



XXX

Auszug aus den Protokollen

der

Gesellschaft praktischer Aerzte

zu Riga.



St. Petersburg.

Buchdruckerei von **A. Wienecke**, Katharinenhofer Prosp., № 15.

1892.

XXX

Auszug aus den Protokollen

Доволено цензурою. С.-Петербургъ, 7 Сентября 1892 г.

ent.



4085

DE PETERSBURG
1892

1165. Sitzung am 4. September 1891.

Anwesend 47 ord. Mitglieder und 17 Gäste.

1. Dr. Radecki demonstrirt eine ca. 7monatliche Frucht mit folgenden Missbildungen: Bei normal entwickeltem Körper und Schädel findet sich im Gesicht nur eine Augenhöhle, welche grösser als gewöhnlich ist und zwei zusammenhängende Augäpfel enthält. Die Nase ist nur durch ein undurchlöcherntes Hautknöpfchen angedeutet; eine Mundöffnung fehlt. Oben seitlich am Halse finden sich zwei feine Oeffnungen, welche mit einander communiciren und in den Pharynx münden, daher als vollkommene Kiemenbögenfisteln anzusehen sind. — Das Kind lebte ca. 10 Minuten und athmete durch die Fisteln. — Complicirt war der Fall mit hochgradigem Hydramnion. — Eine Section hat nicht stattgefunden, um die Missbildung wohlbehalten berufeneren Händen in Dorpat übermitteln zu können.

2. Dr. Ad. Bergmann verliest seinen angekündigten Vortrag: «Zur Contagiosität der Lepra». Derselbe erscheint in extenso in der Volkmann'schen Sammlung klinischer Vorträge.

Dr. Carlblom: er sei durchaus nicht Gegner der Lehre von der Contagiosität der Lepra; er müsse aber dennoch darauf aufmerksam machen, dass gegenüber den Forschungen nach Contagion andere aetiologische Factoren vielleicht unterschätzt werden. Unter Hinweis auf Hutchinson bespricht Dr. C. die Bedeutung der Fische für das Auftreten der Lepra, macht darauf aufmerksam, wie gross die Zahl der Russen — die in der Fastenzeit auch verhältnissmässig viel Fische geniessen — in den von Dr. Bergmann gesammelten Fällen sei, und spricht den Wunsch aus, dass in jedem Fall von Lepra die Anamnese auch nach dieser Richtung hin erhoben werde.

Dr. Bergmann führt dazu an, wie Arning habe Hutchinson zugeben müssen, dass auf Hawai mit dem Auftreten der Lepra ein anderer Zubereitungsmodus der Fischnahrung zusammenfalle — welche Mittheilung Hutchinson mit Freuden als Stütze seiner Theorie aufgegriffen.

Andererseits hebt Dr. B. hervor, dass bisher in keinem Fische Leprabacillen nachgewiesen worden, dass dagegen die Lepra der Spur des Lepräsen folgt. Für die Fälle, in welchen Contagion sich nicht nachweisen lässt, müsse man sich doch dessen erinnern, dass selbst bei den acuten Infectionskrankheiten mit kurzer Incubationsdauer die Infectionsquelle nachzuweisen oft nicht möglich ist.

3. Interna.

1166. Sitzung am 14. September 1891.

Stiftungstag der Gesellschaft.

Anwesend 43 ord. Mitgl.

Interna.

1167. Sitzung am 2. October 1891.

Anwesend 44 ordentliche Mitglieder und 7 Gäste.

1. Dr. F. Berg hält seinen angekündigten Vortrag «Ueber einen Fall arteriosklerotischer Gangrän».

Nachdem Vortr. die Aetiologie, Symptomatologie und die verschiedenen bei dieser relativ seltenen Krankheit empfohlenen Amputationsmethoden besprochen, referirt er über folgenden Fall: Patient 34 Jahre alt, giebt an bis auf überstandene Kinderkrankheiten stets gesund gewesen zu sein; speciell stellt er jede Geschlechtskrankheit in Abrede. Vor einigen Jahren ist er von einem Gerüst gestürzt, wobei Gesicht und Thorax stark contusionirt wurden. In den letzten Jahren hat er vielfach wegen rheumatoïder Schmerzen in den Beinen ärztliche Hilfe gesucht. Sein Harn ist hierbei wiederholt und mit

stets negativem Befunde auf Eiweiss und Zucker untersucht worden. Im November 1890 habe er sich beim Arbeiten in nassen Pantoffeln die Füsse erfroren. Im März 1891 bildete sich an der Innenseite der linken grossen Zehe unter lebhaften Schmerzen dort und im ganzen Unterschenkel eine kleine gangränescirende Hautpartie heraus; nach langem, durch starke Schmerzen sehr qualvollem Krankenlager lässt er sich am 4. September in's Diaconissenhaus aufnehmen. Stat. praes.: Kräftig gebauter, jedoch abgemagerter Mann, lebhafte Schmerzen im ganzen linken Bein; demarkirte Gangrän der linken grossen Zehe bis zum Metacarpo-phalangealgelenk und des Nagelgliedes der 3. Zehe. Die gangränösen Theile werden durch Exarticulation entfernt; dabei ist die minimale Blutung aus scheinbar gesundem Gewebe auffallend. Die Schmerzen im Bein bleiben unverändert heftig, die Gangrän ergreift weitere Zehen und den Fussrücken. Patient ist wegen überaus heftiger Schmerzen der Verzweiflung nahe, bittet dringend um Oberschenkelamputation, die am 16. September zwischen unterem und mittlerem Drittheil ausgeführt wird; Etagnennähte, Hautnähte, Watteverband. Die Schmerzen hören mit der Operation auf, bei zunehmendem Appetit und gutem Schlaf erholt sich Patient rasch. Allseitig prima intentio, ungestörter Verlauf. Am 13. Tage nach der Operation verlässt Patient geheilt das Hospital.

Die Section des stark abgemagerten Beins ergiebt: Art. femoralis rigid und auffallend verengt; mehr noch gilt dies von der Art. poplitea; die Art. peronea weiter unten aufzufinden gelingt nicht. Das Lumen der Art. tibialis ant. und post. kaum für eine gewöhnliche Stecknadel durchgängig und von der Intima aus mit einer derben granulösen Masse vollgewuchert. Die grossen Nervenstränge entschieden verdickt und mit den Gefässen fest verbacken.

Aus dem Sectionsbefunde des amputirten Beins schliesst Vortragender, dass hier die hohe Unterschenkelamputation nicht genügt hätte, auch die von Zoege-Manteuffel für alle Fälle empfohlene Gritti'sche Amputation mindestens hätte Lappengrän erwarten lassen. Votr. glaubt daher, dass — um von vorn herein sicher zu gehen, — der Rath älterer Autoren, gleich im Oberschenkel zu amputiren, für viele Fälle, sowie für diesen, in Ehren bestehen bleibt.

Dr. Hampeln: Die Diagnose «Arteriosklerose» erachte er für ungenügend; sie werde erst befriedigend, wenn gleichzeitig die Ursache derselben: Senium, Syphilis, Diabetes etc. angegeben werde. Zwei selbstbeobachtete Fälle dieser Art hatten Diabetes als Ursache. Wie es eine latente Syphilis gebe, so sei auch latenter Diabetes bekannt; auch in diesem Fall halte er es nicht für sicher auszuschliessen, dass Patient an occulter Syphilis leide, die er bona fide in Abrede stellt.

Dr. Ed. Schwarz: der in der Anamnese von Dr. Berg's Fall angegebene Sturz vom Gerüst erinnere ihn an eine Veröffentlichung aus Mannheim, wo 2 Patienten nach schwerem Kopftrauma in 3 resp. 4 Jahren zu Grunde gingen und die Section Infiltration der Intima namentlich, aber auch der Adventitia der Kopfgefässe ergab. Ferner erinnert er an die angiospastischen Erscheinungen, welche bei dem so gewöhnlichen nächtlichen Vertauben der Hände und Füsse objectiv beobachtet werden können, sowie an das manchen Menschen eigenthümliche ungeheuer leichte Abfrieren von Händen und Füssen als Beispiele centralnervös bedingter Gefässanomalien. Von Morvan sei ferner eine Neurose beschrieben worden, bei der multiple progressive Panaritien zu Gangrän an den Extremitäten führe. Wenn auch ohne Infection ein Panaritium nicht wohl denkbar sei, so weist die Multiplicität der Erscheinungen doch auf eine centrale Ursache.

Dr. Holst meint, dass bei einem der von Dr. Schwarz angeführten Mannheimer Fällen sich auch vorhergehende Arteriosklerose nicht ausschliessen lasse. Die Morvan'sche Krankheit sei schmerzlos und gehe mit Anaesthesie einher, wodurch sie sich wesentlich von der arteriosklerotischen Gangrän unterscheidet.

Dr. Bergmann hat im allgemeinen Krankenhause 6—8 Fälle arteriosklerotischer Gangrän zu beobachten Gelegenheit gehabt. Zwei derselben genasen unter spontaner Abstossung des Erkrankten nach langem Krankenlager. Alle Uebrigen wurden im oberen Theil des Unterschenkels amputirt, und zwar mit vollem Erfolge. Eine Naht wurde vermieden, die Lappen durch den Verband fixirt. Die Angabe ursächlicher Erfrierung machen die Kranken oft, jedoch konnte Dr. B. in keinem Falle diesen Causalzusammenhang anerkennen, da immer mindestens Wochen zwischen Erfrierung und ersten Erscheinungen der Gangrän

lagen. Bezüglich der Morvan'schen Krankheit macht Dr. B. auch auf die Anaesthese und Schmerzlosigkeit aufmerksam, während der arteriosklerotischen Gangrän stets furchtbare Schmerzen vorangehen. Erstere sei auch als Lepa nervorum gedeutet worden, wofür allerdings Anaesthese und Abstossung von Gliedmassen sich sehr wohl verwerthen lassen.

Dr. Klemm hat auf der Dorpater Klinik 6 Fälle von arteriosklerotischer Gangrän gesehen. Nur in einem schien Verdacht auf Lues gerechtfertigt, 5 waren für sicher frei von Syphilis und Diabetes anzusehen. Stets handelte es sich um Wucherung der Intima, die hauptsächlich bis zur Art. poplitea reichte; nur in einem Falle war auch die Art. femoralis obliterirt. Die Gritti'sche Operation dürfte also in der Regel ausreichen. Die Gefässerkrankung unterscheidet sich übrigens anatomisch wesentlich von den luetischen, auch im Verlauf spricht Vieles gegen Syphilis.

Dr. Dehio: Die mehrfach erwähnten Mannheimer Fälle unterschieden sich durch vorwiegende Erkrankung der kleinsten Gefässe wesentlich von den Arterienerkrankungen, die Dr. Berg und Klemm beschrieben. Dr. Berg's Patient sei Töpfer gewesen — das könne möglicherweise den Gedanken an eine Bleivergiftung rechtfertigen.

Dr. Bergmann: unter seinen Fällen befinde sich kein Töpfer. Bei zweien seiner Kranken wolle er Syphilis sicher ausschliessen. Im Gegensatz zu Zoega will Dr. Bergmann noch innerhalb des Unterschenkels amputiren, selbstverständlich nicht zu nahe an den Grenzen der Gangrän. Selbst wenn der Verschluss hoch oben eingetreten, wie Dr. B. bei einer Unterbindung der Iliaca communis gesehen, kann sich die Gangrän im Unterschenkel abgrenzen.

2. Dr. Holst referirt über einen Fall hysterischer Anurie.

Eine 16jährige Schülerin, Vortragendem seit ihrer Geburt bekannt und von ihm als unverdorbenes und durchaus wahres junges Mädchen geschildert, das keinerlei hysterische Charaktereigenschaften aufweist, litt seit dem Frühling an Chlorose, wozu sich im Sommer erschwertes Harnlassen gesellte. Bei normaler chem. Beschaffenheit war ferner das Harnquantum auffallend klein. Im Juli hört die Harnsecretion völlig auf. In den ersten acht Tagen von Dr. Treymann

und Schmidt beobachtet, dann von Dr. Holst, ergab die allgemeine Untersuchung ein negatives Resultat bis auf hochgradige Anämie. Die Blase wurde bei den häufigen Untersuchungen stets leer gefunden. Stuhl, durch Abführmittel erzielt, breiig. Nachts starke Schmerzen, von der Nierengegend nach dem Becken hinziehend. Therapie indifferent, Bäder. Der erste Versuch Patientin zu hypnotisiren, misslingt, in einer 2. Sitzung wird leichte Hypnose erzielt und suggerirt, dass die nächtlichen Rückenschmerzen aufhören werden, was prompt eintritt. In einer 3. Sitzung wird suggerirt, dass am folgenden Tage Urin in der Blase nachzuweisen sein werde, was wieder eintritt. Darauf wird, diesmal ohne Hypnose, suggerirt, dass zu einer bestimmten Abendstunde Harn entleert werden müsse, was wiederum prompt, am 17. Tage der Anurie, eintritt, und zwar in der merkwürdigen Weise, dass plötzlich etwa ein Bierglass voll Harn hervorstürzt, der ein spezifisches Gewicht von 1010 und geringe Eiweiss Spuren aufweist, sich aber im Uebrigen normal verhält. In den nächsten Tagen ist jedoch die Harnsecretion wieder nur minimal. Darauf Suggestion, dass das Glüheisen unfehlbar die Harnentleerung regele; zwei punctförmige leichte Cauterisationen am Rücken mit dem Erfolge, dass die Störung radical beseitigt war.

In der Literatur sei eine Reihe von Fällen von Anurie beschrieben, die sich jedoch nur auf wenig Tage erstrecken; Benedict referire über einen Fall von Stägiger Dauer.

Dr. Eduard Schwarz bekundet sein lebhaftes Interesse an dem Mitgetheilten; selbst habe er so etwas noch nicht gesehen. Er referirt zwei sehr genaue Beobachtungen von Charcot, wo jedoch die Anurie nur einige Tage dauerte, und erwähnt der gemachten Beobachtung, dass Hysterische in normaler Harnmenge verschwindend geringe Mengen Harnstoff entleerten.

Dr. Victor Schwartz macht darauf aufmerksam, wie bequem Patientin das Bad hätte benutzen können, um unbemerkt Harn zu lassen, was Dr. Holst auf Grund von Beobachtung der Mutter für ausgeschlossen hält.

Dr. Hampeln: der Fall lasse sich nur durch Annahme ungeheuren Darniederliegens des gesammten Stoffwechsels erklären; die Beobachtung sei jedoch gemacht, dass dabei eine verhältnissmässig erstaunliche Leistungsfähigkeit des Körpers erhalten bleiben könne. Da Schweisse in Dr. Holst's Falle

nicht beobachtet wurden, dürfe wohl angenommen werden, dass Stoffwechselproducte theils retinirt, theils vicarirend vom Darm ausgeschieden worden seien.

1168. Sitzung am 16. October 1891.

Anwesend 45 ord. Mitglieder und 10 Gäste.

1. Der Präses gedenkt in warmen Worten des am 15. c. verstorbenen Mitgliedes Dr. Ed. Wittram. Die Gesellschaft ehrt das Andenken des Verstorbenen durch Erheben von den Sitzen.

2. Dr. R. von Engelhardt verliest seinen angekündigten Vortrag: Beiträge zur Kenntniss der Atrophie der Magenschleimhaut.

Die Fortschritte in der Diagnostik der Magenkrankheiten hätten, nach Ansicht des Vortr., die Therapie nicht in gleichem Maasse beeinflusst. Ebenso sei die pathol. Anatomie dieses Gebietes erst neuerdings genauer erforscht worden.

Besonders gründlich sei die Atrophie der Magenschleimhaut studirt worden. Der pathol. anat. Befund sei ein einheitlicher, nicht aber der klinische Verlauf dieser Affection. Die Trennung der secundären von der primären, idiopathischen Form sei nicht durchgeführt und die Aetiologie der ersteren nur flüchtig berührt worden.

Vortr. stellte sich die Aufgabe folgende Fragen zu beantworten: 1) Giebt es eine primäre, idiopathische Atrophie der Magenschleimhaut und ist dieselbe diagnosticirbar? 2) Welche ätiologischen Momente führen zur secundären Atrophie?

Als Typus der von den Autoren als primär aufgefassten Atrophie könne der Nothnagel'sche Fall gelten: Cirrhotische Verkleinerung des Magens und Schwund der Labdrüsen unter dem Bilde der perniziösen Anämie. Nothnagel's Patient 23 a. n. litt seit 9 Jahren an Magenbeschwerden. Später gesellten sich hierzu die Symptome der perniziösen Anämie. Pat. starb und die Section zeigte einen ungemein verkleinerten Magen mit Hypertrophie der Muscularis, Hyperplasie des Bindegewebes und sonst totalem Drüsenschwund. Nur in der Regio pylorica waren Drüsen erhalten.

Im Anschluss an diese Krankengeschichte skizzirt Votr. das anatomische Bild der Magenschleimhautatrophie: intensive Bindegewebswucherung, die von der Muscul. muc. aufsteigend die Drüsen zum Schwund bringt und schliesslich die gesammte Mucosa in Narbengewebe verwandelt, das nur hier und da Lücken aufweist, in denen die cystisch erweiterten und entarteten Drüsenkörper gelegen. Meyer habe versucht, die interstitielle von der parenchymatösen Form zu trennen, doch gäbe es nach Ansicht des Votr. soviel Uebergänge der einen in die andere Form, dass sich nicht feststellen lasse, welches der primäre Process sei. Immer sei aber eine Gastritis der Vorläufer der Atrophie.

