und ausgelöst durch den Eingriff.

2. Dr. Dahlfeld macht Mittheilung über seine Versuche über Verwendbarkeit der Röntgen'schen X-Strahlen in der Augenheilkunde und ein Verfahren, aus mehreren Aufnahmen durch Rechnung den Ort des Fremdkörpers mit Genauigkeit festzustellen. (Ist im Druck erschienen).

d. Z. Secr. Dr. H. Schwartz.

## Sitzung am 19. Februar 1896.

1. Dr. Thilo hält den angekündigten Vortrag über «Bewegungen als Heilmittel für entzündete Gelenke». Mit Krankenvorstellung. (Erscheint im Druck).

Dr. A. v. Bergmann: Er wünschte seiner früher schon ausgesprochenen Ansicht gemäss, dass mehr Gewicht darauf gelegt würde, dass diese Behandlungsweise nur bei serösen und serös-fibrinösen Entzündungen am Platze sei; bei eitrigen und tuberculösen Processen sei sie seiner Meinung nach nicht angebracht. In jedem Falle eines acut entzündlichen Processes halte er es für vorsichtiger, zunächst abzuwarten und erst nach Ablauf des acuten Stadiums mit Bewegungen zu beginnen.

Dr. Thilo weist dem gegenüber auf die soeben vorgestellten Fälle hin, da beide in bedeutender Besserung sich befinden und von denen der eine von Dr. v. Bergmann als tuberculös anerkannt, der andere eitriger Natur war und eine eiternde Fistel trug. Natürlich bliebe immer ein grosser Theil der Fälle der chirurgischen Therapie reservirt, welche durch breite Eröffnung unter Umständen der Eiterung rascher Stillstand gebiete. Wo aber nur wenige, spärlich secernirende Fisteln vorhanden seien, sei es seiner Ansicht nach besser, mit der von ihm vertretenen Methode activ vorzugehen, als die langsame Ausheilung der Fisteln abzuwarten. In seinen Fällen habe er nicht nur keine Verschlimmerung, sondern im Gegentheil baldiges Aufhören der Eiterung unter Bewegungstherapie gesehen. Auch tuberculöse Gelenke würden im Allgemeinen für reizbarer gehalten, als sie es seiner Erfahrung nach in Wirklichkeit seien. Natürlich sollen die Bewegungen nicht gewaltsam sein, sondern müssen von geübter Hand mit äusserster Vorsicht ausgeführt werden. Für einen Vorzug seiner Methode halte er, dass so bald als möglich mit den von ihm construirten Apparaten die Kranken die Bewegungen selbst ausführen. Der Kranke kenne genau das Mass der möglichen Bewegung und hüte sich wohl, durch unvorsichtige Uebertreibung derselben sich selbst Schmerz zuzufügen. So lange aber kein Schmerz verspürt werde, sei keine mechanische Läsion des kranken Gelenks zu befürchten.

Dr. v. Bergmann: Die bisherige Erfahrung weise doch darauf hin, dass operative Eingriffe von tuberculösen Gelenken im Allgemeinen gut vertragen würden, dass aber Bewegungen bei jeder fortschreitenden Tuberculose misslich seien. Er weist auf die von Tiling (St. Petersburg) ausgesprochene Ansicht hin, dass tuberculöse Gelenke, bei denen nach Resection Herstellung eines beweglichen Gelenkes angestrebt werde, immer Recidive bekommen. Er müsse an seiner Ansicht festhalten, dass Tuberculose stets die Bewegungstherapie contraindicire und dass eine solche erst statthaft sei, wenn die Tuberculose zum Stillstand gekommen sei und nur in solchen Fällen von Wirksamkeit sein könne.

Dr. Thilo: In vielen Fällen acuter Entzündungen habe die Bewegungstherapie einen raschen Erfolg, insofern als sie durch Aenderung der Druckverhältnisse bezw. Wechsel der Stellen, welche infolge der reflectorischen krampfhaften Muskelcontractionen dem grössten Druck unterworfen seien, oft überraschend schnell die Schmerzen beseitige oder wenigstens mildere. Diese Erfahrungen habe er z. B. in einem Falle ziemlich frischer Tuberculose beider Hüftgelenke gemacht, wo er bei grosser Schmerzhaftigkeit zunächst in Narcose streckte, hierauf schiente und baldiges Aufhören der Schmerzen erzielte; unter methodischer Weiterbehandlung mit Massage und Bewegungen heilte der Fall aus. In einem anderen Falle, wo der III. Metacarpus sammt der Sehne operativ entfernt worden war, habe er wegen immer wiederkehrender Schmerzen zunächst Massage oberhalb versucht und später mit gutem Erfolge Bewegungen angewandt.

Dr. v. Bergmann ist der Ansicht, dass ein solcher Erfolg wohl möglich sei, wenn es sich um Gelenkhydrops als Fernwirkung noch nicht durchgebrochener ossaler Herde handle. Solche Fälle können durch Beseitigung der Reizung, welche die Fixation der Gelenkflächen aufeinander durch den Muskeldruck bedinge, wohl gebessert werden, seien aber streng von den eigentlich tuberculösen Gelenken zu unterscheiden. Auch die Scharlachgelenke bewege man im acuten Stadium lieber nicht, Scharlachempyeme bieten an sich eine gute Prognose.

