

68,452.



# Mittheilungen

aus der

**Gesellschaft praktischer Aerzte**

zu Riga.

1897/98.



St. Petersburg,  
Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. № 15.  
1898.

# Mittheilungen

aus der

**Gesellschaft praktischer Aerzte**

zu Riga.

1897/98.



St. Petersburg,  
Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. № 15.  
1898.

Дозволено цензурою Спб., 7 Января 1899 г.

Тшпографія А. Винеке, Екатерингофскій просп., № 15.

Ent.



4735

## Sitzung am 27. August 1897.

1. Dr. P. Klemm demonstirt diverse fixe Verbände aus Celluloid, die vor Gypsverbänden den Vorzug grösserer Leichtigkeit, vor Lederapparaten die der besseren Adaptation an die Körperform haben und sich daher für die Behandlung der Spondylitis, Coxitis etc. vortrefflich eignen.

2. Dr. Tief (a. G.) stellt 4 Fälle vor, die er als Aneurysmen der Aorta abdominalis ansprechen zu müssen glaubt.

3. Dr. A. v. Bergmann verliest den angekündigten Vortrag: Beiträge zur Larynxchirurgie (erscheint im Druck).

### Discussion

Dr. P. Klemm begrüsst den Vortrag als einen werthvollen Beitrag zu der noch immer vielumstrittenen Frage der Zulässigkeit der Totalexstirpation des Larynx. Der schwierigste Punkt in der Carcinomlehre sei doch immer die Diagnose, ganz besonders bei den Carcinomen der inneren Organe u. sei im Interesse der frühzeitigen Erkennung des Uebels die probatorische Incision vollkommen gerechtfertigt, sogar eine Erweiterung ihres Gebietes wünschenswerth und sei die Frage aufzuwerfen, ob nicht auch, wenn bei Verdacht auf Larynxcarcinom die Diagnose durch den Spiegel bezw. durch mikroskopische Untersuchung eines endolaryngeal excidirten Stückchens nicht mit Sicherheit zu stellen sei, der probatorischen Laryngofissur ein weiteres Gebiet einzuräumen sei.

Dr. v. Bergmann: Dieselbe wäre s. E. nur dann statthaft, wenn sich die Diagnose bereits auf «Carcinom» zugespitzt habe und der nöthige Eingriff sich sofort an die Autopsie anschliessen könne; ferner wenn Tuberkulose mit Sicherheit auszuschliessen sei, da bei dieser doch durch den Eingriff als solchen erhebliche Schädigung des Allgemeinbefindens herbeigeführt würde.

Dr. H. S c h w a r t z bemerkt zur sogen. Stückchendiagnose, dieselbe gewinne bedeutend an Werth, wenn der Untersucher genau über die Lage des excidirten Stückchens orientirt sei. An Spirituspräparaten, wie sie meist zur Untersuchung kommen, sei ihre natürliche Oberfläche von den Schnittflächen oft nicht mit Sicherheit zu unterscheiden und es könnten Flächenschnitte durch das Epithel leicht ein Carcinom vortäuschen, wo keins vorhanden sei.

Dr. V o s s: Die Heilbarkeit des Larynxcarcinoms sei wohl als erwiesen anzusehen und der Arzt somit berechtigt, zur Operation zu rathen. Wie steht es aber mit dem Pharynxcarcinom in dieser Beziehung Angesichts der schlechten Prognose derselben? Die bisherigen schlechten Resultate liessen wohl Zweifel an der Berechtigung auf Operation hegen.

Dr. v. B e r g m a n n: Die Entscheidung dieser Frage sei in der That schwierig, namentlich da die Diagnose wegen der relativ geringen Beschwerden der Pat. hier meist später gestellt würde. Mit Vergrößerung des Carcinoms wachsen aber die technischen Schwierigkeiten seiner Entfernung ungeheuer an. K r ö n l e i n entscheide sich für die Operation nach seiner Methode, die er für leichter erkläre, weil er nicht tracheotomire. Er sei der Ansicht, dass der Versuch, als die einzig mögliche Radicalbehandlung, doch immerhin zu machen sei. Ob nicht möglicherweise die Lebensdauer ohne Operation länger sei, wage er nicht zu entscheiden.

Dr. V o s s erwähnt, er habe in 2 Fällen von Tonsillarkrebsen im Hinblick darauf nicht gewagt, zur Operation zu rathen.