Das klinische Bild der Magenschleimhautatrophie sei nach Ansicht des Votr. durchaus kein einheitliches: jahrelange Magenbeschwerden, verfallenes Aussehen der Patienten, oder relativ gut erhaltenes Fettpolster; intensive Gastralgien, theils unabhängig, theils abhängig von Nahrungszufuhr, beständiges Druckgefühl im Epigastrium, Appetitlosigkeit wechselt mit Heisshunger, Uebelkeit und Erbrechen; Aufstossen von Gasen (nach Litten soll dasselbe nie bei Atrophie vorkommen); die Secretion der Verdauungssäfte total sistirt, auch die Enzyme fehlen, Motion und Resorption sind herabgesetzt. Die Grösse des Magens theils normal, theils verkleinert oder vergrössert.

Wenn man sich nun die Frage vorlege, mit welchem Krankheitsbilde sich die Atrophie der Magenschleimhaut am häufigsten vereinige, müsste dieselbe dahin beantwortet werden, dass das Carcinom des Magens wohl scheinbar am häufigsten zur Atrophie der Schleimhaut führe. Da aber die Veränderung der Schleimhaut in diesen Fällen in der Nähe des Carcinoms nicht am ausgesprochensten sei, auch bei Duodenalcarcinom vorkomme, wie auch Atrophie der Darmschleimhaut bei Uterus- und Mammacarcinomen (Nothnagel), so sei es wohl anzunehmen, dass nicht der locale Reiz der Neubildung, sondern die carcinomatöse Intoxication mit Gastritis gepaart die Magenschleimhaut vernichte. An einer Krankengeschichte (nach Rosenheim) zeigt Votr., dass bei Carcinom in basi ulceris rotundi trotz der carcinomatösen Kachexie keine Veränderung der Magenschleimhaut vorliege, weil die Gastritis — wie ja oft bei Ulcus — fehlte oder kaum angedeutet war.

Oft gehe die Atrophie mit perniciosöser Anämie Hand in Hand.

Quincke konnte die Atrophie der Magenschleimhaut nicht für die Anämie verantwortlich machen, da er Fälle hochgradiger Anämie ohne Atrophie verlaufen sah. Die Atrophie der Magenschleimhaut sei demnach nicht die Ursache der Anämie. Wenn Anämie vorliege und eine Gastritis hinzutrete, führe diese erst zur Atrophie der Drüsen. Bei leichter Anämie sähe man bald eine Beeinträchtigung der Drüsenfunction (verminderte HCl-secretion), daran schliesse sich wohl eine directe Ernährungsstörung der Drüsenzellen durch die veränderte Blutbeschaffenheit, so dass in solchen Fällen die Gastritis keinen Widerstand fände und zur Atrophie führe. Auch bei Combination von senilem Marasmus und Gastritis sehen wir Atrophie entstehen. Bei Phthise sei die Frage noch unentschieden. Votr. glaubt, dass es sich wohl auch hier um atrophische Prozesse handeln würde. Westphalen habe einen Phthisiker mit Magenschleimhautatrophie beobachtet (Sectionsbefund). Nach W. solle der phthisische Process zu geringfügig gewesen sein, um die Atrophie zu erklären. Votr. nimmt an, dass es sich vielleicht um eine Atrophie gehandelt habe, die aus einer Gastritis auf Grundlage von Phthise und Anämie entstanden sei.

Um die Frage zu entscheiden, ob eine intensive interstitielle Gastritis allein zur Atrophie führe, untersuchte Votr. die Magen von Patienten, die an interstit. Nephritis und chron. Myocarditis zu Grunde gegangen waren. Votr. fand ausgesprochene interstitielle Gastritis im Wucherungsstadium, aber keine Atrophie.

Nach Ansicht des Votr. gehöre ein Theil der Fälle von Schleimhautatrophie, die mit Hypertrophie der Muscularis verbunden seien, garnicht hierher. Es handle sich in diesen Fällen wohl um exulcerirte und später total vernarbte Scirrhi, in denen keine Krebszellennester gefunden werden konnten (Ziegler). So der Fall von Kahlden («sklerosirende Gastritis»). Rosenheim kritisire ebenso eine Krankengeschichte von Hanot und Gombeault. Vielleicht gehöre auch der vorhin erwähnte Nothnagel'sche Fall hierher.

Die bisher veröffentlichten Krankengeschichten bewiesen noch nicht die Existenz der idiopathischen Atrophie der Magenschleimhaut. Die Möglichkeit ihrer Existenz sei nicht abzuleugnen, doch tendire die gewöhnliche Gastritis nicht zur

Atrophie, sie sei ein «exquisit stationärer Process (Rosenheim)».

Klemperer nenne Carcinom, pern. Anämie, Leukämie und Phthise kachektische Krankheiten, die einen wahrscheinlich durch Toxine bedingten Eiweisszerfall im Körper hervorriefen.

Wenn sich zu diesen kachektischen Krankheiten eine Gastritis hinzugeselle, trete die Atrophie der Drüsen ein.

Die Diagnose der Atrophie könne aus den abgerissenen Schleimhautstückchen, die bei Magenausspülungen hochgebracht würden (Boas), nicht gestellt werden. Es kämen die Befunde, deren Boas erzähnt, bei jeder Gastritis vor!

Die Resultate, zu denen Votr. gelangt, stehen in Widerspruch zu denen der meisten Autoren, nur Bamberger äussert sich ähnlich.

1. Die primäre Atrophie sei ungemein selten, wenn sie überhaupt vorkomme und sei nicht zu diagnosticiren.

2. Die secundäre Atrophie sei Theilerscheinung einer kachektischen Krankheit, wenn zu dieser eine Gastritis hinzutrete, und könne vermuthungsweise diagnosticirt werden.

3. Die Prognose der Gastritis chronica sei bei der heutigen Therapie durchaus nicht ungünstig.

Votr. spricht Dr. Hampeln und Krannhals seinen Dank für die Erlaubniss aus, das Material des Krankenhauses zu seinen Untersuchungen zu benutzen. (Autorreferat).

Dr. Hampeln schliesst sich der Anschauung des Votr. an, dass die Atrophie der Schleimhaut in die Reihe der kachektischen Krankheiten gehöre. Hierbei handle es sich wohl um Toxinwirkung und da sei es, im Vergleich mit bekannten Erkrankungen anderer Organe, sehr wohl denkbar, dass ausser Kachexie, auch Alkohol und Syphilis eine aetiologische Rolle spielen können, entweder durch directe Giftwirkung oder indirect durch verursachte Gefässerkrankung. Es biete z. B. viel Analogie zur Atrophie der Magenschleimhaut die Nierensklerose, wobei auch neben Kachexie, Alkohol und Syphilis die gewöhnlichsten Ursachen seien. Vom Katarrh der Magenschleimhaut will auch Dr. Hampeln die Atrophie streng getrennt wissen, wenn auch zweifellos einmal der Ausgang eines Katarrhs Atrophie sein könne.

3. Dr. Fr. Schultz verliert seinen angekündigten Vortrag aus der forensischen Praxis. Derselbe wird demnächst in der St. Petersburg. medic. Wochenschrift in extenso abgedruckt.

4. Internum.

1169. Sitzung am 6. November 1891.

Anwesend 47 ord. Mitgl. und 12 Gäste.

1. Dr. Goetschel demonstirt einen Kranken mit *Onychia syphilitica* an sämtlichen Fingern und Zehen, wobei er auf die grosse Rarität der universellen Verbreitung dieser Affection aufmerksam macht.

2. Dr. Krannhals demonstirt einige Fläschchen mit sterilisirter Säuglingsmilch von dem Gute Neumocken, wie sie von der hiesigen Firma Ulrich Schaeffer in den Handel gebracht wird. Nach den damit in der Praxis gemachten Erfahrungen empfiehlt Dr. K. sie warm und macht auf die Vorzüge derselben aufmerksam, zu denen absolut sichere Sterilität gehört; bei der Sterilisirung, welche bei hoher Temperatur vorgenommen wird, liegt ein Gummiplättchen auf der Mündung der Flasche; durch die Verdichtung des Flascheninhaltes bei der Abkühlung desselben hängt sich dieses Plättchen fest an und bildet so den Verschluss, gleichzeitig aber auch die Controlle über die Sterilität, da jeder Gährungs Vorgang in der Milch durch Gasentwicklung das verschliessende Gummiplättchen abheben muss. Votr. weist 2 Flaschen vor, deren Verschlussplatte fest haftet, trotzdem dass sie etwa einen Monat lang bei Bruttemperatur gehalten worden sind.

3. Dr. Hampeln verliert seinen angekündigten Vortrag: «Ueber einen Fall habitueller und paroxystischer Tachykardie mit dem Ausgang in Genesung». Derselbe erscheint in extenso in der «deutschen med. Wochenschr.».

Votr. giebt darin die Krankengeschichte eines Mannes, der nach überstandener fibrinös-seröser Perikarditis 15 Jahre lang eine Pulsfrequenz von 140—150 in der Minute aufwies, ausserdem aber an Anfällen von Herzpalpitationen und von Tachykardieparoxysmen litt, die den Puls auf 240, ja 280 in der Minute brachten. Nachdem im letzten Jahre die gewöhnliche

Pulsfrequenz auf 112 gesunken, ist Pat. in diesem Frühling nach einem protrahirten und schweren Anfall plötzlich genesen. — Votr., begründet, wie in diesem Falle die habituelle Tachykardie auf eine die volle Herzcontraction verhindernde perikardiale Synechie, die sich bei der Genesung gelöst, zu beziehen sei, deutet sie also als compensatorischen Vorgang, während die Anfälle von Herzpalpitationen und Tachykardieparoxysmen als Neurose aufzufassen sind.

Dr. Ed. Schwarz pflichtet der Anschauung des Votr., es sei nicht wohl möglich, habituelle Tachykardie durch Sympathicusreizung zu erklären, nicht bei; die durch Sympathicusreizung zu Stande kommende einseitige Pupillendilatation nervöser Individuen bestehe gleichmässig wochenlang, und ziehe sich, durch kleine Pausen unterbrochen, oft über Jahre. Er weist ferner auf die unvergleichliche Arbeitsfähigkeit des der Herzthätigkeit vorstehenden nervösen Centralapparats hin, welcher ruhelos das ganze Menschenleben hindurch arbeitet.

Dr. Hampeln nimmt an, dass eine 15 Jahre hindurch gleichmässig dauernde pathologische Sympathicusreizung nicht denkbar sei, weil eine Ermüdung als unausbleibliche Folge hätte viel früher eintreten müssen; dass für eine solche es auch sonst an constatirten Beispielen fehle. Gegen die Annahme von Vaguslähmung spricht die Genesung nach 15jährigem Bestande des Leidens. Es erübrigt die durch die vorhergegangene Perikarditis wohl erklärte mechanische Veranlassung dieser habituellen Tachykardie. — Den tachykardischen Anfall bloß kann Dr. H. sich wie Dr. Sch. durch Sympathicusreizung erklären.

Dr. Wolferz: die Aetiologie der Tachykardie für einen gegebenen Fall festzustellen misslinge in der Regel. Für die Behandlung sei es jedoch sehr wichtig, ob Reizung des Sympathicus oder Lähmung des Vagus vorliege; nach Gerhardt sei in letzterem Fall z. B. Digitalis unwirksam. Das Sphygmogramm, meint Dr. W., ohne diese Annahme en detail zu motiviren, gebe darüber Auskunft, mit welcher von beiden Möglichkeiten man es zu thun habe, und sei die Aufnahme von Pulsbildern deshalb von entscheidender Wichtigkeit.

Dr. Hampeln kann Sphygmogrammen hier nur eine das Bild ergänzende Bedeutung zusprechen; Pulscurven geben wohl Aufschluss über die Vasomotoren, gestatten aber keinerlei sichern Schluss auf Sympathicusreizung, resp. Vaguslähmung

4. Dr. Tiling verliert seinen angekündigten Vortrag: «Ueber amnestische Geistesstörung».

Votr. wendet sich gegen die neueste Arbeit von Korsakow, «Ein Fall von polyneuritischer Psychose mit Autopsie» (Arch. f. Psych. Bd. XXIII, Heft I, 1891) in welcher derselbe behauptet, Votr. hätte das Vorkommen dieser Geistesstörung bei nicht alkoholischer Neuritis gänzlich in Abrede gestellt, und führt dagegen Stellen aus seiner Arbeit über die bei der alkoholischen Neuritis beobachtete Geistesstörung (Allg. Ztschrft. f. Psych. Bd. 46, Hft. 2) an, welche das Gegentheil beweisen. Nur das seltene Vorkommen dieser Combination wird darin behauptet. Die gleiche missverständliche Auffassung ist in der Arbeit von Brasch enthalten, «Beitrag zur Lehre von der multiplen Neuritis». (Neurolog. Centralbl. Nr. 9, 1891). Brasch verwechselt ausserdem die amnestische Geistesstörung mit einem gewöhnlichen Delirium acutum hallucinatorium, während doch ausdrücklich hervorgehoben wurde und hervorgehoben werden muss, dass erst nach wiedergekehrter Beruhigung und Klarheit die amnestische Geistesstörung durch Gedächtnissmangel ihren specifischen Charakter documentirt. Votr. theilt darauf wiederum eine Krankheitsgeschichte mit, in welcher amnestische Geistesstörung mit multipler Neuritis in Folge eines Abdominaltyphus beobachtet wurde.

Weiter führt Votr. aus, dass er auf seinem früheren Standpunkt verharren müsse, die amnestische Geistesstörung komme nicht allen Neuritiden gleicherweise zu, sondern regelmässig nur der Alkoholneuritis und ausnahmsweise nur anderen Neuritiden; dagegen gesellt sich dieselbe Geistesstörung jedem Alkoholismus zu, auch ohne multiple Neuritis und endlich trat dieselbe Geistesstörung im Senium und nach Kopftraumen auf, was Votr. auch schon in seiner früheren Arbeit betont hatte. Aus diesen Gründen erklärt sich Votr. gegen Korsakow, wenn er die amnestische Geistesstörung als eine specifisch polyneuritische d. h. nur der Polyneuritis zukommende, bezeichnet und ebenso wenn er sie zusammen mit der multiplen Neuritis in jedem Fall auf Blutintoxication zurückführt. Die Benennung dieser Geistesstörung als Cerebropathia psychica toxæmica ist also keine zutreffende.

Endlich theilt Votr. als Belege für seine obigen Ausführungen einen Fall von seniler Amnesie mit und zwei Fälle

von amnestischer Geistesstörung nach einem Sturz auf den Kopf mit nachfolgender Hemiplegie; wahrscheinlich lag in beiden Fällen Schädelfractur vor. (Autorreferat).

1170. Sitzung am 20. November 1891.

Anwesend 46 ord. Mitgl. und 10 Gäste.

1. Dr. F. Schultz demonstrirt folgende anatomische Praeparate:

a) Ein Herz, welches 4 Klappen am Pulmonalostium und ein offenes Foramen ovale aufweist (accidenteller Befund bei der gerichtl. Section eines über 60 Jahre alten Mannes).

b) Ein Herz, an welchem dicht über der vorderen Aortenklappe ein Aneurysma von der Grösse eines Damenfingerhutes sitzt, welches bei seiner Berstung den Tod verursachte.

c) Die inneren Organe eines neugeborenen Kindes, welches anscheinend gesund geboren, immer schwächer athmete und nach einer halben Stunde starb; die linke Lunge ist gar nicht evolvirt, die rechte vorzüglich; im linken Pleuraraum finden sich, und zwar nicht von einem Bruchsack umschlossen, Magen, Dünndarm, Milz und Nieren. In der Bauchhöhle befinden sich blos Dickdarm und Leber.

d) Das Herz eines Selbstmörders, der sich durch einen Messerschnitt in die Brust entleibt hatte. Bei der Section gelang es überhaupt nicht, an der Aussenseite der stark sugillirten Aorta eine Wunde zu finden, während an der Innenwand eine 4—5 Mm. lange Querwunde sichtbar war. An dem im Laufe der Zeit geschrumpften Präparat gelingt es, auch an der Aussenseite der Aorta die dort kaum einen Millimeter grosse Verletzung zu sehen.

2. Dr. Schoenfeldt hält seinen angekündigten Vortrag «Ueber das sogen. Ansteckungsirresein».

Im Anschluss an die Vorstellung zweier Geisteskranker berichtet Vortr. über eine aus 6 Personen bestehende Krankengruppe die er seit 1½ Jahren zu beobachten Gelegenheit gehabt.

Der Ersterkrankte, ein 29jähriger Maurergesell, leidet seit Jahren an ausgesprochener expansiver religiöser Paranoia und

vermochte zweien Schwestern und seinem Bruder seine Wahnideen von der ihm zugefallenen Mission des wiedergekehrten Christus, seinem Welterlöserthum u. s. w. glaubhaft zu machen, so dass die Angehörigen nicht nur die äusserst auffallende Veränderung in dem Wesen, der Haartracht etc. des Kranken unbehindert sich vollziehen liessen, sondern auch die dem Pat. nothwendig scheinende Abänderung seiner Kleidung bewerkstelligten.