Dr. Miram: Es scheine in der That auch in der Chirurgie ein Stadium des Umschwungs insofern einzutreten, als strenge

Ruhe als Princip bei Knochen- und Gelenkerkrankungen nicht mehr so energisch festgehalten werde. Er erinnere in dieser Beziehung an die portativen Verbände bei Fracturen, gegen die sich aber doch schon wieder eine Reaction zeige, an die Massagebehandlung bei Gelenkfracturen etc. Der Unterschied zwischen Privatpraxis und Anstaltsbehandlung werde aber wohl immer bestehen bleiben, in ersterer würde die Bewegungstherapie doch oft an dem Widerstand der Pat. scheitern. Er für seine Person möchte bei Gelenkrheumatismus im acuten Stadium, sowie bei Arthritiden gonorrhöischer Natur lieber von Bewegungen absehen, da dieselben doch leicht Eiterung befördern könnten. Die Prognose solcher Fälle sei unsicher und wenn auch zuzugeben sei, dass Bewegungen unter Umständen durch Aenderung der Druckverhältnisse etc. günstig wirken könnten, sei doch eine vorsichtige Auswahl der geeigneten Fälle nöthig. Gegenüber Dr. v. Bergmann betont er, dass doch Erfahrungen vorliegen, die dafür sprächen, dass Bewegungen nicht in jedem Falle einer tuberculösen Gelenkerkrankung unbedingt ungünstig wirken müssten.

Dr. F. Berg bemerkt, dass auch er den Nutzen zeitig angewandter, aber vorsichtig und geschickt ausgeführter Bewegungen seiner Erfahrung nach nicht verkennen könne. Es gehöre aber grosse Uebung dazu, um sich das nöthige Geschick in der Ausführung dieser Therapie zu erwerben und sei das durchaus nicht Jedermanns Sache. In den meisten Fällen würde ja wohl die Praxis für die ersten Tage Ruhe erzwingen, doch sei er dafür, mit Bewegungen möglichst zeitig zu beginnen.

d. Z. Secr. Dr. H. Schwartz.

---

### Sitzung am 19. März 1897.

1. Dr. P. Klemm macht unter Demonstration von Photographen Mittheilung über 2 Fälle von angeborenem Riesenwuchs, welcher in einem Falle den Zeigefinger, im anderen die II. Zehe betraf und weist auf die Unterschiede dieser Affection gegenüber der Acromegalie hin.

2. Dr. Ed. Th. Schwartz demonstrirt unter ausführlicher Begründung der Diagnose einen Kranken mit dem Brown-

Sequard'schen Symptomencomplex. Trauma vor 10 Jahren — Dolchstich in den Rücken — etwas links von der Wirbelsäule, starke Blutung, am 2. Tage am Verband Austritt von Cerebrospinalflüssigkeit; compl. Lähmung des rechten Beines, keine Sensibilitätsstörung. Nach ca. 4 Wochen Heilung. Lähmung geschwunden. Bald darauf leichte Parästhesien im r. Bein und der rechten Seite bis Nabelhöhe, allmählich zunehmende Schwäche des rechten Beines, in leichterer Ermüdung sich äussernd, Abnahme der Potenz, habituelle Obstipation, keine Blasenbeschwerden. Musculatur des rechten Beines schwächer als des linken, Patellarreflex gesteigert, rechts Fussklonus. Cremaster- und Abdominalreflex fehlen rechts, links erhalten. Sensibilität rechts vermindert, bis etwas über Nabelhöhe, am Unterschenkel und hinterer Seite des Oberschenkels hyperästhetische Zonen constatirbar. Galvan. und farad. Erregbarkeit rechts herabgesetzt. Schmerzleitung rechts verlangsamt.

Dass sensible und motor. Störung auf derselben Seite sich befanden, erklärt Votr. aus dem tiefen Sitz der Läsion (der Lendenanschwellung entsprechend). Der Stich müsse schräg von links nach recht gehend eine Eröffnung der Dura bewirkt haben und sind als Sitz der gegenwärtigen — vielleicht secundären — Läsion, hintere Wurzel und Lendenanschwellung anzunehmen.

Dr. P. Klemm macht darauf aufmerksam, dass bei Traumen des Rückenmarks die Reflexe sich oft eigenthümlich erhalten. Bei Querschnittsläsionen, welche die Leitung der Seitenstrangbahnen aufheben, sollte man nach Analogie der Strangdegeneration gesteigerte Sehnenreflexe erwarten, er habe jedoch mehrfach Gelegenheit gehabt, zu beobachten, dass sie in solchen Fällen fehlten und auch nach event. Restitution der Motilität sich nicht wiederherstellten.

Dr. Ed. Schwartz bestätigt, dass besonders in den ersten Wochen bei traumatischen Läsionen der Seitenstränge Sehnenreflexe oft vermisst werden.

Dr. Ed. Th. Schwartz weist auf die Möglichkeit hin, dass durch die Läsion in solchen Fällen der Reflexbogen selbst unterbrochen sein könne. Unter Umständen könne auch bei Sitz der Läsion oberhalb des Reflexcentrums der ganze Reflexbogen ausser Thätigkeit gesetzt sein.

3. Dr. Knorre demonstirt ein von ihm operativ entferntes cavernöses Uterusmyom, dessen Ausgangspunkt der Cervix war, unter Besprechung der Operationsmethode. Totale Entfernung des Uterus, Vernähung des Peritoneums über dem durchtrennten Scheidengewölbe und Herausleiten der Unterbindungs-fäden zur Vagina.

4. Dr. Thilo stellt einen Pat. mit Patellarfractur vor, den er nach Anregung Dr. P. Klemm's sehr frühzeitig mit Massage und mit combinirter Anwendung seines Filzdruckverbandes und der Bewegungen mittels der von ihm construirten Apparate behandelt hat. Nach 14 Tagen war Pat. im Stande zu gehen. Votr. glaubt, dass die zurückbleibenden Störungen der Bewegung durch die ausserordentlich leicht eintretenden Verwachsungen des Extensor cruris quadriceps mit dem Femur bedingt seien, denen man durchaus früh entgegenarbeiten müsse, wozu die von ihm angegebenen Apparate sehr geeignet seien.