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

### Sitzung am 1. October 1897.

Dr. H a m p e l n: Anmerkungen zur Diagnose des Diabetes melitus.

Anknüpfend an die Erfahrung, dass Fälle vorkommen, in denen schon längere Zeit mehr oder weniger hochgradige Glykosurie bestand, ohne dass eigentlich die Beschwerden wegen deren die Pat. den Arzt aufsuchen, den Verdacht auf diese Erkrankung zu lenken genügend sind, und in denen die Fest-

stellung der Diagnose oft nur einer gelegentlichen Untersuchung des Harns auf Zucker zu verdanken ist, erwähnt Votr. kurz die Krankheitsbilder, hinter welchen gelegentlich eine solche «latente» Glykosurie sich verbergen kann. Die als klassische Symptome des D. m. genannten, Polydipsie und Polyurie, treten häufig in den Klagen der Pat. nicht in den Vordergrund und gelinge ihre Ernirung oft nur einem äusserst sorgfältigen Krankenexamen. Im Hinblick darauf betont Votr. die Nothwendigkeit, besonders in der Spitalspraxis in jedem einzelnen Falle principiell den Harn auf Zucker zu untersuchen, da bei einem grösseren Hospital, dessen jährliche Krankenbewegung mehrere 1000 betrage, bei Häufigkeit des D. m. von ca. 1‰ in der Morbiditätsstatistik doch mit Wahrscheinlichkeit einige Fälle im Jahr zu erwarten seien. Hierauf geht Votr. auf die Besprechung der Untersuchung selbst über und betont die Nothwendigkeit der Verdünnung des Reagens und event. des Harns bei der Fehling'schen Probe. Als feinste und sicherste Probe bezeichnet Votr. die Gährungsprobe, welche angesichts des in den letzten Jahren festgestellten Vorkommens der Pentose im Harn, welche mit der Dextrose die Reactionen sowohl als auch das optische Verhalten theile, aber nicht gährungsfähig sei, noch an Bedeutung gewinne.

Dr. Krannhals: Als Ergänzung, theils auch als Bestätigung der interessanten Mittheilungen Dr. Hampel's möchte auch er seine Erfahrungen über ein derartiges «latentes» Vorkommen des Diabetes melitus, sowie über die Krankheitsbilder, unter welchen er sich verbergen resp. die als seine Vorläufer angesehen werden könnten, hier anführen. Hier seien nach den Geschlechtern und Gruppen zu unterscheiden: Uebergehen von langandauernder Uraturie in Diab. m. habe er mehrfach, jedoch nur bei Frauen beobachtet. Bei Männern fordern allgemeine Schwäche, der Neurasthenie ähnliche Zustände, auffallende Abmagerung ohne sonstige Symptome zur Untersuchung des Harns auf Zucker auf. Beiden Geschlechtern gemeinsame Zustände, bei denen gelegentlich Glykosurie als die verborgene Krankheitsursache ermittelt werde, seien Fettleibigkeit, Neuralgien, besonders Fieber, sehr häufig Pruritus vulvae, Furunculose, auch zuweilen bei Kindern hartnäckige Enuresis nocturna.

Die Untersuchungsmethode anlangend, halte auch er die Gährungsprobe für die einzige absolut zuverlässige, nament-

lich für die Unterscheidung von der Pentosurie; in praxi dürften wohl die Proben von Fehling und Nylander, namentlich mit Verdünnung des Harns genügen. Bezüglich der Gährungsprobe sei noch zu erwähnen, dass sie absolut beweisend erst sei, wenn durch das leider sehr mühsame und zeitraubende Auswaschen der Hefe die Anwesenheit vergärbaren Materials in derselben ausgeschlossen sei. Zum Schluss sei noch auf das relativ häufige Vorkommen des D. m. bei Ehepaaren aufmerksam zu machen, er selbst verfüge über 2 derartige Beobachtungen sowie auf die gelegentliche Combination des D. m. mit Schrumpfnieren.