Wegen Störung des Gottesdienstes der Anstalt Rothenburg überwiesen, gelang es ihm, in seinem Wärter sich einen gläubigen Jünger heranzubilden und unter thätiger Mitwirkung des Letztern auch noch auf den jüngern Bruder des Wärters das religiöse Wahnsystem zu übertragen. — Der ersterkrankte Maurergesell und sein ehemaliger Wärter werden vorgestellt, der jüngere Bruder ist bereits der Anstalt entnommen worden.

Nach eingehender Wiedergabe der Krankheitsgeschichten bespricht Votr. die diesbezügliche Litteratur und schliesst, nachdem er die Nothwendigkeit einer präzisen Begriffsbestimmung begründet, den grössten Theil der hierher gezählten Fälle aus der Zahl der «Nachahmungspsychosen» aus.

Die Annahme einer imitatorischen Psychose sei erst dann berechtigt, wenn

1. bei der zweiterkrankten Person das Bestehen einer den bekannten Krankheitsformen sich anreihenden Psychose nachgewiesen ist;

2. die Geisteskrankheit der ersterkrankten Person die spezifische, nicht zufällige, Ursache der zweiten Erkrankung ist und wenn

3. die zweite Erkrankung — als Product der Nachahmung — der Primärerkrankung in der Form gleichartig ist.

(Autorreferat).

(Der Vortrag wird in ausführlicher Bearbeitung im Druck erscheinen).

Dr. Tiling macht auf die cardinale Bedeutung solcher Fälle von Imitationspsychose für die Beurtheilung der Aetiologie von Geisteskrankheiten aufmerksam. Sie beweisen, dass eine anatomische Hirnveränderung nicht die primäre Ursache einer Psychose zu sein braucht; dass solche Psychosen, eine Krankheitsdisposition als Naturanlage vorausgesetzt, als abnorme Function von Centralorganen, die auch normal functioniren

können, aufzufassen sind. — Die Prognose der Fälle ist fraglich; sie wird schlecht, wenn sie in ausgesprochene Paranoia übergegangen.

Dr. Holst erkennt Dr. Schoenfeldt's Kritik an der bezüglichen Litteratur im Allgemeinen voll an; glaubt aber, dass Votr. in einem Falle (Finklenburg IV) zu weit gehe, und ebenso, dass das Postulat: die zweite Erkrankung müsse der Primärerkrankung in der Form völlig gleichartig sein, zu weit gegriffen sei. Im erwähnten Falle Finklenburg's haben sich die Grössenideen des primären Falles von Dementia paralytica auf die Frau übertragen, die jedoch paranoiisch wurde. Dr. Holst will auch die Paralyse für geeignet halten, Imitationsirresein zu provociren; er fordert für den secundären Fall blos, dass er im Anfangsstadium dem primären gleicht.

Dr. Schoenfeldt fasst den erwähnten Fall Finklenburgs anders auf als Dr. Holst: die im Klimakterium befindliche Frau gerieth bei der anstrengenden Pflege des paralytischen Mannes aus ihrem psychischen Gleichgewicht und reproducirte in der Anstalt anfangs Grössenideen ihres Mannes, die sie aus tausendfältigem Hören in frischem Gedächtniss hatte. — Dass Patienten in der ersten Zeit ihres Anstaltsaufenthalts Reminiscenzen aus jüngster Zeit reproduciren, sei nun ein so gewöhnlicher Fall, dass sich dies für die Diagnose imitatorischen Irreseins durchaus nicht verwerthen lässt.

Dr. Donner sieht in dem zweiten Falle des Votr. nicht ein imitirtes, sondern ein suggerirtes Irresein, und proponirt überhaupt letztere Bezeichnung an Stelle ersterer zu setzen — ein Vorschlag, auf den Dr. Schoenfeldt nicht eingeht, weil in einer Reihe von veröffentlichten Fällen absolut keinerlei Beeinflussung des Zweiterkrankten von Seiten des Ersterkrankten stattgehabt habe; — in den meisten Fällen spielen, wie in seinen, Beeinflussung und Nachahmung gleichzeitig eine Rolle, letztere aber die grössere.

Wegen vorgerückter Stunde wird die Fortsetzung der Discussion auf die nächste Sitzung verschoben.

1171. Sitzung am 4. December 1891.

Anwesend 54 ord. Mitgl. und 12 Gäste.

1. Praeses widmet dem verstorbenen permanenten Gaste Dr. J. A. Berendt, sowie dem verstorbenen ord. Mitgliede der Gesellschaft, Medicinalinspector Dr. N. Hess warme Worte des Nachrufs. Die Gesellschaft ehrt das Andenken der Verstorbenen durch Erheben von den Sitzen.

2. Im Anschluss hieran berichtet Dr. Hampeln über den Krankheitsverlauf, Dr. Krannhals über den Sectionsbefund bei dem verstorbenen Collegen Hess.

Dr. Hess bot vor etwa 2 Jahren Veranlassung an die Entwicklung eines Herzleidens zu denken, doch ohne irgend welche scheinbare oder offenbare Insufficienzerscheinungen. Weder Schmerzen, noch Athemnoth, noch Herzklopfen bestanden; der Urin, oft untersucht, erwies sich stets normal, nur die Verdauung war etwas träge. Der Aufenthalt in Marienbad und Carlsbad that ihm wohl. Eine Consultation in Berlin und nach einigen Monaten in Dorpat hatte wie der Verstorbene erzählte, keine Zurückweisung des Verdachtes eines Herzleidens ergeben, doch wurde die Beschaffenheit der Verdauungsorgane, die Unterleibsplethora als wesentlich betont, um so mehr, als objective Zeichen einer Herzerkrankung sicherer Art nicht vorlagen. So war es in den verflossenen 2 Jahren. Im August dieses Jahres hörte Vortragd. zum ersten Mal ein leises systolisches Aortengeräusch, aber nicht immer, bei normalem Pulse und übrigens intacter Herzaction. Seitdem klagte H. über leichte Druckempfindungen in der Magengegend. Vortragd. war geneigt, diese als leichte Attaquen von Angina pectoris aufzufassen und verordnete Jodkali. Einige Zeit später traten sich häufig, auch Nachts wiederholende, als Koliken empfundene, oft heftige Schmerzen ein, verbunden mit gurrenden Geräuschen. Meist hörten sie plötzlich auf, nachdem Gase oder der feste Darminhalt scheinbar die Gegend oberhalb des Nabels passirt hatte. Meist erfolgte ein Stuhl oder gingen wenigstens reichlich Flatus ab. Aber auch die erschütternde Bewegung des Fahrens wurde unangenehm empfunden und pflegte H. zur Abschwächung des Stosses zusammengekauert zu sitzen und den Leib mit den

können, aufzufassen sind. — Die Prognose der Fälle ist fraglich; sie wird schlecht, wenn sie in ausgesprochene Paranoia übergegangen.

Dr. Holst erkennt Dr. Schoenfeldt's Kritik an der bezüglichen Litteratur im Allgemeinen voll an; glaubt aber, dass Votr. in einem Falle (Finklenburg IV) zu weit gehe, und ebenso, dass das Postulat: die zweite Erkrankung müsse der Primärerkrankung in der Form völlig gleichartig sein, zu weit gegriffen sei. Im erwähnten Falle Finklenburg's haben sich die Grössenideen des primären Falles von Dementia paralytica auf die Frau übertragen, die jedoch paranoiisch wurde. Dr. Holst will auch die Paralyse für geeignet halten, Imitationsirresein zu provociren; er fordert für den secundären Fall blos, dass er im Anfangsstadium dem primären gleicht.

Dr. Schoenfeldt fasst den erwähnten Fall Finklenburgs anders auf als Dr. Holst: die im Klimakterium befindliche Frau gerieth bei der anstrengenden Pflege des paralytischen Mannes aus ihrem psychischen Gleichgewicht und reproducirte in der Anstalt anfangs Grössenideen ihres Mannes, die sie aus tausendfältigem Hören in frischem Gedächtniss hatte. — Dass Patienten in der ersten Zeit ihres Anstaltsaufenthalts Reminiscenzen aus jüngster Zeit reproduciren, sei nun ein so gewöhnlicher Fall, dass sich dies für die Diagnose imitatorischen Irreseins durchaus nicht verwerthen lässt.

Dr. Donner sieht in dem zweiten Falle des Votr. nicht ein imitirtes, sondern ein suggerirtes Irresein, und proponirt überhaupt letztere Bezeichnung an Stelle ersterer zu setzen — ein Vorschlag, auf den Dr. Schoenfeldt nicht eingeht, weil in einer Reihe von veröffentlichten Fällen absolut keinerlei Beeinflussung des Zweiterkrankten von Seiten des Ersterkrankten stattgehabt habe; — in den meisten Fällen spielen, wie in seinen, Beeinflussung und Nachahmung gleichzeitig eine Rolle, letztere aber die grössere.

Wegen vorgerückter Stunde wird die Fortsetzung der Discussion auf die nächste Sitzung verschoben.

1171. Sitzung am 4. December 1891.

Anwesend 54 ord. Mitgl. und 12 Gäste.

1. Praeses widmet dem verstorbenen permanenten Gaste Dr. J. A. Berendt, sowie dem verstorbenen ord. Mitgliede der Gesellschaft, Medicinalinspector Dr. N. Hess warme Worte des Nachrufs. Die Gesellschaft ehrt das Andenken der Verstorbenen durch Erheben von den Sitzen.

2. Im Anschluss hieran berichtet Dr. Hampeln über den Krankheitsverlauf, Dr. Krannhals über den Sectionsbefund bei dem verstorbenen Collegen Hess.

Dr. Hess bot vor etwa 2 Jahren Veranlassung an die Entwicklung eines Herzleidens zu denken, doch ohne irgend welche scheinbare oder offenbare Insufficienzerscheinungen. Weder Schmerzen, noch Athemnoth, noch Herzklopfen bestanden; der Urin, oft untersucht, erwies sich stets normal, nur die Verdauung war etwas träge. Der Aufenthalt in Marienbad und Carlsbad that ihm wohl. Eine Consultation in Berlin und nach einigen Monaten in Dorpat hatte wie der Verstorbene erzählte, keine Zurückweisung des Verdachtes eines Herzleidens ergeben, doch wurde die Beschaffenheit der Verdauungsorgane, die Unterleibsplethora als wesentlich betont, um so mehr, als objective Zeichen einer Herzerkrankung sicherer Art nicht vorlagen. So war es in den verflossenen 2 Jahren. Im August dieses Jahres hörte Vortrgd. zum ersten Mal ein leises systolisches Aortengeräusch, aber nicht immer, bei normalem Pulse und übrigens intacter Herzaction. Seitdem klagte H. über leichte Druckempfindungen in der Magenegend, Vortrgd. war geneigt, diese als leichte Attaquen von Angina pectoris aufzufassen und verordnete Jodkali. Einige Zeit später traten sich häufig, auch Nachts wiederholende, als Koliken empfundene, oft heftige Schmerzen ein, verbunden mit gurrenden Geräuschen. Meist hörten sie plötzlich auf, nachdem Gase oder der feste Darminhalt scheinbar die Gegend oberhalb des Nabels passirt hatte. Meist erfolgte ein Stuhl oder gingen wenigstens reichlich Flatus ab. Aber auch die erschütternde Bewegung des Fahrens wurde unangenehm empfunden und pflegte H. zur Abschwächung des Stosses zusammengekauert zu sitzen und den Leib mit den

Händen zu stützen. Wenn Votr. dennoch eine Weile, oft zum Aerger des Patienten, an der Annahme einer Angina festhielt, so geschah das doch nur, weil er seinen Schilderungen und seiner Localisation nicht gleich traute. Allgemach aber musste er sich überzeugen lassen, dass in der That eine intestinale Neuralgie vorlag, für welche in der chronischen, Wochen dauernden Obstipation genügende Veranlassung gegeben zu sein schien. Es kam nur mit Hilfe von Laxantien und Darmspülungen zu flüssigen, breiigen und spärlichen, mitunter schleimigen Ausleerungen, nie zu normal gefärbtem und geformtem Stuhl. So war es dem Votr. denn ein Trost zugeben zu können, dass ein Darmleiden und zwar ein selbständiges vorliege, obschon sich die freilich leicht zu beseitigende Befürchtung eines stenosirenden Neoplasmas oder einer Stenose, anderer Provenienz mitunter regte. So ging es, schliesslich bei leidlichem Befinden bis zum 26. Nov. 1891. An diesem Tage wurde Votr. um 5 Uhr Nachmittags zum Kranken berufen. Er war nach einer guten Nacht bei Tisch plötzlich von einem äusserst heftigen Schmerz in der Regio epigastrica befallen worden, bot jetzt das Bild eines schweren, lebensgefährlichen Zustandes. Kalte Extremitäten, ein weicher, kleiner, kaum fühlbarer Radialpuls (140 in der Min.) wiesen auf die Betheiligung des Herzens hin. An Stelle des ersten Herztones ein leiser, kaum hörbarer Doppelton, ein ebenso leiser 2. Aortenton, Galloprythus, kein Spitzenstoss, Herzdämpfung nicht verbreitert. Zunächst wurde an die Möglichkeit einer blossen Chocwirkung gedacht, in zweiter Reihe an Perforation eines Aneurysma in den Herzbeutel, den retroperitonealen Raum, an Aneurysma dissecans. Darum zunächst Opiate und Eis. Erstere Annahme einer Chocwirkung wurde bald aufgegeben, als die Herzschwäche trotz nachlassender Schmerzen fort dauerte. Aber auch die Perforation eines Aneurysma konnte, je länger das Leben währte, nachdem im Laufe von 16 Stunden sogar eine geringe Aufbesserung der Herzkraft bemerkbar wurde, zurückgewiesen werden; ebenso die Annahme eines An. dissecans: So wurde denn bald die Ueberzeugung nahe gelegt, dass die Ursache der acuten Herzparese im Herzmuskel selbst zu suchen sei und zwar höchst wahrscheinlich in einer Infarcirung des Herzens in Folge von Thrombosirung oder Embolisirung der Art. conaria und dieses wieder

in Folge einer Sklerose der Coronararterie. Dieser Diagnose schlossen sich denn auch die hinzugezogenen Collegen an. Ja, es knüpfte sich an sie die Hoffnung, es könnte, wenn nur noch eine Weile das Leben erhalten bliebe, ein Collateralkreislauf sich ausbilden und so wieder relative Genesung eintreten.

Diese Hoffnung auf ein wenn auch unwahrscheinliches, so doch mögliches Ereigniss wurde jedoch bald vernichtet. Etwa 2 Tage nach Beginn der schweren Erkrankung, am 28. Nov. Mittags $\frac{1}{2}$ 3 Uhr, fand Vortrgd. den Patienten, welcher vorher sich relativ wohl gefühlt hatte und an seine mögliche Genesung zu glauben begann, im schlimmsten, jetzt wohl hoffnungslosen Zustande. Geringe Benommenheit, Athemnoth, R. 40, wieder eiskalte Extremitäten, verfallene Gesichtszüge, keine Spur von einem Radialpulse, keine Spur von einem Herztone oder einer Herzerschütterung, nur an der Carotis lässt sich eine Pulsregung bei übrigens stets ungestörter Regelmässigkeit von 52 in der Min. nachweisen. Bald entwickelte sich das Cheyne-Stoke'sche Phänomen. Während der nun bis zum Abend eingeleiteten Chloroformnarkose (es waren c. 100 Gramm verbraucht) und unter fortgesetzten Injectionen von Campheröl (stündlich 2 Spritzen, im Ganzen c. 7,0 Gramm) trat wiederum geringe Besserung ein. Das Cheyne-Stoke'sche Athmen wich dem gewöhnlichen Typus, die Kälte der Extremitäten liess nach, Patient wurde ruhiger; die Herzthätigkeit freilich bewahrte den gleichen objectiven Charakter grösster Schwäche. Dabei blieben die Lungen frei, nur im Bereich des rechten Unterlappens etwas Rasseln. Anurie. Die Nacht vom 28. auf den 29. Nov. wurde ruhig verbracht und verlief auch der nun folgende Tag, der 29. Nov. bei besserem Befinden. Es wurde wieder Nahrung (Bouillon, Gelée, Wasser mit Wein) angenommen, das anfängliche Erbrechen galliger Massen hatte aufgehört, die Extremitäten waren weniger kühl, Respiration 40 in der Min., regelmässig und gleichmässig, keine Cyanose, 2. Aortenton wieder vernehmbar, sonst die gleiche Pulslosigkeit. Es lässt sich dieses Mal der harte, verdickte, schmerzhaft Lebertrand unterhalb des Rippenbogens bei erschlafte[n] Bauchdecken deutlich fühlen; die Herzdämpfung ist nach links über die Mamillarlinie hinaus stark ausgedehnt. An diesem letzten Tage ereignete sich nichts Besonderes, bis Abends $\frac{1}{2}$ 9 Uhr mit einem

inspiratorischen Schrei plötzlich die Respiration stockte und nun auch in wenigen Minuten der Tod erfolgte.