Dr. P. Klemm hält die Annahme von Verwachsungen des Quadriceps für möglich und tritt lebhaft für möglichst frühzeitige Anwendung von Massage und Bewegungen ein, ist aber der Ansicht, dass die Bewegungen, besonders in der ersten Zeit, manuell auszuführen seien. Er glaube, und glaube das auch bei der Thilo'schen Demonstration bemerkt zu haben, dass der Pat. es leicht möglich mache, das erkrankte Gelenk, das doch eigentlich bewegt werden solle, von der Bewegung auszuschalten oder zu sehr zu schonen, so dass der eigentliche Zweck der Bewegung verfehlt werde. Sei aber erst eine beträchtliche Versteifung des Gelenks eingetreten, so würden auch lange fortgesetzte Bewegungsübungen nur wenig mehr erreichen. Die Hand gehe praktischer, bewusster vor und sei seiner Ansicht nach unentbehrlich, um zunächst einen Spielraum für die Bewegungsübungen zu schaffen.

Dr. Thilo weist darauf hin, dass der Apparat im Sitzungs-saale nur in einer Weise angebracht werden konnte, die seiner Leistungsfähigkeit nicht vollen Spielraum gestatte.

5. Dr. R. v. Engelhardt verliest den angekündigten Vortrag: Ueber Arteriosclerose in ihren Beziehungen zur Intestinalneurose. (Erscheint im Druck).

Dr. Hampeln bemerkt: er theile im Allgemeinen die Anschauung, dass die Arteriosclerose, namentlich im höheren

Alter, mit Erscheinungen verknüpft sei, die verschiedenen Neurosen ähnlich seien, er sei aber nicht der Ansicht, dass die verschiedenen Schmerzempfindungen stets und allein auf die Arteriosclerose zurückzuführen seien.

Die Beziehungen derselben zu den Sensibilitätsstörungen seien im Ganzen sehr fraglich angesichts der Thatsache, dass im Allgemeinen die Pat. von ihrer Arteriosclerose nichts fühlten. Ausgenommen sei in dieser Beziehung nur die Arteriosclerose der Herz- und Hirngefässe. Die erstere sei wohl regelmässig mit Schmerzattacken verbunden, wo solche in ausgesprochener Weise nicht vorhanden seien, können wohl auch lediglich unangenehme Empfindungen nicht genau zu beschreibender und zu deutender Art sich zeigen. Die krankhaften Empfindungen in der Regio epigastrica könnten in Fällen, wo an Arteriosclerose zu denken bezw. solche nachweisbar sei, gewissermassen als irradiirte Angina pectoris aufgefasst werden, wie solche ja auch sonst als Irradiationen in Arm, Kopf, Rachen etc. beobachtet würden. Von diesen Fällen abgesehen blieben seiner Erfahrung nach nur wenige Fälle übrig, wo die Schmerzempfindungen in deutlichem Zusammenhang mit der Arteriosclerose ständen. Er selbst erinnere sich nur einiger Fälle, einer davon sei vom Votr. referirt worden.

Dr. Ed. Schwarz möchte dem Bericht des Votr. über den seiner Praxis entstammenden Fall noch einige Worte hinzufügen. Auch er habe die Erscheinungen desselben auf Arteriosclerose zurückgeführt, nachdem er die Erkrankungen, an welche bei Affectionen der grauen Vordersäulen des Rückenmarks bei älteren Leuten zuerst gedacht werden müsse, nämlich die amyotrophische Lateralsclerose und die progressive Muskelatrophie, auf Grund der mangelnden Progredienz der Erscheinungen habe ausschliessen können und habe Jolly in Berlin, der ebenfalls consultirt wurde, dieser Erklärung bedingungsweise zugestimmt.

Dr. v. Engelhardt bemerkt Dr. Hampeln gegenüber, er wolle keineswegs jede Schmerzempfindung in solchen Fällen aus der Arteriosclerose heraus erklären, einer derartigen Deutung der Schmerzempfindungen in der Regio epigastrica stehe er selbst sehr sceptisch gegenüber. Ihm komme es hauptsächlich darauf an, die Parallele der von ihm angeführten Fälle mit ähnlichen Symptomencomplexen, wie sie in der Jugend

bei nachweislich vorhandenen vasomotorischen Störungen beobachtet wurden, durchzuführen. Die Schmerzen in Verbindung mit den objectiven Erscheinungen (Durchfällen etc.) entsprechen seiner Ansicht nach diesen Erscheinungen und unter der Voraussetzung, dass diese Parallele durchführbar sei, sei so hier auch der Schluss berechtigt, dass diese Krankheitsbilder im späteren Lebensalter ebenfalls von einer Circulationsstörung — und zwar von der durch die Arteriosclerose gesetzten — abhängig seien.

d. Z. Secr. Dr. H. Schwartz.

---

### Sitzung am 2. April 1897.

1. Dr. P. Klemm hält den angekündigten Vortrag: «Ueber mechanische Behandlung kranker und verletzter Gelenke».

(Erscheint im Druck.)

Zum Schluss fügt Votr. noch hinzu, er habe die Gelenkneurosen nicht berücksichtigt, da sie in den Rahmen dieser Arbeit nicht recht sich einfügen liessen, insofern als sich für ihre Behandlung keine wesentliche Directive geben liesse, sondern dieselbe mehr als bei andern Gelenkleiden eine individualisirende sein müsse und vor das Forum des Chirurgen ja nur in so weit die Differentialdiagnose gegenüber organischen Läsionen in Betracht komme, gehören. Wesentlicher sei die Allgemeinbehandlung durch den Neurologen. Votr. würde sich dennoch freuen, wenn in der Debatte auch dieses interessante Gebiet Berücksichtigung fände.