Dr. H. Schwartz: Das Auswaschen der Hefe liesse sich in praxi wohl bis auf ganz vereinzelte Fälle umgehen, wenn man stets neben der betr. Probe ein mit sicher zuckerfreiem Harn und Hefe beschicktes Controlröhrchen aufstellte. Sollte sich in beiden Röhrchen  $\text{CO}^2$  entwickeln, so würde ein größeres Volum des Gases in der Probe gegenüber dem Controlröhrchen doch a priori für Anwesenheit von Zucker sprechen und nur in Erwägung der Möglichkeit, dass die Differenz der Gasvolumina vielleicht einer ungleichen Vertheilung der vergärbaren Substanz in der Hefe zuzuschreiben sein könnte, eventuell die Auswaschung der Hefe vorzunehmen sein. Er möchte noch einen jüngst gesehenen Fall hier anführen, der allerdings nur insofern hierher gehöre, als er ein Gegenstück zu dem Mitgetheilten repräsentire. Bei einem 45-jährigen Mann, der ihn wegen häufigen, dabei aber beschwerlichen Harnlassens consultirte, führte das Krankenexamen fast mit Nothwendigkeit auf D. m. hin, der vom Patienten gelieferte Harn zeigte die charakteristische Blässe, und grünlichspielende Färbung, die wiederholt vorgenommene Untersuchung ergab jedoch ganz niedriges spec. Gewicht und keinen Zucker.

Dr. Deubner: In seiner Abtheilung des Krankenhauses werde seit mehreren Jahren ebenfalls jeder Harn auf Zucker untersucht, doch seien ihm Fälle von zufälligem Zuckerbefund bei Phthise resp. Granularatrophie der Niere nicht vorgekommen. In einem, anscheinend in ruhiger Gesundheit plötzlich comatös erkrankten Falle stellte die Untersuchung fest, dass es sich um Coma diabeticum handle.

Dr. O. Klemm: Rein alimentive Glykosurie sei wohl so selten, dass man damit rechnend empfehlen dürfte, zur Con-

statirung einer geringen Glycosurie resp. einer Glykosämie den Morgenharn nach reichlicher Kohlehydratmahlzeit Abends vorher zu untersuchen.

Dr. Dahlfeld: weist als Ergänzung zu der von Dr. Hampeln betonten Frage nach der Polydipsie darauf hin, dass es unter Umständen auch rathsam sein könnte, sich nach dem täglich consumirten Zuckerquantum zu erkundigen. Er habe kürzlich einen Fall erlebt, in welchem eine längere Zeit bestehende Glykosurie schliesslich in dem gewohnheitsmässigen Genuss von 7--8 Esslöffeln Zucker täglich ihre Erklärung fand und mit Sistirung dieser Gewohnheit prompt verschwand.

Dr. Böhlendorff fragt Dr. Hampeln, ob er bei seinen Diabetikern jemals Spontanfracturen beobachtet habe?

Dr. Hampeln: Ihm seien solche Fälle nicht vorgekommen. Der von Dr. Schwartz angeführte Fall sei wohl als Diabetes insipidus zu betrachten, wie er gelegentlich zur Beobachtung käme.

Zur Frage des D. m. bei Ehepaaren bemerkt er, dass derselbe sich einerseits durch bei beiden Theilen in gleicher Weise einwirkende, in der Lebensweise, den hygienischen Verhältnissen etc. liegende Factoren erklären lasse, andererseits sei in solchen Fällen auch der Syphilis als mögliche Ursache zu gedenken. Das sei nicht so zu verstehen, als ob der D. m. hier, wie etwa sonst die Tabes dorsalis, gewissermassen eine Spätform der Syphilis darstelle — ein solcher Zusammenhang sei bisher wenigstens nicht constatirt, aber die Syphilis führe häufig zu interstitieller Hepatitis und diese scheine in der That in einem gewissen aetiologischen Zusammenhang mit D. m. zu stehen. Es kämen ja auch gelegentlich gleichzeitig verschiedene Erkrankungen bei Ehegatten vor, die in einer beiden Theilen gemeinsamen Syphilis ihre Ursache finden, so z. B. Tabes beim einen, Aortenaneurysma beim anderen Theil u. dergl.