Die Section ergab: myokarditische Herde beider hypertrophirter Ventrikel, hochgradige Sklerose der Art. coronaria beiderseits, Thrombosirung ihres linken Astes, Verdickung des Endokards, der Aortenklappen, Sklerose der Aorta, arteriosklerotische Schrumpfniere, grosse, harte Leber, vergrösserte Milz. Lungen normal. Keinerlei Hydrops.

Es erfuhr also einerseits die intra vitam gestellte Diagnose einer Thrombosirung der sklerosirten Coronararterien eine Bestätigung, andererseits wurde durch die Section eine Erkrankung der gesammten Gefässapparates aufgedeckt, welche nicht erst seit gestern entstanden sein konnte, nämlich die vorgeschrittene Aorten-Coronarsklerose, Nieren- und Lebersklerose, endlich die ausgedehnte Myokarditis und Herzhypertrophie. Es drängt sich darum die weitere Frage nach den Beziehungen dieses anatomischen Befundes zu den früheren Krankheitserscheinungen auf. Da überrascht denn zunächst die Fülle anatomischer Veränderungen, auf welche während des Lebens kein klinisches Zeichen hingewiesen hat. Ein Beispiel mehr für die Thatsache, dass wichtige anatomische Veränderungen auch dieses Organs mit klinischer Latenz wohl vereinbar sein können, welches wir darum einfach zu registriren haben. Auf der anderen Seite ist trotz dieser Fülle eine Erklärung der in den letzten Wochen auffallenden Leibscherzen nicht ohne Weiteres gegeben. In erster Reihe dürfte da wohl an eine larvirte Angina pectoris gedacht werden, da, wie andere Erregungszustände, auch die der sensiblen Herznerven nicht am Erregungsorte selbst, sondern zugleich, oder selbst allein in entfernten Nervengebieten als Schmerz zur Wahrnehmung gelangen können. In diesem Falle jedoch glaubt Vortrgd., alles das zugegeben und ganz abgesehen von der grossen Seltenheit eines Versteckens der Angina pectoris hinter einer Enteralgie, eine derartige Erklärung zurückweisen zu müssen, ohne darum den freilich verborgen gebliebenen Zusammenhang der abdominalen Visceralgie mit dem Herzleiden zu negiren. Für die Selbständigkeit der abdominalen Visceralgie spricht ihre Abhängigkeit von der Fortbewegung des Darminhaltes durch das Colon transversum, von der Haltung des Kranken, erschütternden Bewegungen, endlich das Zusammenfallen der Stelle

des spontanen Schmerzes mit dem dem Leberrande entsprechenden Druckschmerz. Diesen hält Vortrgd. darum auch für den eigentlichen Schmerzherd. Dieses spricht aber für die Abhängigkeit des Schmerzes vom Herzleiden überhaupt, welches ja eine Stauung der dazu cirrhotischen Leber, wohl in den letzten Wochen, bewirkt hatte. Welch heftige Schmerzen aber eine Stauungsleber begleiten können, ist bekannt genug. Es hat sich in den letzten Lebenswochen um einen Leberschmerz gehandelt, begründet in der venösen Stauung und gelegentlich durch die Darmbewegungen und körperliche Erschütterungen hervorgerufen. Von ihm ist gänzlich zu scheiden die letzte heftige, den tödtlichen Ausgang einleitende Schmerzattaque, welche ganz nach Art einer schweren Angina pectoris einsetzte und sich auch mit dem bekannten Schmerz im linken Arm verband.

Wir haben es hier also wieder mit einem wichtigen Fall einer allgemeinen, die Organe ergreifenden Sklerose zu thun, um so lehrreicher, als ihre unheilvollen Wirkungen sich in so rascher Folge entwickelten und noch dazu in ungewöhnlicher, französischerseits bereits betonter Reihenfolge. Das erste prägnante klinische Symptom Lebersklerose und davon abhängige Darmsymptome bei latenter Nieren -- und Herzsklerose, endlich, kurz vor Thoresschluss, die acuten, rasch zum Tode führenden Erscheinungen der Herzerkrankung. Letztere gruppirten sich zum Bilde einer Herzinfarctirung: hochgradige Herzschwäche, plötzlich und anhaltend leerer Puls bei fehlenden Stauungsercheinungen, Anurie, geringe Besserung, dann wieder Verschlimmerung bis zu völligem Stillstande der Herzthätigkeit, anfänglich beschleunigter, schliesslich verlangsamter Puls.

3. Dr. A. Bergmann verliest seinen angekündigten Vortrag: «Zur Indication der Trepanation».

Vortr. stellt einen 24jährigen Arbeiter vor, der sich am 3. October c. 2 Revolverkugeln in die rechte Schläfe geschossen. Die etwa 3 Mm. messende Einschussöffnung liegt dicht vor dem oberen vorderen Rande des Helix, die zweite höher und mehr nach vorn. Kein Bewusstseinsverlust, kein Erbrechen, klares Sensorium. Nachdem sich in der Nacht auf den 5. October grosse Unruhe eingestellt, bei einer Pulsfrequenz von 53, die Temperatur auf 38,4 gestiegen, wird operativ eingegriffen. Der oberen Wunde entsprechend findet sich im

Stirnbein eine 2 Ctm. lange und $1\frac{1}{2}$ Ctm. breite Schussfractur; die Knochenfragmente liegen fast alle extradural, das Loch in der Dura liegt nach oben und vorn von der äusseren Schädelwunde; aus der Wunde dringen Blutcoagula und Hirnbröckel; im Stirnlappen eine kleinapfelgrosse Höhle. Die Kugel wird nicht gefunden. Tamponade der Wunde mit sterilisirter Gaze. — Der zweite Schusscanal liegt tangential zum knöchernen Schädel, er wird nicht weiter verfolgt. Bis zum 22. Oct. allnächtliches Bettnässen; viel Kopfschmerzen, die um den 10. Novbr. schwinden. Am 14. Novbr. hat sich die Hirnwunde geschlossen.

Votr. referirt über 3 weitere Fälle von Trepanation wegen complicirter Schädelfractur mit Hirnverletzung, von denen zwei Verletzungen des Stirnlappens geheilt wurden, während eine Verletzung des Schläfenlappens erst 12 Stunden nach der Verletzung zur Operation kam und durch Meningitis letal endete.

In Betreff der Trepanation wegen Hirnabscess theilt Votr. 4 Krankengeschichten mit, welche die Schwierigkeit der Diagnose bei fehlenden Herdsymptomen illustriren. 2 betreffen extradurale Abscesse, in einem Fall handelt es sich um Hydrops des rechten Seitenventrikels bei einem tuberculösen Individuum. Im 4. Fall — Comminutivfractur des Unterkiefers durch einen Balken, welcher von der linken Seite her den Kopf des Pat. getroffen — treten am 8. Tage nach der Verletzung folgende Erscheinungen auf: Fieber, linksseitiger Kopfschmerz, Erweiterung der linken Pupille und Retinalhyperaemie, Rücken- und Nackenschmerzen bei ansteigender Temp. Puls verlangsamt und dikrot. Die Hauttemperatur hinter dem linken Ohr um 0,6 u. mehr höher als hinter dem rechten. Diagnose: Basisfractur durch die mittlere Schädelgrube. Abscess im Schläfenlappen. Trepanation: die Dura pulsirt nicht, das Scalpell wird nach mehreren Richtungen hin ins Hirn gesenkt, stösst aber nicht auf Eiter. — Am folgenden Tage Puls 82, am übernächsten Tage Temperaturabfall und Schwinden sämmtlicher Erscheinungen in den nächst folgenden Tagen; ungestörte Heilung. (Autorreferat).

4. Fortsetzung der Discussion über Dr. Schönfeldts Vortrag über das sog. Ansteckungssirresein.

Dr. Packiewicz sieht in der Nachahmung bereits ein

Symptom der Erkrankung, die Ursache dagegen in Suggestion und will die Krankheit von Dr. Schoenfeldt's erstem Pat. mit Paranoia hallucinatoria, die des Zweiterkrankten mit Paranoia suggestiva bezeichnen.

Dr. Tiling giebt die Möglichkeit zu, dass nur ein Kranker ein solches Krankheitsbild imitirt. — Die Bezeichnung «Paranoia hallucinatoria» für den Fall sei nicht wohl anwendbar, weil Hallucinationen in dem Krankheitsbilde anderen Erscheinungen gegenüber sehr zurücktraten und sich überhaupt nur ganz vorübergehend zeigten. Den Fall II ins Gebiet der gewöhnlichen Paranoia zu zählen, ist unthunlich, weil diese ein protrahirtes Initialstadium hat, während dessen nur vage nervöse Symptome beobachtet werden und bei dieser Krankheit erst spät ein festes Wahnsystem auftritt. Das feste Wahnsystem ist aber die erste Krankheitsäusserung des Pat. II — die Erkrankung kann demgemäss nicht als gewöhnliche Paranoia aufgefasst werden.

Dr. Schönfeldt führt aus, wie die Nachahmung, eine Lebensäusserung eines jeden Menschen von der Wiege an, an und für sich noch kein Ausdruck von Geisteskrankheit ist. Ausführliche Behandlung der äusserst subtilen und schwierigen Frage, wieweit Beeinflussung und wieweit Nachahmung eine ursächliche Rolle gespielt, sei in dem Rahmen des einen Vortrags unthunlich gewesen; er hoffe dies noch in einem besondern Vortrage thun zu dürfen. In der Litteratur werde diese Frage nur selten berührt, und wo dies geschieht, da falle die Antwort in dem Sinne aus, dass Suggestion nur selten, und nie die einzige Ursache der Imitationspsychosen sei.

Dr. Holst erklärt sich mit dem Gedanken Dr. Donner's, die Imitationspsychosen mit Suggestion zu erklären, nicht einverstanden. Dr. Holst will von Suggestion nur sprechen, wenn die Absicht des Suggestirenden in seinem Object eine bestimmte Vorstellung hervorzurufen, vorliegt. Bei Geisteskranken könne doch von der Absicht, einem Andern seine patholog. Erscheinungen zu übertragen, nicht wohl die Rede sein.

Dr. Dehio führt aus, wie ungeheuer schwierig es sei, eine scharfe Grenzlinie zwischen Suggestion und Nachahmung zu ziehen. Nicht speculativ, sondern auf klinischem Wege sei zu entscheiden, welcher von diesen Factoren bei den sogen. Imitationspsychosen die maassgebende Rolle spiele. — Für

Dr. Schönfeldt's Fälle sei entscheidend, dass der Ersterkrankte bereits etwas schwachsinnig war, als sein Wächter krank wurde; ein Schwachsinniger könne nun doch nicht wohl einem Nichtimbacillen etwas suggeriren. Die thatsächliche Prädisposition zur psychischen Erkrankung beim Zweiterkrankten halte er für sehr viel wichtiger, als den Einfluss des Ersterkrankten auf ihn. — Aus der Litteratur kennt Dr. Dehio eine Reihe von Fällen, wo jeder Einfluss völlig ausgeschlossen ist; die Möglichkeit jedoch, dass auch Suggestion denselben Effect haben könne, wie für's Gewöhnliche die Imitation, wolle er zugeben.

Dr. Donner concedirt den Vorrednern nichts. Er sehe keine Veranlassung den Begriff «Suggestion» so eng zu fassen, wie Dr. Holst es gethan, da es Suggestion ohne Absicht giebt. «Ich sehe in der Beeinflussung eines Menschen durch den Andern immer Suggestion».

Dr. Eduard Schwarz warnt wie Dr. Holst, vor der verwirrenden Verallgemeinerung des Begriffs «Suggestion». Das Wort ist in Gebrauch gekommen für die specifische Beeinflussung in Hypnose. Wird derartige Beeinflussung ohne Hypnose ausgeübt, so füge man, wohlbegründeter Weise, stets hinzu: Suggestion in wachem Zustand. Man habe nur Veranlassung, bei diesem Gebrauch zu verbleiben, keinerlei Ursache jedoch sich Dr. Donner's Verallgemeinerung des Begriffs, «Suggestion» anzuschliessen. Ein Mensch beeinflusst den Andern durch Beispiel, durch Befehl, durch Anregung zum Nachdenken etc. — warum soll dieses Alles Suggestion genannt werden?!

Da die Discussion auf die Frage der Suggestion übergegangen ist, über dieses Thema aber für die nächste Sitzung ein Vortrag in Aussicht steht, wird auf Vorschlag des Präses die Discussion geschlossen.

5. Dr. Hampeln demonstirt Leber und Milz des Patienten, welchen er am 20. März 1890 in der Gesellschaft als einen Fall von Lebercirrhose, der den Ausgang in relative Genesung genommen, vorstellte. Derselbe ist jüngst an einer intercurrenten Krankheit gestorben.

1172. Sitzung am 18. December 1891.

Anwesend 52 ord. Mitgl., das corresp. Mitgl. Prof. Stieda-Königsberg und 11 Gäste.

1. Dr. Schroeder verliest seinen angekündigten Vortrag :
Zur Lehre vom Hypnotismus. Bericht über die hypnotische Klinik des Dr. Wetterstrand in Stockholm.

Der Vortrag wird in extenso erscheinen in der St. Petersb. medic. Wochenschrift.

Discussion:

Dr. Holst wendet sich gegen den Ausspruch Dr. Schroeders, die hypnotische Therapie bringe nie Schaden. Er müsse dies nicht nur als möglich hinstellen, sondern nach seinen Erfahrungen sogar sagen, dass durch diese Behandlungsmethode häufig geschadet wird. Allerdings tritt der schädigende Einfluss in der Regel erst nachträglich zu Tage, wenn die Patienten nicht mehr unter dem Einfluss der hypnotischen Behandlung stehen. Aus einer ganzen Reihe von Beobachtungen dieser Art, die er gemacht, führt Redner einen Fall an, den er in der verflissenen Woche in Behandlung bekommen: dem betreffenden Kranken war sein heftiger Kopfschmerz — das einzige Krankheitssymptom, welches er bisher hatte — allerdings wegsugerirt worden; dagegen traten in der Folge allgemeine hysterische Krampfanfälle auf. Dr. Schroeder habe ferner über Wetterstrand's günstige Behandlungsergebnisse Epileptischer berichtet; er wolle seine Zweifel hieran nicht unterdrücken. Die Differentialdiagnose zwischen grossen Krampfanfällen Hysterischer und wahrer Epilepsie sei schwierig; solange die Berichte nur von gebesserten und genesenen Epileptischen sprechen, ohne dass die Diagnose «echte Epilepsie» begründet wird, wie das bisher stets der Fall, nehme er an, dass es sich um fortgeschaffte hysterische Symptome handle; von der Annahme, die wahre Epilepsie sei eine unheilbare Krankheit, sei er abzugehen bisher nicht veranlasst.

Bei Hysterischen, wie andern Kranken, habe er bisher durch Suggestion nur Symptome fortschaffen gesehen, nie das Wesen der Krankheit heilen. Es kommen Fälle vor, wo ein Krankheitssymptom das ganze Krankheitsbild beherrscht, so zusagen

die Hauptsache der ganzen Krankheit wird. Da sei die Suggestionstherapie an ihrem Platz.

Die von Dr. Schoerder empfohlene Benutzung der Hypnose zu erzieherischer Beeinflussung Hysterischer verwirft Dr. Holst, weil er seinen Einfluss bei klarem Bewusstsein der Patienten anwenden will, um sich ein Resultat davon zu versprechen.

Dr. Schroeder: die Nancy'er Methode, die Hypnose durch rein psychische Wirkung hervorzurufen, habe nie Schädigungen im Gefolge. Auch princip'ell sei nicht einzusehen, warum eine solche Hypnose schaden soll.

Dr. Donner: für ihn sei Dr. Schroeder's Vortrag herzerfreudend gewesen. Von allen Autoritäten sei Dr. Holst der Einzige, der Schädigungen beim Hypnotisiren erlebt; Forel und A. erklären die Hypnose für völlig ungefährlich. Dr. Donner vertritt ferner noch Dr. Ed. Schwarz gegenüber (cf. Protokoll der vorigen Sitzung) die Verallgemeinerung des Begriffs Suggestion.

Dr. Holst stellt die irrthümliche Annahme Dr. Donner's: er habe Patienten durch Suggestion Schaden zugefügt, zurecht; bei seiner vorsichtigen Auswahl der Fälle und seltenen Anwendung dieses Hilfsmittels habe er Schädigungen glücklicherweise selbst nicht zu registriren; wohl aber habe er häufig Patienten in Behandlung bekommen, welche vorher von Anderen hypnotisirt worden waren.

Dr. Ed. Schwarz: die Aerzte der Jetztzeit haben alle Veranlassung, vorsichtige Kritik der Empfehlung neuer Heilmittel entgegenzutragen; er erinnere nur daran, wie's mit dem Tuberculin gegangen! — Und die Kritik lehre, dass die Suggestion weder ein so unschuldiges, noch ein so wirksames Mittel ist, wie enthusiastische Berichte angeben. Redner spricht sich weiter in demselben Sinne aus wie Dr. Holst und fügt hinzu, dass selbst durch Suggestion gelungene Heilung durchaus nicht immer von Dauer ist, er habe Patienten gesehen, die nach 1—2 Monaten Recidive aufwiesen.