Dr. Böhlendorff erklärt sich im Allgemeinen mit den Ausführungen des Votr. einverstanden. Nicht ganz einleuchtend sei ihm, weshalb Votr. im Beginne der mechanischen Behandlung Widerstandsbewegungen anempfehle, während nach seiner Erfahrung, wie auch nach Bardenheuer's und anderer Autoren Ansicht dieselben ausserordentlich schmerzhaft seien und einfach passive Bewegungen in Verbindung mit Distraction der Gelenkenden (bes. beim Kniegelenk) einfacher und bequemer seien. Vom Gesichtspunkt der Verhütung der Atrophie macht er darauf aufmerksam, dass die Behandlung wesentlich auf den Zustand der Extensoren Rücksicht nehmen

müsse, da diese erfahrungsgemäss leichter der Atrophie verfallen, auch ohne die vom Vortr. herangezogenen Blutungen etc. aufzuweisen, was Hoffa, Krukenberg u. a. aus ihrer schlechteren Gefässversorgung sich erklären. Zum Schluss weist er darauf hin, dass auch Tuberculose nicht immer eine Contraindication gegen Massagebehandlung abgebe.

Dr. v. Holst: Die Gelenkneurosen betreffend möchte er hervorheben, dass dabei, gleichviel auf welcher Basis die Neurose beruhe, stets die Gefahr vorliege, dass die Kranken das Gelenk zu ängstlich schonen. Ein äusserst wichtiger Punkt in der Behandlung sei gerade, dies zu berücksichtigen und mit aller Energie darauf zu dringen, dass der Kranke das Gelenk auch brauche; das neurotisch erkrankte Gelenk dürfe nicht geschont werden.

Dr. Thilo: Vortr. gehe in der mechan. Behandlung von Gelenkbrüchen weiter, als er zu gehen gewagt habe, während er seinerseits in der mechan. Behandlung entzündlich erkrankter Gelenke die vom Vortr. gesteckten Grenzen überschreite: Er hoffe, dass sie beide gemeinsam ihre Grenzen noch weiter würden verschieben können. Er selbst habe etwa 10 frische Gelenkfracturen behandelt und zwar 3 Radiusfracturen, 5 Knöchelbrüche, 1 Patellarfractur. Er glaubt vielleicht anfänglich zu vorsichtig in der Behandlung gewesen zu sein, später bei besserer Beherrschung der Methode sei er energischer vorgegangen und habe keine Ursache gehabt, das zu bedauern. Eine wesentliche Unterstützung der mechan. Behandlung nach seiner Methode erblickt er in seinen Filzdruckverbänden, die das Gelenk in den Ruhepausen unter hohen Druck stellen, der s. E. Entzündungsvorgänge im Gelenk selbst günstig beeinflusse, wozu er als Analogon auf die Wirkung von Ligaturen bei Schlangenbissen hinweist. Von Wichtigkeit sei es, die Bewegungen nur so weit auszuführen, als dies ohne Schmerzen geschehen könne, so dass Gefässzerreissungen und neue Blutaustritte sicher vermieden würden. Im Einverständnis mit Vortr. verlange er für die Bettruhe ausgedehntere Anwendung als bisher bei chronischen Gelenkerkrankungen, ohne jedoch während derselben die activen und passiven Bewegungen, die die Ernährung günstig beeinflussten, zu unterlassen.

Dr. Voss begrüsst die Methode der mechan. Behandlung Gelenkverletzungen als einen bedeutenden Fortschritt in

der Therapie, der auch namentlich in Bezug auf die Unfallsversicherung, die ja allmählich in Russland mehr Boden gewinnt, sehr wichtig sei. Unter dieser Therapie werde die Heilungsdauer vieler Knochen- und Gelenkverletzungen bedeutend abgekürzt. Bei der früheren Behandlung mit Immobilisirung in fixen Verbänden habe die Heilungsdauer einer Fractur 3—6—8 Wochen betragen, jedoch war damit der Verletzte noch lange nicht wieder arbeitsfähig, vielmehr musste jetzt erst daran gegangen werden, die in Folge der langen Immobilisirung versteiften Gelenke wieder beweglich zu machen, was oft viel mehr Zeit und Geduld von Seiten des Kranken und des Arztes erforderte als die Heilung der Verletzung selbst. Auch bei einfachen Distorsionen sei die Heilungsdauer unter Massagebehandlung eine weit kürzere.

Dr. P. Klemm bemerkt gegenüber Dr. Böhlendorff: Widerstandsbewegungen seien im Ganzen leichter zu erreichen, indem sie dem Pat. ein festes Ziel für seine Bewegungsimpulse gäben, ihm dadurch gewissermassen die Bewegung psychisch plausibel machten und ihn leichter die instinctive Scheu vor der Bewegung des kranken Gelenkes überwinden liessen. Bezüglich der Atrophie sei auch er der Ansicht, dass die Extensoren gefährdeter seien, da sie einmal schlechter ernährt seien, gerade deswegen aber auch unter Blutergüssen bezw. Quetschungen etc. mehr litten als die Flexoren. Ueber activ mechan. Behandlung tuberculöser Gelenke besitze er keine persönlichen Erfahrungen, da dieselbe an der Klinik weil. Prof. v. Wahl's nicht geübt wurde, jedoch müsse er die Möglichkeit zugeben, dass sie in gewissen Stadien günstig wirken können. Jedoch sei er im Allgemeinen bei der Tuberculose gegen eine zu active Therapie: ein tuberculöses Gelenk gehört ins Bett.

Gegenüber einem wiederholten Hinweise Dr. Böhlendorffs auf die Bedeutung der Distraction betont er. eine solche sei von höchster Wichtigkeit im Beginn der Behandlung, um die Fractur ein für allemal richtig zu stellen und in dieser Stellung zu fixiren. Sei sie gelungen, so gingen die Bewegungen immer ganz leicht von statten. Was aber am Anfange in dieser Behandlung versäumt sei, lasse sich später, auch bei wiederholter Distraction, nur schwer wieder gut machen.