Dr. Ed. Schwarz führt zum «latenten» D. m. einen Fall an, in welchem beim Vater zweier an D. m. gestorbener Kinder viele Jahre hindurch kein Zucker nachzuweisen war, bis später nach einem Kopftrauma unter Auftreten von Polyurie und Polydipsie der D. m. manifest wurde. Bei Polyneuritis sei stets der Harn auf Zucker zu untersuchen. Eigenthümlich sei, dass Polyneuritis sich oft bei Fällen mit sehr gerin-

gem Zuckergehalt finde. Auch ihm seien Fälle zur Beobachtung gekommen, die an einen Zusammenhang der Glykosurie mit Syphilis denken liessen.

Dr. Bernsdorff erwähnt ebenfalls eines Falles latenter Glykosurie seiner Beobachtung.

Dr. Hach berichtet, er habe im Gegensatz zu Dr. Hampeln relativ selten bei Pruritus vulvae Zucker im Harn gefunden. Der auf D. m. beruhende Pruritus habe seinen Sitz häufiger an der hinteren Commissur und zum Anus hin, während bei auf Catarrhe und Leukorrhoe zu beziehenden Fällen das Jucken mehr in der Tiefe, in der Vagina selbst, empfunden werde.

Dr. Mandelstamm I fragt Dr. Hampeln nach etwaigen Retinalerkrankungen seiner Diabetesfälle.

Dr. Hampeln: Solche habe er selten beobachtet, von den Augenerkrankungen stehe die Cataract im Vordergrund. Bei Pruritus vulvae habe er in seiner Praxis fast stets Glykosurie constatiren können. Freilich möge sich mit der grösseren Zahl der Fälle in einer specialistischen Praxis das Häufigkeitsverhältniss solcher Befunde ändern.

d. Z. Secretär. Dr. med. H. Schwartz.

---

## Sitzung am 22. October 1897.

1. Vor der Tagesordnung demonstriren:

a) Dr. Woloshinsky einen Fall von Pseudoleukämie (soll im Druck veröffentlicht werden).

b) Dr. Ed. Th. Schwartz einen Fall von Polioencephalitis infer. subacuta. Pat. 30 a n., verheirathet, erkrankte im October 1893 mit Fieber, Kopfschmerz, starkem Husten, wobei sie bettlägerig war. Nach ca. 1 Woche Heiserkeit, Erschwerung der Sprache, mehrfaches Erbrechen. Nach einem Krankenlager von mehreren Wochen allmähliche Rückkehr der Kräfte, jedoch bis jetzt noch immer Behinderung der Sprache, des Schluckens, ausserdem jetzt recht häufig Kopfschmerz, Schwindel, Uebelkeit, jedoch jetzt kein Erbrechen mehr. Linksseitige totale Kehlkopflähmung (Dr. Bergengrün). Weiter ergibt die Untersuchung: Leidlichen Kräftezustand; link-

seitige Zungenatrophie, mit fibrillären Zuckungen, Abweichen der Zungenspitze nach links beim Herausstrecken; linksseitige Gaumenlähmung; linksseitige Sensibilitätsverminderung an Larynx, Pharynx, und Mundschleimhaut; Herabsetzung der Geruchsempfindung links, ebenso des Geschmacks; tactile Hypaesthesiae der ganzen linken Körperhälfte. Temperatursinn erhalten, keine Lähmung der Extremitäten. Sprache etwas undeutlich, behindert. Keine Drüenschwellungen, am Körper einige weissliche Narben. Nach Ausschliessung langsam wachsender Hirntumoren. bezw. einer Entstehung des Leidens auf der Basis von Gefässerkrankungen (Apoplexie, Thrombose) oder Lues gelangt Ref. zur Diagnose «Polioencephalitis inferior», wofür die Entstehung auf der Basis einer infectiösen Erkrankung (vermuthlich Influenza) direct spreche und fasst den gegenwärtigen Zustand als eine Heilung mit Defectbildung auf, wobei er die linksseitigen Erscheinungen auf dem Gebiete der Sensibilität als accidentell und auf einer im Wesen der Pat. erkennbaren Hysterie beruhend aufasst.

c) Dr. Sengbusch (a. G.) Sciagramme eines Falles von Fractur des Cond. ext. femoris.

2. Dr. Ed. Schwarz hält den angekündigten Vortrag: Zur Casuistik der Gelenkneurosen. (Erscheint im Druck).

Die Discussion wird auf die nächste Sitzung vertagt.

d. Z. Secretär: Dr. Hans Schwartz.