Auf das Princip der Suggestionstherapie übergehend, erinnert Redner daran, dass die Erfahrungen der Nancy'er Schule darauf hinwiesen, dass es sich bei der hypnotischen Beeinflussung wesentlich um einen psychischen Vorgang handle, nicht um Reflexvorgänge: es werden durch die hypnotische

Suggestion Vorstellungen erzeugt. Die Klarlegung dieses Verhältnisses reihe die hypnotische Therapie in die Gruppe der psychischen Behandlungsmethoden ein, die hauptsächlich falsche Vorstellungen zu vernichten und richtige Vorstellungen an deren Stelle zu setzen haben.

Wenn auch für den Kundigen die hypnotische Beeinflussung viel von ihrer Uebernatürlichkeit verloren habe, so hafte für den Patienten jedoch derselben immer etwas Mystisches an. Die directe psychische Behandlung wendet sich an die Intelligenz des Kranken, die Suggestionstherapie an den Glauben. Bei dem Hange des Menschen zum Mystischen, bei der heut zu Tage immer mehr um sich greifenden Entnervung und Willenserschläffung sei es sehr wenig rathsam der Menschheit eine Behandlungsmethode darzubieten, welche dem Hang zum Wunderbaren direct Vorschub leistet. Es sei Aufgabe des Arztes, seine Patienten vom Aberglauben zu befreien und sie zu willensstarken Menschen zu erziehen, die mit offenem Auge den Schädlichkeiten, welche ihrem Organismus drohen, entgegenzutreten. Eine Kräftigung des Willens werde aber durch Hypnose nie erreicht werden. Man bediene sich daher zweckmässiger der directen psychischen Beeinflussung.

Handle es sich um Patienten, denen die nöthige Intelligenz mangelt, dann kämen alle Behandlungsmethoden in Frage, die jeder autoritative Arzt zu rein psychischen Behandlungsmethoden umzugestalten vermag: so z. B. die medicamentöse Behandlung — Rosenbach gab Sacch. alb. erfolgreich als Hypnoticum. Weiter käme hierbei Hydro- und Elektrotherapie in Frage, ebenso Massage. Thure-Brandt selbst nutzt den psychischen Factor voll aus. Erst wenn alle diese Methoden im Stich gelassen haben, will Redner zur hypnotischen Behandlung greifen. Es gebe vielleicht einzelne Fälle, für welche die Suggestionstherapie in erster Linie in Anwendung zu ziehen ist; so einzelne Fälle von sexueller Perversität.

Was schliesslich die Anwendung des Ausdrucks Suggestion anlangt, so sei Redner bekannt, dass sie jetzt eine allgemeinere sei; jedoch geschehe dieses mit Unrecht. Das Wort Suggestion sei seines Wissens zuerst in Nancy gebraucht worden und zwar für «Einflüsterung in Hypnose». Von streng kritisch vorgehenden Autoren werde dieser Ausdruck auch heute nur in diesem Sinne gebraucht — so von Rosenbach-Breslau, und

das mit Recht. Verallgemeinerten Gebrauch dieses Wortes für jede Beeinflussung eines Menschen durch den andern hält Redner für verwirrend und unbegründet.

Dr. Tiling erinnert daran, dass man von Staatswegen sich veranlasst gesehen, gegen das Hypnotisiren vorzugehen, dasselbe zu verbieten. Das sei doch nur durch die geursachten Schädigungen begründet gewesen.

Dr. Schroeder: gewiss könne das Hypnotisiren und Suggestiren Gefahren involviren; aber diese entstehen nur durch schlechte Methoden der Anwendung. Die Fragestellung müsse aber auch so lauten: lassen sich bei richtiger Methode und gewissenhafter Handhabung derselben die Gefahren der Hypnose vermeiden? Darauf müsse die Antwort so ausfallen, dass bei der Nancy'er Methode die einzige Gefahr darin besteht, dass die Patienten nachher spontan in Hypnose verfallen, was man ihnen übrigens auch wieder wegsuggestiren kann.

Dr. Packiewicz ist der Ansicht, dass die unerwünschten Nebenwirkungen auch suggestiver Natur sind. Das geheime Grauen, welches die Laienwelt vor der Hypnose hat, der Gedanke an übernatürliche Kräfte öffnen unerwünschten Autosuggestionen Thür und Thor. Dr. Packiewicz empfiehlt im Nothfalle die Suggestionstherapie bei schlafenden Patienten in Anwendung zu ziehen, wenn das Hypnotisiren sonst nicht gelingt. Vor dem Erwachen aus der Hypnose müsse stets suggerirt werden, dass das Ganze ein total natürlicher Vorgang sei, der keinerlei üble Nebenwirkungen habe.

Dr. Schultz fragt auf welchem Wege die von Dr. Schroeder referirte Behauptung eines von Wetterstrand gebesserten Lungenemphysems erwiesen worden sei? Ob Dr. Schroeder sich persönlich davon überzeugt habe?

Dr. Schroeder hat den Fall nicht selbst gesehen. Wetterstrand berichtete, es sei constatirt.

1173. Sitzung am 15. Januar 1892.

Anwesend 52 ord. Mitgl. und 12 Gäste.

1. Dr. Behr (Gast) verliest seinen angekündigten Vortrag:
Zur Pathologie des Sexualtriebes.

Votr. führt aus, wie mit der zunehmenden Kenntniss des menschlichen Seelenlebens sich auch die Auffassung des geschlechtlich Abnormen geändert hat und wie sich die Anschauung von der Krankhaftigkeit, resp. der krankhaften Ansage sexuell perverser Personen mehr und mehr Bahn bricht. Nach Darlegung des Votr. stellt die conträre Sexualempfindung ein Symptom dar, welches zu allen Psychosen und allen Neurosen hinzutreten kann. Dementsprechend wäre es wünschenswerth, dass die Lehrbücher die conträre Sexualempfindung bei der allgemeinen Symptomatologie abhandelten, nicht aber in den speciellen Theil einverleibten.

Die conträre Sexualempfindung kommt nie isolirt vor, sondern erwächst immer auf einem kranken Boden. Sie kann angeboren sein oder erworben werden, allgemeine Krankheit ist aber immer das Primäre. Als lasterhafte Handlungen werden diejenigen Vorkommnisse bezeichnet, in denen sonst normal veranlagte und gesunde Individuen sich perverser Delicte schuldig machen z. B. um Geldes willen sich missbrauchen lassen. Im Einzelnen ist die Entscheidung schwierig und eine genaue Beobachtung erforderlich. Die Anschauung Meynert's, dass die conträre Sexualempfindung in allen Fällen einen occasionellen Ursprung trage, wird verworfen, desgleichen die Ansicht Mendel's, dass die Aufstellung der Psychopathia sexualis Krafft-Ebing's einen Rückschritt zu den Monomanien bedeute. An der Hand dreier ausführlich referirter Krankengeschichten werden die psychische Hermaphrodisie, die Effeminatio und eine sexuelle Perversion bei einem heterosexuellen Individuum besprochen.

Dr. Tiling: das vorliegende Thema behandelt ein Gebiet, auf welchem Laster und Krankheit sich begegnen. Die Grenzlinie zu ziehen sei in praxi manchmal schwierig; andere Erscheinungen allgemeiner Neurosen lassen den Kranken erkennen. Geschlechtlich perverse Individuen bieten neben den Erscheinungen sexueller Reizbarkeit und Schwäche auch andere nervöse Symptome, oft auch psychische Abnormität.

Dr. Eduard Schwarz hebt den Unterschied zwischen ab origine sexuell perversen Individuen und acquirirten, resp. gezüchteten Fällen hervor. Letztere betreffen z. B. Individuen, die früher normal geschlechtlich empfanden, durch lasterhaften Uebergenuß impotent wurden, und nur durch den

für sie höheren Reiz perverser Acte noch potent sind. Hat sich in solchen Fällen neben der nie fehlenden Neurasthenien das perverse sexuelle Empfinden consolidirt, so ist die Frage schwer zu entscheiden, ob man es mit einem strafbaren, lasterhaften Menschen zu thun hat oder nicht.

Dr. Behr neigt zu der Ansicht, dass es sich in letzteren Fällen, — von denen natürlich perverse Handlungen lasterhafter, aber nicht eigentlich pervers empfindender Individuen streng zu trennen sind—meist um psychische Hermaphrodisie handelt. Die Literatur spreche nicht dafür, dass es sich um Verbrecher handle.

Zum Schluss der Discussion wird Prognose und Therapie sexueller Perversionen flüchtig berührt von DDr. Voss, Schröder, Tiling und Behr, die forensische Seite von DDr. Ed. Schwarz, Tiling und Schultz.

2. Dr. Voss, als Cassaführender, verliest den Cassabericht pro 1891 und legt der Gesellschaft den Budgetentwurf pro 1892 vor. Beide werden acceptirt.

3. Zu ordentlichen Mitgliedern der Gesellschaft werden aufgenommen die DDr. Ludwig Gauder, Bernhardt Blankenstein, Eugen Burmeister und Paul Bergengrün.

1174. Sitzung am 5. Februar 1892.

Anwesend 40 ord. Mitgl. und 12 Gäste.

1. Dr. Adolf Bergmann demonstrirt einen aussergewöhnlich grossen ovoiden Blasenstein, welchen er kürzlich einem 33 jährigen Manne durch Sectio alta entfernte. Die Anamnese rechtfertigt die Annahme, dass Pat. den Stein von seinem 5. Lebensjahre an trug, jedoch hat derselbe bis auf die letzten Wochen vor der Operation fast gar keine Beschwerden verursacht. Der Stein wiegt 365 Gramm und misst 8—7—4 $\frac{1}{2}$ Centimeter.

2. Dr. Trey mann referirt unter Vorlegung einer schematischen Zeichnung über einen Fall von Uterus bicornis bicollis, bei welchem er wegen Hydrocephalus des ausgetragenen Kindes die Perforation auszuführen sich gezwungen sah. Bei bimanueller Untersuchung gleich nach der Geburt war die Unter-

scheidung von einem Uterus duplex (didelphys) nicht möglich. Vagina septa. Gravidität rechtsseitig. Das linke Uterushorn 7 Ctm. lang.

3. Dr. R. v. Engelhardt verliest seinen angekündigten Vortrag: Ueber eine seltene Complication bei Leukaemie. (Der Vortrag ist in extenso erschienen in der St. Petersburger medic. Wochenschrift Nr. 18, 1892).

Discussion. Dr. Schabert hält die Diagnose in dem eben referirten Fall für nicht einwandfrei. Die nur ein Mal vorgenommene Blutuntersuchung ergab ein Verhältniss der weissen zu den rothen Blutkörperchen wie 1 : 10—15, ein Verhältniss, das bei Leukocytose statt hat. Erst ein Befund von Leukocyten im Verhältniss von 1 : 2 oder 1 : 3 beweist Leukaemie. «Bräunlich und klebrig», wie in F.'s Fall, ist sonst leukaeisches Blut nicht, sondern dünnflüssig und hell; Virchow spricht geradezu von «weissem Blut». Da auch sonst noch die gewöhnlichen Symptome der Leukaemie an Lymphdrüsen, Knochen, Milz etc. nicht beobachtet worden, erachtet Redn. die Diagnose für nicht einwandfrei. Er hält ferner für unerwiesen, dass Haemoglobinaemie vorgelegen habe: der Nachweis von Körnchen im Blute erlaube auch andre Deutung. E.'s Fall erinnere ihn an einen Pat. im allgem. Krankenhause, der mit nachweislich grosser Leber und Milz an einer Trachealstenose zu Grunde ging. Wiederholte Blutuntersuchung hatte ein Verhältniss der weissen zu den rothen Blutkörperchen wie 1 : 20 festgestellt. Es wurde Leukaemie und Trachealstenose durch Druck leukaeischer Tumoren angenommen. Die Section lehrte, dass es sich um syphilitische Erkrankung der Trachea und Leber handelte. Die Leukocytose bei chron. Syphilis habe bisher in der Litteratur nur geringe Berücksichtigung gefunden; Redn. vermochte persönlich sie in 2 Fällen nachzuweisen. Die Möglichkeit, auch in E.'s Fall an eine syphilitische Erkrankung zu denken, liege vor. Jedenfalls halte er Leukaemie wie Haemoglobinaemie für nicht sicher genug erwiesen, um diesen Fall als Stütze einer neuen Theorie zu verwerthen.

Dr. Engelhardt hält im Gegensatz zu Dr. Schabert seine Diagnose Leukaemie aufrecht: wenn auch die Kürze der Beobachtungsdauer wiederholte Untersuchungen nicht ermöglichten, so sei doch die relative Zahl der weissen Blutzellen — es fanden sich deren sowohl ein- wie mehrkernige — eine solche,

wie man sie bei Leukocytose doch nicht mehr findet. Nimmt man dazu den Befund an Leber, Milz und Drüsen, ferner den Umstand, dass vor 2 Jahren bereits Prof. Botkin von einer Blutveränderung gesprochen, so genüge das zur Fundirung der Diagnose Leukaemie. Dass das Blut braun und klebrig gewesen, erklärt sich einfach aus dem Ueberwiegen der Haemoglobinaemie; letztere aber halte er aus dem Befunde an Körnchen erwiesen, die bei durchfallendem Licht gelb, bei auffallendem Licht grün erschienen.

Dr. Hampeln schliesst sich insofern Dr. Schabert an, als auch seiner Ansicht nach die Leukaemie nicht direct nachgewiesen ist, da ein Verhältniss von 1:15 auch bei symptomatischer Leukocytose vorkommt. Dennoch glaubt er Dr. Engelhardt in der Beurtheilung des Falles zustimmen zu müssen, aber aus andern als den von ihm angeführten Gründen. Haemoglobinurie komme ja allerdings bei Syphilis und in Abhängigkeit von ihr vor, es sei aber nicht bekannt, dass die Syphilis als solche in Verbindung mit Haemoglobinurie zur Todesursache werden könne, noch dazu unter Erscheinungen einer acuten Erkrankung. Das Ungewöhnliche des acuten tödtlichen Verlaufs, als Leukaemia acutissima wohl bekannt, bei Syphilis und Haemoglobinurie aber nicht beobachtet, spricht darum in Zusammenhang mit der Haemoglobinurie und der doch erheblichen Leukocytose für die Auffassung Dr. Engelhardts.

4. Interna.

1175. Sitzung am 19. Februar 1892.

Anwesend 46 ord. Mitgl. und 12 Gäste.

1. Dr. Packiewicz verliest seinen angekündigten Vortrag, betitelt:

«Was ist die Hypnose?»

Nachdem Votr. einleitend auf die verkehrten Vorstellungen hingewiesen, welche die Laienwelt, zum Theil auch der ärztliche Stand über den Hypnotismus hat, spricht er sich dahin aus, dass sich ihm beim Studium der Hypnose die Ueberzeugung aufgedrängt habe, der Mensch habe eine bewusste und eine unbewusste Hirnthätigkeit, ein bewusstes und ein

unbewusstes «Ich», welche unabhängig von einander sowohl Eindrücke empfangen, wie arbeiten können. Nachdem Votr. diese Theorie durch Beispiele erläutert und die perpetuelle Thätigkeit des unbewussten Ich darzulegen versucht, bespricht er die gewaltige Rolle, die letzteres spielt, und kommt zu dem Schluss, dass die unbewusste Hirnthätigkeit der bewussten gewaltig überlegen sei: Die Musculatur des Herzens, unbewusst arbeitend, ermüdet im ganzen Leben nicht, der bewusster Weise bewegte Arm sehr bald; aber auch ein und dieselbe Muskelgruppe leiste, durch unbewusste Hirnthätigkeit angetrieben (in Hypnose) unendlich viel mehr, als wenn sie bewusster Weise innervirt wird.

In der Hypnose sieht Votr. den Schlaf des bewussten Ich, während das unbewusste Eindrücke empfängt und arbeitet. Der Unterschied zwischen gewöhnlichem Schlaf und der Hypnose bestehe bloß darin, dass das unbewusste Ich in ersterem Falle sich selbst überlassen, in letzterem Falle aber mit seiner ganzen Aufmerksamkeit an den Hypnotiseur gefesselt ist.

Zum Schluss prognosticirt Votr. der Hypnose eine heute noch ungeahnt grosse Rolle in der Therapie, und weist auf die grosse Rolle hin, welche dieselbe im gewöhnlichen Leben spiele und stets gespielt habe.

Dr. Schröder: die Theorie von dem bewussten und unbewussten Ich, stamme seines Wissens von dem Berliner Professor der Philosophie Dessoir; sie sei wohl ein geschickt gewähltes Bild, biete aber keine Erklärung, denn abgegrenzte Begriffe für seine beiden «Ich's» gebe Dessoir nicht. Als fertige Wahrheit, wie Dr. Packiewicz dies gethan, könne Redn. diese Theorie nicht acceptiren, zumal noch andre Erklärungen für die verschiedenartigen Aeusserungen des menschlichen Seelenlebens vorliegen: ein Philosoph spaltet die Seele statt in 2 in 3 Theile und hat Anhänger, ein anderer gar in 4!

Dr. Packiewicz: nur für die Erklärung der Hypnose durch Schlaf des bewussten Ich nehme er die Priorität für sich in Anspruch; die Theorie von der bewussten und unbewussten Hirnthätigkeit habe er acceptirt, weil sie plausibel sei und die einzige Möglichkeit biete, die Hypnose zu erklären.