Zum Schluss wolle er noch auf die diagnostische Bedeutung der Bewegung bei Olecranonfracturen im kindlichen Alter aufmerksam machen:

Hier sei Crepitation oft nicht zu fühlen, wenn es sich nur um Abspaltung von Knochenfragmenten des Epicondylus handle. Da empfehle es sich, in Streckstellung des Gelenks die seitliche Verschiebung zu versuchen: seien solche möglich, so sei sicher eine Fractur vorhanden.

Dr. Thilo führt einen Fall an, über den in der Zeitschrift für Unfallheilkunde (December 1896) berichtet ist. Derselbe war lange Zeit hindurch mit immobilisirenden Verbänden behandelt worden, schliesslich wurde wegen Verdacht der Tuberculose das Gelenk eröffnet. Dabei fanden sich absolut keine entzündlichen Veränderungen, wohl aber eine Atrophie des Knorpelüberzuges an den Berührungsstellen der Gelenkkörper, nach Ansicht des Ref. eine Druckatrophie in Folge der langen vorausgegangenen Fixirung. Unter Massage und Bewegungsbehandlung sei dann fast völlige Gebrauchsfähigkeit des Gelenks eingetreten. Nach 5 Jahre trat aus anderer Ursache der Tod ein und bei der Section fanden sich die früher atrophischen Stellen mit Knorpel überzogen, die Knorpelflächen — der noch restirenden Bewegungsbeschränkung entsprechend von der Peripherie her eingengt.

Dr. Th. hält den Fall für eine Gelenkneurose mit secundärer Atrophie des Knorpels in Folge der Immobilisation und ist der Ansicht, dass derselbe zur Vorsicht in der Immobilisirung der Gelenke mahnt.

Dr. Deubner wirft die Frage auf, ob die Diagnose einer Gelenkneurose schon im Beginne der Erkrankung mit Sicherheit zu stellen sei oder erst im weiteren Verlaufe sich ergebe?

Dr. v. Holst: Die Diagnose sei zu stellen 1) per Exclusionem, bei mangelndem Nachweis einer organischen Läsion. 2) unter Berücksichtigung des Allgemeinzustandes oder eines etwa vorhandenen nervösen Grundleidens. 3) aus dem Erfolge der negligirenden Behandlung.

Dr. P. Klemm: Die Diagnose sei natürlich meist nicht prima vista zu stellen, jedoch meist in verhältnissmässig kurzer Zeit zu erreichen. In differentialdiagnostischer Beziehung sei natürlich immer in erster Linie an Tuberculose zu denken; bei dieser trete meist schon früh Atrophie der functionell

zum erkrankten Gelenk gehörigen Muskelgruppen ein, die bei der Gelenkneurose meist ausbleibe.

Den von Dr. Thilo citirten Fall möchte er nicht ohne Weiteres als Neurose gelten lassen und weist auf diesbezügliche Thierversuche von C. Reyer hin, der nachwies, dass es einer sehr langen Immobilisirung gesunder Gelenke bedürfe um atrophische Erscheinungen in denselben hervorzurufen.

Dr. Kröger II: Bei Gelenkneurosen seien passive Bewegungen bezw. Druck auf das Gelenk meist nicht schmerzhaft, ebensowenig activ alle im Gelenk überhaupt möglichen Bewegungen, sondern nur bestimmte Bewegungen resp. einzelne Phasen solcher. Oft lasse die activ schmerzhafteste Bewegung sich passiv schmerzfrei ausführen; der Schmerz werde eben mehr durch die psychische Vorstellung der Bewegung als durch diese selbst hervorgerufen.

Dr. v. Holst bestätigt dies und fügt hinzu, dass sich sehr häufig bei Gelenkneurosen circumscribte anaesthetische Stellen am Gelenk oder in der Umgebung desselben nachweisen lassen.

Dr. Miram erinnert sich eines Falles aus der Volkmannschen Klinik, der mit der Diagnose «Gelenkneurose» zugehört. Volkmann, der der Gelenkneurose gegenüber eine sehr skeptische Stellung einnahm, habe das Gelenk eröffnet und ein «katarrhalisches Exsudat» constatirt; er habe daraus Veranlassung genommen, seine Zuhörer in der Klinik zur Vorsicht bei der Annahme einer Gelenkneurose zu mahnen.

Was die Frage der Unfallverletzten bezw. die kürzere Heilungsdauer der Gelenkverletzungen bei activer Therapie betrifft, macht er darauf aufmerksam, dass hier oft mit einem gewissen Widerstande der Pat. zu rechnen sei. Die Verletzung heile zwar in der Regel thatsächlich schneller, jedoch habe der Pat. mit diesem Resultat noch nicht seine volle Leistungsfähigkeit wiedergewonnen, da in der Regel noch Schmerzen und verschiedenartige Beschwerden fortbeständen. Zur Beseitigung derselben gehöre neben grosser Geduld von Seiten des Arztes auch grosse Beharrlichkeit und der energische Wille, gesund zu werden, von Seiten des Pat. Unfallverletzte, die ein Interesse daran haben können, bis zu einem gewissen Grade invalid zu bleiben, können in dieser Beziehung oft alle Bemühungen zu Schanden machen, indem sie z. B. oft eine gewisse, einmal erreichte Bewegungsfähigkeit des verletzten Gelenks durch beharrlichen Nichtgebrauch verloren gehen liessen.

Dr. P. Klemm: Als sicher sei anzunehmen, das bei Behandlung mit Massage und Bewegungen die Heilungsdauer bei Gelenkverletzungen abgekürzt werde und dass die Kranken schneller leistungsfähig würden. Eine andere Frage sei es, wie weit sie diese Leistungsfähigkeit ausnutzten bzw. durch Schmerzen daran verhindert würden, da Schmerzen bei gewissen Bewegungen, bei Witterungswechsel etc. im krank gewordenen Gelenk oft noch lange fortbestehen könnten, ohne dass sich eine bestimmte Ursache dafür ausfindig machen liesse. Jedenfalls bliebe die einmal erreichte Bewegungsfähigkeit bestehen.

Dr. Thilo stimmt der letzteren Behauptung zu; Dr. Miram führt demgegenüber einen Fall seiner Beobachtung an, der zwar keine directe Gelenkverletzung darstelle, jedoch als Beleg für seine Behauptung wohl anzuerkennen sei. Es handelte sich um eine Sehnenscheidenverletzung nach Phlegmone, wo der Verletzte im Interesse seiner Unfallrente eine bereits erreichte Beweglichkeit der Hand durch beharrliches Vermeiden jeder Bewegung habe verloren gehen lassen.

Dr. Hach betont unter Bezugnahme auf einen Fall seiner Beobachtung, dass auch bei Gelenkneurosen gelegentlich Atrophien eintreten könnten, dass also dieses Moment bei der Differentialdiagnose gegenüber der Tuberkulose nicht so schwer ins Gewicht falle.

d. Z. Secr. Dr. H. Schwartz.

---

### Sitzung am 16. April 1897.

1. Dr. G. v. Bergmann berichtet über einen Fall von Conamen suicidii bei einem Geisteskranken. Derselbe, ein Mann von 70 Jahren, habe mit einem Rasirmesser sich das Abdomen geöffnet und die hervorquellenden Eingeweide partiellweise abgeschnitten. Er wurde zugleich mit den abgetragenen Darmtheilen (im ganzen 13 Stücke von verschiedener Länge — wenige Zolle bis zu einem Fuss und darüber) dem Krankenhause übergeben. Dort wurden die Lumina der stehen gebliebenen Darmtheile vereinigt, blutende Mesenterialgefäße unterbunden, doch starb der Kranke nach kurzer Zeit.

2. Dr. Mandelstamm jun. berichtet über einen Fall schwerer Collapserscheinungen bei einer Frau nach Genuss einer grösseren Menge von Arnica. Votr. macht darauf aufmerksam, dass er in der Literatur keinerlei Mittheilung über derartige Wirkungen der Arnica gefunden habe und dass die gebräuchlichen Lehrbücher dieselbe als therapeutisch werthlos und unschädlich darstellen. Dieser Fall sei geeignet, letztere Auffassung zu erschüttern.

Dr. Berkholz erwähnt, dass die Arnica vom Volke häufig in der Absicht, Abort herbeizuführen, benutzt werde.

3. Dr. Behr hält den angekündigten Vortrag: über «Iwan IV und seine Regierung vom psychiatrischen Standpunkt aus betrachtet». (Soll seiner Zeit im Druck erscheinen).

d. Z. Secr. Dr. H. Schwartz.

---

## Sitzung am 8. Mai 1897.

1. Dr. Skuje (a. G.) stellt einen Fall von Aortenaneurysma vor, an welchem besonders das Oliver'sche Symptom — pulsatorische Erschütterung des Larynx — demonstrabel ist.

Dr. Hampeln erwähnt hieran anknüpfend als besonders bedeutsam in diagnostischer Beziehung die pulsatorischen Bewegungen des Larynx in transversaler Richtung. Er selbst habe dieselben bisher nicht gesehen, doch würden sie ganz besonders bedeutsam sein bei Aneurysmen, die anderweitig nicht manifest würden, da sie mit Bestimmtheit für Aneurysma sprächen. Die in der Richtung der Körperachse erfolgenden pulsatorischen Bewegungen des Larynx seien diagnostisch nur verwerthbar, wenn sie in sehr hohem Grade ausgeprägt wären, da geringere pulsatorische Erschütterungen auch ohne Aneurysma vorkämen.

Dr. Skuje fügt noch hinzu, aetiologisch sei auch hier Syphilis wahrscheinlich Pat. habe einmal ein Ulcus gehabt, keine Allgemeinerscheinungen; unter Jodgebrauch habe er sich in letzter Zeit leidlich wohl gefühlt.

2. Dr. Mey stellt ein 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub>-jähriges Kind vor mit angeborener Pulmonalstenose. Der Fall sei insofern interessant, als das Kind wegen atrophischer Erscheinungen wiederholt ärzt-

lich untersucht und behandelt wurde, ohne dass der Herzfehler entdeckt worden sei. Auch ihm sei dies erst bei wiederholter Untersuchung gelungen.

Dr. H a m p e l n bemerkt, dass das Geräusch am Rücken nicht hörbar sei; Abwesenheit des Geräusches am Rücken könne aber auch für Offenbleiben des Septum ventriculorum verwerthet werden.

Dr. M e y: Für seine Diagnose scheine ihm das Fremissement und die Fortpflanzung des Geräusches in die Carotiden zu sprechen.