Dr. Donner sieht im Bewusstsein nur eine Begleiterschei-

nung der Seelenthätigkeit. Die Dessoir'sche Theilung der Seelenthätigkeit ermöglicht erst, in der Hypnose kein Schreckgespenst zu sehen, wogegen Dr. Schröder erklärt, er theile die Seele nicht, erschrecke aber auch nicht vor der Hypnose. Dr. Schröder wendet sich schliesslich kurz gegen die Verallgemeinerung des Begriffs Suggestion als ein Bestreben, welches nur verwirrend wirke.

Thatsachen zurechtstellend, weist Dr. Wolfram darauf hin, wie das Herz durchaus nicht ruhelos arbeitet, sondern in jeder Diastole, also 12 Stunden am Tage, ruht; bestreitet ferner Dr. Mercklin die oft angeführte ungeheure Kraft Geisteskranker, er habe eine Steigerung der Körperkraft bei Irren nie gesehen.

1176. Sitzung am 4. März 1892.

Anwesend: 53 ord. Mitgl. und 10 Gäste.

In Abwesenheit des Secretairs tritt statutenmässig Dr. P. Bergengrün als jüngstes Mitglied in dessen Function.

1. Dr. Bergengrün demonstrirt mehrere weisse Bänder und Bandfetzen, von denen das längste $4\frac{1}{2}$ Ctm. lang und $1\frac{1}{2}$ Ctm. breit ist. Die eine Fläche ist glatt und spiegelnd, während die andere ein mehr körniges, rauhes Aussehen hat, hie und da leicht mit Blut gefärbt ist und derbe Querstreifung zeigt. Die Präparate stammen aus den Luftwegen einer Dame Fräulein M. B. v. A., die seit 6 Jahren an bacillärer Lungenphthisis leidet, zu welcher sich seit 3 Jahren auch Larynxbeschwerden gesellten. Anfang October vorigen Jahres flaches, oberflächlich ulcerirendes Infiltrat der Interaryschleimhaut.

Im vorigen Winter Tuberculincur in Königsberg. — Im November vorigen Jahres zweimaliges Curettement der inzwischen stärker zerfallenen Stelle; die Stimme welche damals rau und klanglos war, erhält normale Beschaffenheit und die Interaryschleimhaut zeigt durch die folgenden 4 Monate bis auf eine leichte Röthung absolut normales Verhalten. Nach dieser Zeit wieder Zerfall der Schleimhaut, mit starker Heiserkeit, nachdem in der ganzen Zeit tägliche Milchsäurepinselung angewandt worden.

Die Milchsäure, welche fast durchweg in 10 pCt., selten 15 pCt. Lösung angewandt wurde, war während der ganzen Zeit mit einem auf einem rauhen Sondenknopf gewickelten Wattebausch in den Larynx gebracht worden. Da die Berührung der Watte aber in letzter Zeit zu enormem Husten reizte, wurde die Applicationsweise in der Weise abgeändert, dass das Medicament mit einer Kehlkopfspritze in den Larynx geträufelt wurde (à 1—1,5 Gramm jedes Mal). Diese Methode wurde ca. 84 Tage vor der letzten Operation in Anwendung gezogen.

Diese fand am 25. Februar 1892 statt; nach derselben unausgesetztes heftiges Husten, unaufhörliches Erbrechen durch 3 Tage und 2 Nächte, so dass Patientin stark herunter kam.

Nach Verlauf dieser ungeheuer qualvollen Zeit warf Pat. das grösste der vorliegenden Bänder aus, täglich folgten kleinere Stücke, stets unter colossalen Schleimbeimengungen. Die Beschwerden hatten mit einem Schlage aufgehört, die Heilung ging nun anstandslos von Statten. Configuration der Stücke, die im frischen Zustande schneeweiss sind und sich schwammig anfühlen, sowie die grobe Querstreifung deuten mit einiger Sicherheit auf die Trachea resp. einen Bronchus hin.

Ein anderer Fall, der vor etwa 6 Wochen im Krankenhause in Dr. Deubners Abtheilung beobachtet wurde, hat viel Aehnlichkeit mit dem oben Besprochenen. Ein junges Mädchen von 24 Jahren leidet an schwerer Larynxphthise mit geringer Mitbetheiligung der Lungen. Bacillen vorhanden. Ende November vorigen Jahres Curettement. Pinselung mit 50 pCtiger Milchsäure, wie oben, vermittelt des Wattebausches, der anfangs brillant vertragen wurde, schliesslich aber die Pat. doch so stark erschütterte, dass auch hier die Spritze für denselben eintrat. Dabei geschah es 2 Mal, dass die Flüssigkeit aspirirt wurde. Pat. warf eines Tages weisse Bänder aus, die sie für Bandwürmer hielt. Dr. Deubner hat die Gebilde gesehen.

Die mikroskopische Untersuchung der hier demonstirten Stücke ergab feinkörnigen Detritus, Fibrin, veränderte Eiter- resp. Schleimkörperchen, vereinzelte veränderte rothe Blutkörperchen.

Indem Votr. die Frage aufwirft, ob vorliegende Gebilde

etwa zu den Producten der noch so wenig gekannten und seltenen membranösen Schleimhauerkrankungen, wie sie in Pharynx und Nase hie und da beobachtet worden, gehören, und die Ansicht ausspricht, es handle sich hier nicht um einen Aetzschorf (da intacte Schleimhaut von mässig concentrirter Milchsäure nicht angegriffen werde, in dem einen Falle nur 10 pCtige, in dem anderen 50 pCtige Lösung, erstere nur durch eine Woche, letztere consequent durch 3—4 Wochen angewandt wurde), sondern um eine Schleimhauerkrankung sui generis, wendet er sich an die grössere Erfahrung älterer Collegen mit der Bitte um Mittheilung einschlägiger Beobachtungen und Beurtheilungen. (Autorreferat).

Im Anschluss an den 2. der referirten Fälle äussert Dr. Deubner, dass die von der Pat. expectorirten Stücke genau den vorgelegten entsprechen, sie seien 10—15 Ctm. lang, 4—5 Mm. breit gewesen, welche in der That den Proglottiden von *Bothriocephalus latus* ähnlich gesehen; auch die mikroskopische Untersuchung ergab denselben Befund, wie ihn Votr. angegeben. Im Uebrigen ist Dr. Deubner ebenso wie Dr. Worms der Anschauung, dass es sich hier um Kunstproducte handle, da bei beiden Patientinen Milchsäure angewandt sei und nicht bekannt sei, ob die Tracheal- resp. Bronchialschleimhaut intact gewesen.

Dr. A. Bergmann hält die Stücke für Producte einer eigenthümlichen, ihrem Wesen nach noch unbekanntem Schleimhautmetamorphose und spricht sich strict gegen die Auffassung aus, dass es sich um einen Schorf handle.

Dr. Hampeln hält diesen Fall für äusserst selten, im Krankenhause hat er in der Reihe der Jahre keinen einzigen Fall von Bronchitis membranacea gesehen und in der Privatpraxis nur einen ähnlichen Fall und zwar an sich selber beobachtet. Aetiologie im Allgemeinen unbekannt. In alter Zeit werde als aetiologisches Moment der innerliche Gebrauch des Jodkali angeführt und im Allgemeinen werden irritirende Agentien durch ihren Contact mit der Schleimhaut als wesentliche Entstehungsursache derartiger Membranbildungen angegeben. Aus diesem Grunde muss er sich der Anschauung wie sie Dr. Worms vertreten, durchaus anschliessen.

Dr. Wolfram proponirt zur Klärung der Frage eine chemische Analyse der Stücke vornehmen zu lassen.

2. Dr. Hampeln verliest seinen Vortrag:

«Ueber das Aortenaneurysma und seine Beziehungen zu Lungenblutungen».

Vortragender geht von den Perforationsblutungen der inneren Aneurysmen als einer der hauptsächlichsten Todesursachen beim Aneurysma aus. Während sie für das Urtheil der Gegenwart bloß die Bedeutung einer lediglich terminalen Katastrophe besitzen, wurde in früheren Zeiten auch den prämonitorischen, prodromalen, oft Monate lang währenden Perforationsblutungen Aufmerksamkeit geschenkt. Diese Angabe wird durch Citate aus Ichelmayer, Bamberger, Stokes, Cannstatt, Lebert, belegt. Vortragender schließt sich der älteren Auffassung auf Grund seiner Erfahrungen an.

Unter 17 Fällen seiner Beobachtung: 15 Männer und 2 Weiber betreffend, perforirte das Aneurysma nach innen 7 Mal und zwar 1 Mal in die Trachea ohne, in den übrigen Fällen mit Blutung und zwar 1 Mal in das Zellgewebe des Mediastinum und Halses, 2 Mal in die Trachea, 2 Mal in die Bronchi, 1 Mal in den Oesophagus. Also 4 Mal Perforationsblutung in die Luftwege, dabei 3 Mal, nach dem längere Zeit prämonitorische Blutungen vorausgegangen waren.

Ueber diese Fälle referirt Vortragender:

1. Eduard H. 48 a. n. (aufgenommen den 18. August gestorben den 19. September 1884) hatte vom 13. Aug. bis 19. Sept. stündlich leichte Lungenblutungen, die zum Schluss profus werdend den Tod herbeiführten. Die Section ergab ein kindskopfgrosses Aneurysma der Aorta ascendens und des Arcus. Perforation einerseits in den Oesophagus, andererseits in den rechten Bronchus.

2. L. Nostrin, 40 a. n. (aufgenommen den 10. Juni, gestorben den 20. Juni 1887) wirft im Verlaufe von neun Tagen gelatinöses, bräunliches Sputum aus und stirbt gleichfalls an profuser Haemoptoë. Die Obduction ergiebt ein in die Trachea perforirtes Aneurysma des Truncus anonymus.

3. Friedrich Bolt, 37. a. n. (aufgenommen den 26. Novemb. 1890 — gestorben den 27. April 1891) litt durch 4 Monate an beständigen leichten Lungenblutungen und endete gleichfalls mit profuser, tödtlicher Haemoptoë. Die Obduction ergab ein mässiges Aneurysma der Aorta ascendens und des Arcus mit

secundären und tertiären Ausbuchtungen. Von Ersteren war eine in den linken Bronchus perforirt.

Diese in allen drei Fällen der terminalen, tödtlichen Haemoptoe vorausgehende habituelle Haemoptoe-Periode fasst Vortragender als gleicher Ursache, eben der Perforation entspringend auf. Dafür spräche sowohl der klinische Verlauf, als vor Allem der pathologisch-anatomische Befund, welcher keine andere Blutungsquelle entdecken liess.

Demgemäss unterscheidet Vortragender die Perforationsblutungen:

1. als paroxysmale, meist terminale und
2. als habituelle, prämonitorische, Tage, Wochen, Monate dauernde.

Während im ersten Falle die Diagnose meist keine Schwierigkeiten mache und mit letaler Prognose zusammenfalle, werde man im 2. Falle gerade durch die Blutungen gar zu leicht von der Annahme eines Aneurysma abgelenkt und über die vorliegende grosse Gefahr getäuscht. Es sei darum von grösster Wichtigkeit, diesen leichten, continuirlichen Lungenblutungen, als eigenthümlichen Erscheinungen einer drohenden nach einiger Zeit zum Tode führenden Perforation des Aneurysma nähere Aufmerksamkeit zuzuwenden und seiner Ansicht nach richtig, zur Auffassung der Alten über die Natur der Aneurysmablutungen zurückzukehren. (Autorreferat).

3. Dr. F. Schultz demonstrirt ein Aneurysma arteriae fossae Sylvii. Der Träger desselben war, nachdem er seine Tagesarbeit ganz wie gewöhnlich verrichtet und sich zur Ruhe begeben hatte, todt auf dem Bette gefunden worden. Der Fall ist absolut symptomlos verlaufen. Die Dura sehr adhaerent. Starke Suffusion der Pia und der Aussenseite der rechten Hemisphaere und über die ganze Hirnbasis bis links hinauf in die Fossa Sylvii. Ausserhalb der Pia mater kein Blutaustritt zu entdecken. Das Aneurysma selbst hat die Grösse einer kleinen Erbse; die Ränder der ungemein winzigen Perforationsöffnung rund und glatt.

1177. Sitzung am 9. März 1892.

Anwesend 63 ord. Mitglieder.

Interna, Statutenveränderungen betreffend.

1178. Sitzung am 18. März 1892.

Anwesend 51 ord. Mitglieder und 15 Gäste.

1. Dr. Schönfeldt demonstriert einige dicht von eingekapselten Trichinen durchsetzte Muskelstücke und eine Reihe mikroskopischer Präparate aus der Leiche eines jüngst in Rothenberg verstorbenen Paralytikers (accidenteller Leichenbefund).

2. Dr. A. Bergmann stellt einen Patienten vor, der bei seiner Aufnahme ins allg. Krankenhaus am 29. Januar c. angab, es sei ihm am 24. Dec. 1891 ein grosser Stallsplitter mit Gewalt gegen die Stirn geflogen und dort so fest eingedrungen, dass es eines erheblichen Kraftaufwandes bedurfte um ihn zu entfernen; in 8 Tagen sei die Wunde geheilt. Darauf haben sich sehr starke und anhaltende Kopfschmerzen eingestellt, die ihn im Krankenhause Hilfe zu suchen veranlassen.

Pat. ist theilnahmlos, leicht soporös, antwortet aber auf gestellte Fragen, lässt den Harn unter sich. Kein Fieber, Puls 68, von gewöhnlicher Beschaffenheit. Auf der rechten Seite der Stirn eine sehr druckempfindliche, dem Stirnbein adhärente Narbe. Die linke Gesichtshälfte schlaffer, als die rechte, auch die linken Extremitäten schwächer, als die rechten. Stauungspapille angedeutet. Die Temperatur hinter dem rechten Ohr um 0,8 höher als links.

Trotz Fehlens ausgesprochener Symptome intracraniellen Druckes wird Hirnabscess angenommen; am 31. Januar das Stirnbein aufgemeisselt, eine Probepunction ergiebt Eiter; mittelst Kreuzschnittes durch die Dura ein etwa apfelgrosser Hirnabscess eröffnet. Aseptischer Verband. Sofort nach der Operation schwindet die Incontinentia urinae, eine Woche

nach der Operation sind beide Hände gleich stark. — Etwa 4 Wochen nach der Operation 2 Tage lang Temperatursteigerung; die deswegen gehegte Befürchtung einer Eiterretention ist jedoch durch die ungestörte Heilung nicht gerechtfertigt worden.

Hierzu ergänzt Dr. Dahlfeldt: am Tage vor der Operation war eine krankhafte Veränderung der rechten Papille nicht sicher nachweisbar: es war dies erschwert durch eine angeborene Anomalie (markhaltige Sehnervenfasern). In der ersten Woche nach der Operation wurde Schwellung und Trübung der Papille rechts deutlich nachweisbar; dazu kamen venöse Stauungen und einzelne kleine Blutungen; auch links stellten sich dieselben Erscheinungen ein, jedoch in geringerem Grade. In der zweiten Woche keine Veränderung; dagegen nach etwa 3 Wochen wieder eine Zunahme des Processes, namentlich links, bei gleichzeitigem Fieber, was zur Befürchtung Veranlassung gab, es handle sich um Eiterretention, resp. Affection der Hirnhäute. — Unterdessen hat sich jedoch der Process am Augenhintergrunde bedeutend gebessert, so dass heute nur noch ein unbedeutender Rest, bestehend in ganz leichter Trübung der Papillengrenze und mässiger venöser Hyperaemie, nachweisbar ist.

Dr. F. Berg stellt einen Pat. vor, zu welchem er im October vorigen Jahres nach Polotzk gerufen wurde: im Ueberfall war ihm die rechte Seite des Stirnbeins eingeschlagen worden. Pat. war bei klarem Bewusstsein, konnte jedoch über die Verletzung keine näheren Angaben machen. Puls 40—50 in der Minute. Auf der rechten Seite der Stirn eine stark gerissene dreieckige Wunde; ein Knochenfragment von der Grösse eines Fünfkopenstückes ist ins Hirn gedrungen. Trepanation, Entfernung des Knochenfragments. — Am 12. Dec. kommt Pat. nach Riga ins Diakonissenhaus wegen heftigster Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit. Temperatur etwas über 38, Stauungspapille; Pat. ist läppisch-unsauber; keine Lähmungserscheinungen, Hyperaesthesie der rechten Schädelhälfte. Die Wunde wird erweitert, der Rand des Knochendefects abgemeisselt, die Dura eröffnet, es findet sich jedoch dort kein Eiter; etwa 20 zum Theil auch nach links hinüber mit einer 6—7 Zoll langen Hohlzahn ausgeführte Probepunctionen führen ebenfalls zu keinem Resultat. — Ziemlich derselbe Zu-

stand bei leichter Bewusstseinstrübung bis zum 1. Januar, an welchem Tage sich im Verband eine reichliche Eitermenge findet; gleichzeitig wird das Bewusstsein klar und Pat. sauber. Bald aber stellt sich unter Fiebererscheinungen wieder das alte Bild ein, das sich erst nach Abtragung eines die Eiterentleerung behindernden Hirnprolapses und Einführung von Jodoformgazestreifen wieder bessert. Trotzdem dass aus dem unteren Wundwinkel beständig etwas Eiter sickert, verschlimmert sich der Zustand des Patienten Ende Februar: er fiebert, ist unklar, unsauber, neigt dazu links umzufallen. 8 Tage später entleert sich plötzlich eine grössere Menge von Cerebrospinalflüssigkeit; gleichzeitig wird Pat. völlig taub. Jetzt ist Pat. bei klarem Bewusstsein und sauber, jedoch hat sich sein Gehör absolut nicht gebessert.