3. Dr. P. K l e m m hält den angekündigten Vortrag über «trophoneurotische Gelenkleiden». (Erscheint im Druck).

Dr. A. v. B e r g m a n n: Im Allgemeinen mit den vom Vortr. geltend gemachten Gesichtspunkten übereinstimmend, müsse er Ausstellungen machen an der Verquickung der leprösen Gelenkaffectionen mit denen der Syringomyelie und der Tabes. Dieselbe erscheine ihm verfrüht und nicht genügend begründet. Die Lepra als von der Haut ausgehend aufzufassen sei ebensowenig thunlich, wie dies bei der Syphilis etc. möglich sei. Es handle sich eben um eine Infection, die blos hauptsächlich und zuerst in der Haut sich manifestire. Die Erkrankungen der Knochen und Gelenke bei der Lepra dürften, nachdem S a w t s c h i k o w auch hier positive Bacillenbefunde gehabt, nicht als rein trophische Störungen aufgefasst werden. Sie unterschieden sich auch darin von den Gelenkaffectionen der Syringomyelitiker und Tabiker, dass sie nur sehr selten die grossen Gelenke beträfen. Er könne sich nur eines Falles einer Affection des Handgelenks bei Lepra erinnern. Hier habe das Gelenk ganz den Eindruck eines tuberculösen gemacht und sei nur, weil anderweitige Erscheinungen gegen Tuberculose sprachen, eine lepröse Affection angenommen worden.

Dr. E d. S c h w a r z erklärt seine Uebereinstimmung mit dem Bestreben des Vortr., die Erscheinungen möglich aus dem Bekannten heraus, ohne Zuhülfenahme hypothetischer, anatomisch nicht nachweisbarer Organsysteme zu erklären, doch hebt er bezüglich der trophischen Fasern hervor, dass die Existenz derselben, wenn sie auch nicht sicher nachgewiesen sei, doch durch die bekannten J o s e p h'schen Versuche (Extirpation des II Intervertebralganglions — Auftreten trophi-

scher Störungen ohne vasomotorische Erscheinungen) in hohem Grade wahrscheinlich gemacht werden. Auch für die Erklärung der Gelenkveränderungen bei Tabes sei die Annahme trophischer Nerveneinflüsse nicht fallen zu lassen. Wenn auch bei derselben periphere Erscheinungen häufig und oft sehr früh auftreten, so könne er sich mit der Leyden'schen Theorie der Tabes, die bekanntlich einen stets peripheren Ursprung derselben urgire nicht einverstanden erklären. Die Initialsymptome können bei der Tabes so mannigfaltige sein, wie bei keiner anderen Krankheit: Sensible Störungen können ganz fehlen, daher existire keine zwingende Nothwendigkeit für die Annahme eines peripheren Beginns der Tabes. Es kämen auch Fälle vor, in denen lediglich Sensibilitätsstörungen sicher centraler Natur vorhanden seien.

Störungen, die nur durch trophische Einflüsse zu erklären seien, würden bei Läsionen des Gehirns besonders nach gewissen Hemiplegien beobachtet. Für die Existenz trophischer Nerveneinflüsse spräche auch die bisher unbestrittene Thatsache, dass für die trophische Integrität des Muskels dessen Zusammenhang mit den Vorderhorn ganglien nothwendig sei; für diese Thatsache habe die Syringomyelie werthvolle Belege geliefert.

Dr. Tiling räumt die Unsicherheit der Lehre von den trophischen Nervenfasern ein, betont jedoch, dass ein Einfluss centraler Organe auf die trophischen Vorgänge doch durch zahlreiche Thatsachen nahegelegt sei. So z. B. durch die Beobachtungen bei der Poliomyelitis anterior acuta, besonders aber bei der allgemeinen progressiven Paralyse, wo ein ganzes Heer trophischer Störungen, wie die Knochenbrüche, der Decubitus, das Othämatom, durch nichts erklärbare Temperaturschwankungen etc. überaus häufig beobachtet werden.

Dr. Miram wirft die Frage auf, ob die scheinbare Immunität der Geisteskranken gegen Sepsis etwa auch trophischen Einflüssen zuzuschreiben sei?

Dr. Tiling: Es scheine ihm nicht unmöglich, unter Umständen auch an trophische Störungen im Sinne einer Hyperfunction zu denken, die eventuell derartige Beobachtungen erklären könnten.

Dr. P. Klemm: Die Joseph'schen Versuche seien nicht beweisend für die Existenz trophischer Nerven, nachdem die

Untersuchungen von R a m o n y C a j a l, K ö l l i k e r, G o l g i die Endigung der sensiblen Fasern im Intervertebralganglion nachgewiesen haben.

4. Dr. G e r i c h demonstriert eine Placenta succenturiata.

5. Dr. T h i l o stellt seinen Pat. mit Patellarfractur (cf. Sitzung vom 19. März a. c.) zum zweiten Male vor. Bei der ersten Vorstellung konnte der Kranke in Folge der Verwachsungen des M. quadriceps mit dem Femur nur sehr unbedeutende Bewegungen ausführen, denn die Patella wurde bei Contraction des Quadriceps nicht verschoben. Nach einigen Wochen seien diese Verwachsungen gelöst gewesen, so dass jetzt Kniebeugung bis zum rechten Winkel möglich sei. Hauptsächlich sei das Resultat erreicht worden durch Bewegungen mit den Thilo'schen Rollenzügen, die der Kranke 2 mal täglich in seiner Wohnung ausführte und so mit eigener Hand sein Knie wieder beweglich machte.

Der Verlauf war kurz recapitulirt folgender: Fractur der Patella am 2. Februar, 2 Tage Watteverband, hierauf Filzdruckverband nach Thilo, Hochlagerung, Massage, passive Bewegung des in einer Drahtschiene in Streckstellung gelagerten Beines. Die Streckung wurde durch eine Lederkappe, mit einem Loch für die Patella in der Mitte, erhalten. Vom 16. Tage an ging der Kranke mit dieser Schiene zur Arbeit (Ciavierbauer) und stieg dabei täglich einige Treppen. Vom 10. Tage nach der Verletzung ab passive Bewegungen und Widerstandsbewegungen. Die Bruchhälften der Patella liegen hart aneinander, keine knöcherne Verwachsung, Leistungsfähigkeit des Knie's links wie rechts.

d. Z. Secr. Dr. H. S c h w a r t z.