Votr. nimmt an, dass Pat. ausser dem Abscess, welcher sich am 1. Jan. entleerte, noch einen zweiten an der Hirnbasis hat, den operativ zu erreichen leider keine Aussicht vorliegt.

Hierzu ergänzt Dr. Zwingmann: Während anfangs (Mitte December) an beiden Augen beginnende Stauungsneuritis zu constatiren war, entwickelte sich nach dem ersten Eingriff rechts prononcirte Stauungspapille, links Neuroretinitis mit circumpapillären Blutungen, bei bedeutender Abnahme der Sehschärfe, die namentlich links hochgradig wird. Mit der Besserung des Allgemeinzustandes geht der neuritische Process beiderseits zurück und hebt sich die Sehschärfe. Bei der folgenden Verschlechterung des allgemeinen Krankheitsbildes bleibt die Papillitis beiderseits unverändert und geht dann langsam rechts fast völlig, links ebenfalls bedeutend zurück, ohne dass die Sehschärfe weiter steigt.

Dr. Voss berichtet über die angebliche Taubheit des letzteren Patienten: die Umgebung des Kranken behauptet, er höre absolut Nichts. Mit der Stimmgabel gemachte Versuche beantwortete anfangs Pat. jedoch derart, dass daraus folgt, er höre bei benutzter Knochenleitung, bei Luftleitung aber nicht (die Knochenleitung wurde bei diesen Versuchen überhaupt nicht benutzt). Später giebt Pat. an, bei benutzter Luftleitung die Stimmgabeltöne zu hören, bezeichnet c^2 höher als c^1 , hält aber letzteren Ton mit c für gleich. Von sich aus giebt Pat. an: «ich höre, aber verstehe Nichts». Letzte-

ren Eindruck hat auch Dr. Voss, und glaubt den Fall mit Seelentaubheit bezeichnen zu müssen.

Dr. Ed. Schwarz berichtet aus der Litteratur, dass die traumatischen Hirnabscesse in der Regel in der Tiefe des Hirns unterhalb der von dem Trauma getroffenen Stelle des Schädels gefunden werden, in Ausnahmefällen aber auch in entfernten Hirnpartien ein zweiter Abscess vorhanden war. Auch in dem von Dr. Berg vorgestellten Falle sei es möglich, dass ausser dem einen Abscess, welcher sich entleerte, ein zweiter existirt. Die Taubheit des Pat. scheint Redner nicht Seelentaubheit, oder nicht Seelentaubheit allein zu sein. Nachdem er die Analogie beider Fälle in dem Verhalten der Sehnervpapille besprochen, was vielleicht einen Hoffnungsschimmer für den zweiten zu sehen erlaube, referirt er, die Indication zur Operation betreffend, die Behauptung von Gowers, dass auch bei Mittelohreiterung, ohne Hirnabscess, Stauungspapille beobachtet werden könne.

Dr. A. Bergmann bezweifelt die Zweckmässigkeit der Probepunction mit so langen Nadeln, wie Dr. Berg sie benutzte. Man habe auf diesem Wege wenig Chancen, Eiter zu finden, dagegen die Gefahr der Hirnverletzung.

Dr. Berg dagegen hält sich für berechtigt, resp. verpflichtet, jedes Mittel anzuwenden, das die Möglichkeit bietet den Eiterherd aufzudecken, wenn wie in seinem Fall ein Hirnabscess sicher diagnosticirt ist. Die Gefahr, welche der nicht gefundene Hirnabscess für den Kranken darstellt, ist eben unendlich viel grösser, als die der ausgiebigen Probepunctionen. Die völlige Euphorie des Pat. bewies ausserdem, dass der Eingriff ihm keinerlei Schaden gethan.

Dr. Ed. Schwarz schliesst sich dem Vorredner an: weil er den Fall für verloren hält, wenn der Abscess nicht gefunden wird, will er einen solchen Eingriff, der den Eiterherd aufzudecken im Stande ist, befürworten.

Nach dem Dr. Klemm berichtet, dass auch Prof. Bergmann — Berlin die Nadelpunctionen für relativ gefährlich und dabei wenig expeditiv erkläre, spricht Dr. Hampeln sich auf Grund seiner Erfahrungen beim Empyem dahin aus, dass die Hoffnung Eiter zu aspiriren, unabhängig sei von der Länge der Nadel. Schliesst der Stempel, so aspirirt die Spritze, ob mit langer oder kurzer Nadel armirt.

3. Dr. Hach demonstrirt einen wegen multipler Fibrombildung per vaginam exstirpirten Uterus.

Pat. 41 Jahr alt, litt seit vielen Jahren an Metrorrhagien und war bereits einmal mit einigem Erfolg mit subcut. Ergotininjectionen behandelt worden, als sie im Jahre 1882 in Behandlung des Vortr. trat; Abrasio, Entfernung eines wallnussgrossen Fibroids. Nach längerem Aufenthalt in Görbersdorf wegen Spitzenkatarrhs im Juli 1886 wiederum Abrasio und Entfernung eines vom Fundus ausgehenden wallnussgrossen Fibroids. Im October 1886 heirathet Pat., Menses regelmässig und nicht stark. Im October 1888 von Dr. Stryk ein Fibrom entfernt. Im Frühjahr 1890 neue Blutungen, im Juli Abrasio und Amputation der hypertrophischen vorderen Lippe. Nun Ruhe bis zum April 1891; von da an fast ununterbrochene Blutungen bis zum November wo folgender Befund: Pat. äusserst anämisch, links wahrscheinlich marantische Radialisthrombose. Uterus von der Grösse eines im 2. Monat graviden, die vordere vor einem Jahr amputirte Lippe kinderfaustgross; im Cavum uteri ein Fibrom.

Vaginale Totalexstirpation, erschwert durch Enge der Scheide bei vergrössertem Uterus.

Collaps nach der Operation, Kochsalzinfusion ins Rectum. Bis auf grosse Schwäche anfangs zufriedenstellender Verlauf; am 10. Tage 38,3. Bald darauf Parametritis, marantische Thrombose erst des linken, dann des rechten Beins. Am 19. Januar entleert sich per vaginam ein grosser Tampon, der im Douglas seit der Operation gelegen, danach Aufhören der allabendlichen Temperaturerhöhungen.

Entlassen, erholt Pat. sich auf dem Lande.

1179. Sitzung am 1. April 1892.

Anwesend 42 ordentl. Mitglieder und 11 Gäste.

1. Präses widmet dem jüngst verstorbenen correspondierenden Mitgliede der Gesellschaft. Dr. Seeck warme Worte des Nachrufs. Die Gesellschaft ehrt das Andenken des Verstorbenen durch Erheben von den Sitzen.

2. Dr. Hach berichtet über 10 in den letzten zwei Jahren von ihm ausgeführte Totalexstirpationen des Uterus per vaginam. 7 Fälle wurden wegen Carcinoma port. vagin. operirt; 1 Fall wegen hochgradiger glandulärer Endometritis mit heftigen Menorrhagien, die jeder Behandlung trotzten; 1 Fall wegen totalen Prolapses (mit Resection der Vagina nach Asch), 1 Fall wegen multipler Fibrombildung. Sämmtliche Pat. (im Alter von 40—71 Jahren) genesen.

In 2 Fällen wurde die Blase verletzt; einer derselben wurde durch einige Nähte geheilt; im 2. Falle (Carcinom, welches anfangs als inoperabel zurückgewiesen worden) folgte der Uterus fast garnicht beim Herabziehen; obgleich die Trennungsschicht zwischen Blase und Uterus gleich gefunden wurde, fand eine Blasenverletzung statt, welche sich später als ein durch die ganze hintere Wand der Blase gehender Riss erwies. Bevor die Absicht, eine Colpocleisis auszuführen, realisirt worden, wurde mikroskopisch Carcinom, der Blasen-schleimhaut nachgewiesen und Pat. mit einem Harnrecipienten entlassen.

Zu den Operationen ist nur physiologische Kochsalzlösung gebraucht worden; die Instrumente werden in Sodälösung gekocht. Die benutzte Seide ist in absolutem Alkohol aufbewahrt und in Sublimatwasser 1:1000 aufgeköcht worden; Juniperuscatgut. Die Peritonealöffnung wurde nicht genäht, sondern mit 10 pCt. Jodoformmull tamponirt.

Votr. spricht sich gegen Hofmeyer-Winter für die Totalexstirpation selbst bei beginnendem Carcinom aus. Wenn auch ein Theil der von Schauta als carcinomatöse Metastasen gedeuteten Veränderungen im Corpus uteri als nicht carcinomatös nach Hofmeyer aufzufassen sind, so fand auch Votr. in einem Theil seiner wegen Portiocarcinom exstirpirten Uteri nachträglich auch Carcinom des Corpus.

Wenn auch die supravaginale Amputation eine bessere Mortalitätsziffer aufweise, als die Totalexstirpation (6,5 pCt. gegen 8,4 pCt.), so ist das allendliche Resultat letzterer doch um so viel besser; nach Ablauf von 5 Jahren waren nach Fritsch 36 pCt. recidivfrei, während erstere Methode (Schröder-Hofmeyer) nur 26 pCt. ergab. Daher will Redn. die Totalexstirpation bei Carcinom der Portio vag. als Regel aufgestellt und möglichst zeitig ausgeführt sehen. Nur bei ganz

jungen Frauen mit eben beginnender Erkrankung halte er ausnahmsweise die supravaginale Exstirpation für zulässig, um die Möglichkeit gewünschter Conception nicht zu nehmen.

Zum Schluss warnt Redn. eindringlich davor, Menorrhagien, Metrorrhagien und sog. Fluor albus nicht persönlich zu untersuchen; nur sorgfältige ärztliche Exploration aller dieser Fälle ermöglicht die frühzeitige Diagnose, von der die Chancen der Operation und damit auch die des Lebens der Kranken abhängt.

In der Discussion schliesst sich Dr. Radecki aus eigener Erfahrung und nach Angaben aus der Litteratur der Ansicht Dr. Hachs voll an, dass viele Frauen nur deshalb an Uteruscarcinom zu Grunde gehen, weil die Diagnose nicht rechtzeitig gestellt worden. Blutungen, u. s. w. werden oft so lange vernachlässigt, bis die schliesslich vorgenommene Untersuchung bereits ein Resultat ergibt, welches keine günstigen Chancen für die Operation mehr bietet. (Belegt wird dieses durch die Statistik von Winter). — Die Technik der Operation betreffend, macht Dr. R. darauf aufmerksam, dass hervorragende Kliniker im Gegensatz zu dem von Dr. Hach geübten Verfahren die Operationswunde nähen, Martin und Ohlshausen haben beim Offenlassen der Wunde Incarceration des Darms erlebt.

Von Dr. Miram dazu veranlasst, äussert Dr. Hach, er sehe nur in knotigen Verdickungen der Parametrien und mehr als vereinzelt Knoten im kleinen Becken eine Contraindication für die Totalexstirpation eines carcinomatösen Uterus; leichte Verdickungen in den Parametrien, einzelne knollige Gebilde im kl. Becken stellen den Erfolg der Operation noch nicht in Frage, ebenso wie Anschwellung der Inguinaldrüsen, die durchaus nicht immer carcinomatös entartet seien.

Aber selbst wenn ein Recidiv den Tod der Kranken herbeiführt, so seien die Leiden sehr viel geringer, wenn der Uterus exstirpirt, weil dann Blutungen und Kreuzschmerzen ganz oder fast ganz fehlen. In Kürze referirt Dr. Hach eine in diesem Sinne besonders prägnante Krankengeschichte.

Die Operationstechnik betreffend, ist Redn. bei der älteren Methode des Offenlassens der Wunde schon deshalb geblieben, weil er eine geringe Drainage nicht missen wolle.

Auch Dr. Stryk sah den Tod an Recidiv nach Exstirpation

des carcinomatösen Uterus unter Erscheinungen eintreten, die ihn davon überzeugten, dass die endlichen Leiden nicht Operirter sehr viel grösser sind, als die der Operirten; er will deshalb jeden carcinomatösen Uterus entfernen, so lange man dies überhaupt noch ausführen kann.

Dr. Berg führt hingegen an, dass unter den 6 von ihm in dieser Art operirten sich eine Frau im 26. Lebensjahre befand, die ein Jahr nach der Operation ein Recidiv in der Narbe aufwies und unter ganz unsäglichen Qualen zu Grunde ging. — Die Technik der Operation betreffend, führt Dr. Berg aus, dass das Nähen der Wunde allerdings das Idealere sei; für praktischer halte er aber das Offenlassen derselben und Tamponade, da die Schwierigkeit der Verhältnisse es nicht gestattet, die Naht so exact anzulegen, wie es erforderlich ist um Sepsis absolut sicher auszuschliessen.

Dr. Klemm erinnert schliesslich an die Analogie, welche die besprochene Operation mit der des Mastdarmcarcinoms habe: in letzteren Fällen habe man die Erfahrung gemacht, dass das Unterlassen der Naht günstiger sei, weil sie nicht so exact gemacht werden kann, dass Secretstagnation sicher vermieden ist.

3. Dr. Voss stellt eine Reihe von ihm operirter Patienten vor:

1) Zwei Pat. mit künstlich offen erhaltener breiter Fistel am Processus mastoideus (wegen Cholesteatom angelegt);

2) einen mit Auslösung der Ohrmuschel operirten Fall von Cholesteatombildung;

3) eine Patientin, der wegen Caries des Felsenbeins nach Scharlach ein grösserer Sequester (vielleicht einen Theil der Schnecke enthaltend) entfernt wurde;

4) eine von einer Sinusthrombose glücklich geheilte Patientin, operirt bei bereits bestehender Pyaemie und Metastasen in Lunge, Nieren und Gelenken.

Wegen vorgerückter Zeit wird der Vortrag von Dr. Voss auf die nächste Sitzung verschoben.

1180. Sitzung am 15. April 1892.

Anwesend 47 ordentl. Mitglieder und 14 Gäste.

1. Dr. Mandelstamm demonstrirt einen Patienten, der an Iridodialysis leidet.

2. Dr. A. Bergmann demonstrirt einen Pat., dem er vor einiger Zeit mittelst Sectio alta einen enormen Blasenstein entfernte (cf. Prot. der 1174. Sitzung). Die Technik der Operation anbetreffend, berichtet Redner auf Dr. Bergs Anfrage, dass er die Wunde bis in den unteren Winkel genäht habe, dort aber wegen gequetschter Wundränder ein Drain einführte. Die Nähte hielten allerdings nicht lange; als sie sich lösten, war jedoch Granulationsbildung da und Harninfiltration trat nicht ein.

3. Dr. Voss hält seinen angekündigten Vortrag:

«Ueber chirurgische Eingriffe bei Ohrenkrankheiten».

An der Hand sehr instructiver Tafeln recapitulirt Votr. die Anatomie und Topographie des Mittelohrs und seiner Umgebung, bespricht die Reihe der acuten und chronischen Mittelohrerkrankungen mit ihren eventuellen Consecutiverscheinungen sowie die hierbei in Betracht kommenden Operationen nebst deren Indication und Technik. Votr. berichtet schliesslich eingehend über einen von ihm mit glücklichem Erfolge operirten Fall von Sinusthrombose, welchen er auf der vorigen Sitzung der Gesellschaft vorstellte. Der Fall gelangt demnächst in extenso zur Veröffentlichung.

Dr. Bergmann macht, in Anknüpfung daran, dass Dr. Voss unter den Symptomen der Osteomyelitis in der Umgebung des Ohres hohes Fieber genannt, darauf aufmerksam, dass auch am Schädel eine Art der Osteomyelitis beobachtet werde, die als schleichender destructiver Process ohne Fieber verläuft; um die Perfidie dieser Fälle noch zu erhöhen, findet sich dabei in der Regel keine scharfe Abgrenzung, was wohl dazu Veranlassung geben kann, in solchen Fällen besonders ausgiebig zu operiren. Dr. Bergmann fragt ferner an, ob schon ein Fall bekannt sei von operativ geheilter Sinusthrombose, wenn, wie bei Dr. Voss Patientin, der Eingriff bei bereits bestehenden Metastasen in Gelenken vorgenommen werde?

Dr. Voss kennt auch die vom Vorredner beschriebene Form der Osteomyelitis; er hat nicht so verstanden werden wollen, als sei hohes Fieber ein ausnahmsloses Symptom derselben. Ueber operativ geheilte Sinusthrombosen finden sich mehrfach Berichte in der Litteratur; ob ein Fall mit bereits bestehenden Gelenkmetastasen geheilt worden, sei ihm bis dato nicht bekannt.

Dr. K r a n n h a l s: die verschiedene Prognose für das Ausheilen von Metastasen müsse doch wohl auch abhängig sein von der Eigenschaft der Eitererreger, die der Ausgangsherd beherbergt. Seines Wissens habe man im Mittelohr die ganze Serie der besonderen Eitererreger, aber auch den Pneumonie-coccus u. a. gefunden. Nun scheine es ihm einleuchtend, dass ein besonders maligner Eitererreger, wie z. B. der pyogenes albus, auch maligne Metastasen hervorrufen wird, während z. B. ein durch Embolie von Pneumoniecoccen in der Lunge gesetzter Herd doch wohl als leicht heilungsfähig angesehen werden müsse. Auch in metastatisch entzündeten Gelenken sei der Pneumoniecoccus gefunden worden, und verlief dieser Process dann auch relativ gutartig. Von dem Gesichtspunkte aus, dass der Grad der Bösartigkeit von Metastasen sich von vornherein garnicht bestimmen lasse, befürwortet Dr. Krannhals auch die Operation einer Sinusthrombose selbst bei bestehenden Metastasen, statt die Fälle ihrem sonst sicher letalen Verlauf zu überlassen.

4. Dr. Weinberg verliest seinen angekündigten Vortrag:
«Ueber die Möglichkeit günstigen Verlaufs des Carcinoma ventriculi».

Votr. beobachtete eine 76 jährige Frau, welche, seit einem halben Jahre krank, die allgemeinen Erscheinungen vorgeschrittener Krebskachexie und in der Magengegend einen scharf abgrenzbaren höckrigen Tumor darbot; Kaffeesatzähnliche Massen werden erbrochen, Schmerzen in der Magengegend. Nach achtmonatlicher Behandlung mit Sol. arsen. Fowl. sind die allgemeinen Krankheitserscheinungen und der Tumor geschwunden und ist die Genesung eine dauernde, wie weitere $\frac{3}{4}$ jährige Beobachtung lehrt. Wenn Votr. auch zugiebt, dass das Magencarcinom nicht absolut sicher nachgewiesen ist, so spreche doch die höchste Wahrscheinlichkeit für die

Richtigkeit der Diagnose. Unter Hinweis auf die eminente Seltenheit des günstigen Verlaufs solcher Fälle, wofür sich in der Litteratur nur spärliche Belege finden, giebt Votr. die Theorie der Heilung des Magencarcinoms nach Dittrich, Perls und Niemeyer und erklärt schliesslich die Anwendung des Arsens hier deshalb für indicirt, weil es die Fähigkeit besitze, fettige Degeneration hervorzurufen, zu welcher Metamorphose nach Perls dem Carcinom in jedem Falle disposition innewohnt.

Dr. Hampeln bestätigt die grosse Seltenheit solcher Fälle, da er im Laufe langer Jahre auch im allgemeinen Krankenhause nicht einen ähnlichen Fall gesehen.

Skeptisch werde man ja solchen Fällen stets gegenüberstehen, wie es auch Dr. Weinberg gethan, weil die Existenz eines Carcinoms nicht absolut sicher erwiesen ist. Die anscheinend charakteristische Kachexie, Erbrechen kaffeesatz-ähnlicher Massen und die andern Erscheinungen kommen schliesslich in seltenen Ausnahmefällen auch bei anderen Erkrankungen vor. Selbst wenn die Abwesenheit von Salzsäure im Magensaft nachgewiesen worden wäre, was nicht geschehen, hätte auch dies nicht die Diagnose absolut sicher gestellt während ein positiver Salzsäurebefund gegen Krebs verwerthbar gewesen wäre. Es sei wiederholt aus dem Umstande, dass ein Tumor mit der Zeit verschwand, der Schluss gezogen worden, dass die Diagnose Magenkrebs falsch war; immerhin könne als möglich angesehen werden, dass grade letztere Annahme den Irrthum darstellt. Auffallend ist Dr. Hampeln ferner das relativ rasche Schwinden des Tumors.

Nachdem Dr. Weinberg nochmals für seine Diagnose eingetreten und auch dessen erwähnt, dass Patient bis jetzt Lymphdrüsenanschwellung in der Inguinal- und Jugulargegend aufweise, was vielleicht ein Recidiv fürchten lasse — was Dr. Hampeln hingegen nicht zugeben kann — berichtet Dr. Deubner über einen Patienten mit Magencarcinom im Endstadium, dessen Tumor plötzlich verschwand und bei wiederholter Untersuchung bis zum Tode nicht wieder palpirt werden konnte. Erst bei der Section konnte man sich davon überzeugen, dass der Tumor persistirte und hinter dem Rippenbogen lag.

Dr. Rulle will in einem Falle von Magencarcinom unter

Behandlung mit Infusum Condurango allmähliche Abnahme des Tumors und Genesung beobachtet haben. Auch andre Erfahrungen veranlassen ihn an eine spezifische Contactwirkung des Condurangoinfus gegen Carcinom zu glauben.

1181. Sitzung am 6. Mai 1892.

Anwesend 46 ordentl. Mitglieder und 11 Gäste.

In Abwesenheit des Präses übernimmt als ältestes Mitglied unter den Anwesenden Dr. Petersenn das Präsidium.

1. In einigen warmen Worten gedenkt der Vorsitzende des herben Verlustes den die Gesellschaft durch den am 29. April erfolgten Tod ihres ordentlichen Mitgliedes, des Stadtarztes Dr. Friedrich Schultz, erlitten. Die Gesellschaft ehrt das Andenken des Verstorbenen durch Erheben von den Sitzen.

2. Dr. A. Bergmann demonstrirt einen jugendlichen Patienten, dem er am 1. April wegen Caries sicca ein Schultergelenk resecirte und der jetzt ein vorzügliches functionelles Resultat aufweist.

3. Dr. A. Bergmann demonstrirt ein Präparat, welches er bei der Resection eines Coecumcarcinoms bei einem 60-jährigen Manne gewonnen. Darmnaht auf der vorderen Seite nach Czerny-Lambert, auf der hinteren nach Spencer-Wells. Die drei ersten Tage nach der Operation verliefen ungestört, am 4. Tage Beginn peritonitischer Erscheinungen, Tod am 6. Tage. Die Section ergab, dass trotz der Spencer-Wells'schen Naht an der hinteren Seite Gangraen des Darms eingetreten war. Redner hält wegen der Häufigkeit grade dieses Unglücksfalles die Frage für erwägenswerth, ob man nicht gut thue in jedem Falle von der Lumbalgegend her das Operationsgebiet zu eröffnen und dann provisorisch durch Tamponade zu schliessen, um sich für alle Fälle den Rückhalt einer ungefährliehen Kothfistel zu sichern.

Dr. Wolfram macht auf eine Methode aufmerksam, die er Prof. Mikulicz namentlich bei Pylorusresection hat üben sehen: M. hüllte die operirte Stelle völlig in Jodoformgaze ein,

und entfernte letztere erst nach 7—8 Tagen. Etwaige Gangraen der Nahtstelle lässt sich so entdecken und unschädlich machen, bevor sie deletär gewirkt.

Dr. Klemm dagegen berichtet, dass Mikulicz von seiner Methode die Bauchhöhle zu tamponiren, bereits abgekommen ist, weil sie ihn nicht vor Peritonitis geschützt hat. Beachtenswerther scheinere der von französischer Seite erfolgte Vorschlag, das Operationsgebiet mehrere Tage lang ausserhalb der Bauchhöhle zu belassen.

4. Dr. Mercklin kündigt für die nächste Sitzung einen Vortrag über den gegenwärtigen Stand der Forschungen über die Paranoia an und demonstirt als Einleitung einen 54jährigen Patienten, der seit 18 Jahren an Paranoia leidet. Ausgebildetes Wahnsystem, Verfolgungs- und Grössenvorstellungen. Es ist kein Verfall der Intelligenz zu bemerken. Von den einzelnen Krankheitselementen werden auch die Erinnerungsfälschungen hervorgehoben.

5. Dr. Dahlfeldt hält seinen angekündigten Vortrag:

«Ueber die operative Behandlung hochgradiger Myopie».

Votr. berichtet über die günstigen Resultate, welche Fuka la und Schröder durch Discision der ungetrübten Linse jugendlicher Individuen mit hochgradiger Myopie erzielt haben. Wenn er die Operation auch nicht für absolut gefahrlos ansehen könne, so halte er sie dennoch für berechtigt, da dieselbe das einzige Mittel sei, den bedauernswerthen Individuen mit hochgradiger Myopie zu helfen. Zum Beleg seiner Ausführungen stellt Votr. einen mit Erfolg operirten Fall vor. Derselbe wird anderweitig publicirt werden.

Zum Schluss macht Dr. Wolfram den Collegen die Mittheilung, dass er eine Privatklinik eröffnet habe und empfiehlt sie geneigter Berücksichtigung.

1182. Sitzung am 20. Mai 1892.

Anwesend 46 ordentliche Mitglieder und 11 Gäste.

1. Dr. Hampeln demonstriert einige fibrinöse Beläge aus den Bronchien 2. und 3. Ordnung, welche eine Herzfehlerkranke, die wegen Hydrops der Pleura punktiert worden war, expectorirt hatte. Nach der Punction stellte sich seröse Expectoration ein, die ausnahmsweise nicht zum Tode führte. Hierauf und auch wohl im Zusammenhange hiermit bildeten sich die fibrinösen Beläge durch Reizung der Bronchialschleimhaut.

2. Dr. Mercklin stellt eine 49jährige Frau vor, die an «depressivem Wahnsinn» mit zahlreichen Gehörshallucinationen leidet und erörtert an der Hand dieses Krankheitsfalles die klinischen Unterschiede zwischen den Krankheitsformen «Wahnsinn» und «Paranoia».

3. Dr. Mercklin verliest seinen angekündigten Vortrag:

Zur Abgrenzung der Krankheitsform Paranoia.

Redner betont gegenüber den zwei monographischen Darstellungen der Paranoia, welche das Jahr 1891 brachte (Magnan-Möbius, Werner) die Thatsache, dass die Forschungen über diese Krankheitsform, welche Snell 1865 als erster klar definirte, noch nicht den Charakter des Abschlusses gewonnen haben. Vergleiche man den gegenwärtigen Standpunkt der Lehre von der Paranoia mit demjenigen Westphals vom Jahre 1876 so müsse man die von der Mehrzahl der Autoren vollzogene Ausscheidung der sogenannten «acuten Paranoia» aus der Gruppe der Paranoia und ihre Beschreibung als eine besondere Krankheitsform «Wahnsinn», als einen entschiedenen Fortschritt bezeichnen. Auch sonst seien im Einzelnen manche Behauptungen geprüft und in anderer Weise formulirt worden. Die pathologische Anatomie der Paranoia sei noch völlig unklar. Das Wesen des psychologischen Grundprocesses, der das Wahnsystem erzeugte sei hypothetisch und werden die hierauf bezüglichen Anschauungen Meynert's, Hagen's u. a. kurz besprochen. Die Mehrzahl der Fälle von Paranoia seien von Hallucinationen und Sensationen begleitet, die jedoch durchaus nicht mit der Krankheit verbunden sein müssten,

wie der «Querulantenwahn» beweise. In der Regel führe die Paranoia nicht zu einem stärkeren Verfall der Intelligenz; sie könne aber bei schon früher Schwachsinnigen vorkommen und in einzelnen Fällen zu einem progressiven Verfall der psychischen Fähigkeiten führen. Ob zur Entstehung von Wahnideen, wie es scheine, ein gewisser Mangel der kritischen Fähigkeiten nothwendig wäre, sei unbekannt. Die Frage «der psychischen Schwäche» bei der Paranoia werde endgiltig nur durch psycho-physische Messungen entschieden werden können. Buccola habe Reactionsbestimmungen bei Paranoikern ausgeführt und das Maximum der Reactionszeit bedeutend geringer gefunden als bei geistig rüstigen Individuen. Die Paranoia sei eine Krankheit des erwachsenen Alters. Im Kindesalter habe sie Vortragender nie gesehen, wenngleich es entschieden Fälle gebe deren Entwicklung in das Pubertätsalter zurückreiche. (Originäre Verrücktheit nach Sander). Was das Verhalten der Paranoia zu vorhergehenden Neurosen betreffe so sei eine Entwicklung derselben aus Neurasthenie und Hysterie unzweifelhaft zu beobachten, häufiger jedoch entstände sie ohne vorausgehende Neurose. Der Begriff der Hypochondrie habe sich mehr und mehr in den weiteren der Neurasthenie aufgelöst. Die sogenannten Hypochonder seien entweder Neurastheniker oder Paranoiker mit besonders hervortretenden hypochondrischen Wahnvorstellungen. Alle Versuche die Paranoia in einzelne Specialformen zu sondern hatten etwas unbefriedigendes. Möge man die Bezeichnung nach dem Inhalte der Wahnvorstellungen (Kraft-Ebing) oder nach dem Fehlen oder nach dem Vorhandensein der Hallucinationen (Mendel, Werner) oder nach dem mehr depressiven oder expansiven Gesamthabitus und der Präponderanz des hallucinatorischen oder des combinatorischen Elementes, (Kraepelin) wählen, immer würden damit augenblickliche Zustände bezeichnet, die im weiteren Verlauf der Krankheit in einander übergehen könnten. Das fortgesetzte Studium des Gesamtverlaufes der Paranoia könnte möglicherweise zur Aufstellung von Unterformen führen. Die Anschauung von Magnan, die Paranoia verlaufe bei bisher Gesunden und bei Degenerirten ganz verschieden, sei der Nachprüfung werth. Es lasse sich aber so viel schon jetzt sagen, dass die Paranoia bei früher Gesunden sich durchaus nicht immer in ihrem Verlaufe an

die 4 typischen Stadien halte, die Magnan ihr vorzeichne und ferner, dass auch bei Degenerirten Fälle von Paranoia mit typischer Systembildung vorkämen. Snell habe schon gezeigt, dass bei der Paranoia ein acuter Beginn vorkommen könne, auch gäbe es acutere Stadien der Krankheit, zuweilen einen Verlauf in Schüben, aber der von Westphal eingeführte Begriff der «acuten Paranoia» mit häufigem Ausgang in Heilung habe sich nicht bewährt. Gebe es eine «acute Paranoia» so müsste man erwarten, dass die ungeheilten Fälle einfach in die chronische Form mit systematisirter Wahnbildung übergingen; dasselbe sei aber bis heute nur behauptet worden, nicht durch überzeugende Krankengeschichten nachgewiesen. Richtiger würde man jene Krankheitsfälle als eine besondere Gruppe «Wahnsinn» beschreiben (Meynert, Kraepelin u. a.). Von der Paranoia unterscheiden sich diese Krankheitsfälle durch die mangelnde Systematisirung der Wahnideen, die engere Verknüpfung derselben mit lebhaften Affecten und durch eine gewisse Benommenheit. Krankheitseinsicht stelle sich ein, sobald die Kranken besser wurden. Trete die häufig vorkommende Heilung nicht ein, so bildeten sich chron. Zustände heraus, die von der Paranoia immer noch deutlich geschieden werden könnten. Scheide man also diese Wahnsinnsfälle als besondere Gruppe aus, so bleibe der Begriff der Paranoia schärf abgegrenzt: eine sich meist langsam entwickelnde, durchaus zu chronischem Verlauf neigende Geistesstörung deren Hauptmerkmal die auf der Grundlage von Missdeutungen, Sensationen und Hallucinationen eintretende, zur Systematisirung übergehende Wahnbildung sei, bei ungetrübtem Bewusstseinszustande und mangelnder Krankheitseinsicht.

Dr. Tiling:

Die Lehre von der Paranoia umfasse gegenwärtig den wichtigsten und meist bearbeiteten Theil des Psychiatrie; die Literatur über diese Krankheitsform sei sehr gross und eine orientirende kritische Arbeit über dieses Thema wie sie Vortragender gebracht, sei äusserst dankenswerth wenngleich sehr schwierig. Gerade bei dieser Form der Geisteskrankheit vermisse man am meisten fertige abgeschlossene Arbeiten über die normale Psychologie, was ja Vortragender hervorhob, indem er das tiefere Eindringen in das Wesen der Paranoia

von erfolgreicher Forschung in der Psycho-Physik abhängig machte. Um nur ein Beispiel anzuführen sei die Frage, ob die entwickelte Paranoia einen gewissen Grad von Schwachsinn zur Voraussetzung haben müsse, streitig und schwierig zu entscheiden. Die gänzliche Kritiklosigkeit den eigenen so absurden Wahnideen gegenüber und die oberflächlichen unlogischen Conclusionen sprächen dafür, anderseits aber zeigen sich Gedächtniss und Ueberlegung auf anderen Gebieten, die den Wahn nicht berühren fast intact, so dass sich die Ansicht vertreten lasse, es liege hier nicht Schwachsinn im engeren Sinne vor. Der Begriff des Schwachsinnes, der Demenz entspräche auf motorischem Gebiete der Parese. Da man aber auch andere motorische Störungen kenne, welche die Function, als Parese, herabsetzen, so müsse man auch das Versagen des logischen Apparates auf etwas Anderes als eine reine Lähmung zurückführen können. Deute man z. B. den systematisirten Wahn als Krampferscheinung oder Incoordination so sei es nach Analogie der motorischen Vorgänge klar, dass der Paranoia ein anderer Vorgang, andere Symptome, vielleicht auch ein anderer anatomischer Process zu Grunde liege als bei einer reinen Demenz.

z. Z. Secretär: Heerwagen.