---

### Sitzung am 21. Mai 1897.

1. Dr. S c h a b e r t demonstriert unter ausführlicher Begründung der Diagnose einen Kranken mit Lymphosarcom der Mesenterialdrüsen.

2. Dr. A. v. B e r g m a n n demonstriert:

a) 2 Collectionen von durch Sectio alta aus der Blase entfernten Concrementen. Im einen Falle handelt es sich um multiple Urate, im anderen um zahlreiche Phosphatsteine,

deren jeder als Kern ein Stückchen Wachs enthielt. Vor Jahren war dem Pat. im Schlafe ein ans Wachs geknetetes bougieförmiges Stück in die Urethra geschoben worden, welches, als Pat. erwachte und mit der Hand hinfasste, abbrach und dessen Bruchstücke die Veranlassung zur Steinbildung abgaben.

b) Eine von ihm exstirpirte Gallenblase. An der Kranken war vorher die Cholecystotomie ausgeführt worden. Später habe sich die Wunde wieder geöffnet, neu eintretende Schmerzen und starker Schleimerguss aus derselben bestimmte Vottr. zu einem neuen Eingriffe, der in Exstirpation der Gallenblase bestand. Im Ductus cysticus fand sich ein kleines Concrement.

3. Dr. P. Klemm demonstrirt die resecirten Stücke einer von ihm unterbundenen Art. und Vena poplitea, welche beide durch das Projectil einer Flobert-Büchse quer durchsetzt sind. Vottr. hatte durch das Wahl'sche Geräusch die Diagnose der Gefässverletzung sofort stellen können und anderen Tages die Unterbindung vorgenommen. Reactionslose Heilung. Vottr. betont die grosse diagnostische Bedeutung des v. Wahl'schen Geräusches, das ein pathognomonisches Symptom der Gefässverletzung darstelle und bei partieller Verletzung von Gefässen eines gewissen Calibers nie fehle, während andere Zeichen, wie die Blutung, das Fehlen des Pulses distal von der Verletzung etc. unter Umständen im Stich lassen könnten; hierdurch werde der Operateur in Stand gesetzt, durch frühzeitige Unterbindung den Gefahren eines Aneurysma traumaticum bezw. einer eventuellen Gangrän vorzubeugen.

4. Dr. Mey referirt über einen Fall von Entleerung massenhafter Ascariden bei einem Kinde. Dasselbe hatte bereits wochenlang theils durch den Darm, theils durch Erbrechen Ascariden entleert und gingen unter Santoningegebrauch innerhalb 8 Wochen noch weitere — ca. 400 Exemplare ab. Vottr. referirt eingehend über Ascariden und ihre Eigenthümlichkeit, in präformirte Höhlen und Gänge einzuwandern und über die Frage, ob die Ascariden im Stande seien, die lebende unverletzte Darmwand zu perforiren.

Dr. Voss: Den Ascariden käme eine besondere praktische Bedeutung zu insofern, als sie, durchaus nicht immer harmlos, oft schwere Erscheinungen hervorrufen könnten. So erinnere er sich eines Falles, in welchem unregelmässige, mitunter recht hohe Temperaturen und cerebrale Symptome (Strabismus

diverg.) eine Meningitis vermuthen liessen, bis unter Entleerung zahlreicher Ascariden Genesung erfolgte.

Dr. Miram hat einen ähnlichen Fall beobachtet, Dr. Schönfeld einen solchen in der Mendel'schen Poliklinik in Berlin gesehen.

Dr. O. Klemm: Man neige gegenwärtig dazu, derartige Fälle als Autointoxicationen vom Darmcanal her aufzufassen, doch habe er auch Fälle beobachtet, in welchen die blossе Anwesenheit eines toxisch nicht wirksamen Fremdkörpers im Darm schwere Störungen ähnlicher Art hervorrief, so dass vielleicht der Gedanke an reflectorische Wirkungen bei besonderer Reizbarkeit der Kinder nahe gelegt werde.

Dr. Hampeln weist auf die Möglichkeit einer Coincidenz der Wurmaffection mit wirklicher, günstig verlaufender Meningitis hin.

Dr. Miram: Dagegen spräche noch das meist sehr schnelle Eintreten der Genesung nach Abgang der Parasiten, das einen causalen Zusammenhang wahrscheinlich erscheinen lasse.

Dr. Voss weist noch darauf hin, dass in solchen Fällen, wie auch gelegentlich bei anderen Affectionen des Kindesalters häufig Strabismus diverg. beobachtet werde, der daher bei der Diagnose der Meningitis mit Vorsicht zu beurtheilen sei.

5 Dr. G. Kieseritzky (a. G.) referirt über einen im städtischen Krankenhause beobachteten und von ihm bacteriologisch festgestellten Fall von diphtheritischer Pneumonie, der unter Serumbehandlung günstig verlief.

Dr. Schmidt: Für ihn liege das Hauptinteresse des Falles in dem Fieverlauf. Die uncomplicirte Diphtherie verlaufe meist fieberlos oder mit geringen Steigerungen der Temperatur. Grössere Erhöhungen derselben bedeuten wohl stets irgend eine Complication. Auch in mit höherem Fieber verlaufenden Croupfällen sei ihm meist ein anderes Aussehen der Fauces aufgefallen. Bei hinzutretender Pneumonie sei er für schleunige Anwendung grosser Serumdosen.

Dr. Krannhals hat bei Bronchopneumonien Diphtheritischer, die er bacteriologisch untersuchte, meist Diphtheriebacillen, aber selten in Reincultur, feststellen können. Wichtig sei der Nachweis der Diphtheriebacillen im Sputum, worauf sofortige Anwendung des Heilserums zu empfehlen sei.

d. Z. Secr. Dr. H. Schwartz.