---

## Sitzung am 5. November 1897.

Vor der Tagesordnung demonstrirt Dr. P. Klemm:

1) Einen Fall angeborener Hüftgelenksluxation, bei dem vollkommener Mangel der Gelenktheile am oberen Femur ende vorlag. Statt eines Femurkopfes fand sich nur eine kleine knopfförmige Anschwellung an der medialen Seite des oberen Femurendes, welche Votr. in die durch den scharfen Löffel entsprechend vertiefte dem Acetabulum entsprechende Aushöhlung mit gutem functionellen Resultat einheilen liess.

2) Einen Fall der gleichen Affection, wo er die Reposition und Fixirung des Gelenkes mit ebenfalls gutem functionellen Resultat auf unblutigem Wege erreichte.

3) Einen ausgeheilten Fall von Coxitis, in welchem ein aus Celluloid hergestellter Stützapparat zur Anwendung gelangt war.

In der die Tagesordnung eröffnenden Discussion über den Vortrag von Dr. Ed. Schwarz «Zur Casuistik der Gelenkneurose» ergreift zunächst das Wort Dr. v. Holst: Nicht, um dem Votr., dessen Ausführungen er mit grossem Interesse gefolgt sei, zu opponiren, sondern um, an dieselben anknüpfend, noch einige ergänzende Bemerkungen zu dem Leiden zu machen, dessen weitem Gebiet auch der Fall des Votr. angehöre, nämlich zur Hysterie. Er stimmt mit dem Votr. in der weiteren Fassung dieses Begriffes überein; das eigentliche Kennzeichen und Characteristicum derselben liege in der Aetiologie derselben, in der psychogenen Entstehung, dem Begründetsein in einer Vorstellung. Dieselbe könne ebensoviel den Organismus als Ganzes betreffen, als auch auf ein bestimmtes Gebiet localisirt sein und insofern subsummire auch die Gelenkneurose unter diesen Begriff. Aus dieser Auffassung der Hysterie hervor sei auch schon der Vorschlag gemacht und von hervorragender Seite (Rieger, Möbius) befürwortet worden, den Begriff Hysterie lieber ganz fallen zu lassen und statt dessen Bezeichnungen wie etwa «psychogene Neurose» einzuführen, was aber auf praktische Schwierigkeiten stossen dürfte. Durch Ausdehnung auf alle Neurosen psychogener Entstehung wird allerdings das Gebiet der Hysterie so sehr erweitert, dass scheinbar grundverschiedene Dinge unter diesen weitgefassten Begriff fielen. Daher schiene es geboten, innerhalb dieses weitem Gebietes verschiedene, enger umschriebene Gruppen zu unterscheiden, die, obwohl streng auseinanderzuhalten, doch in der psychogenen Entstehung ihre gemeinschaftliche Basis hätten und durch sie ihren Charakter als hysterische Affectionen kundgäben. Als eine solche besondere Gruppe des grossen Begriffes der «Hysterie» sei auch die Gelenkneurose aufzufassen, welche Strümpell als «locale traumatische Neurose» definire. Zur Illustration der psychogenen Entstehung derselben führt er einen Fall seiner Beobachtung an, wo bei Ausgleiten beim Sprung vom Tramwaywagen und leichtem Anstreifen des Wagens augenblickliche Unbrauchbarkeit des betr. Oberschenkels eingetreten war und wo die Abwesenheit einer jeden localen organischen Läsion und die Erfolglosigkeit einer lange Zeit sorgfältig

durchgeführten chirurgischen Behandlung die rein psychische Einwirkung des Trauma erwiesen und schliesslich zur richtigen Diagnose führten. Die traumatische Neurose betreffend spricht Dr. v. H. sich ebenfalls für die hysterische Natur derselben aus, will ihr aber ebenso innerhalb des weiten Gebiets der H., im Allgemeinen eine Sonderstellung eingeräumt wissen.

Von grosser Wichtigkeit für die Erscheinungsform derselben, wie aller hyster. Erkrankungen sei der Bildungsgrad des Kranken, auf dessen Einfluss er auch in einer kürzlich veröffentlichten Arbeit mehr eingegangen sei.

Den sogen. hysterischen Character halte er nicht für ein nothwendiges Kennzeichen der H.; derselbe sei seiner Ansicht nach Ausdruck einer Complication der H. mit psychischer Minderwerthigkeit. Letztere gehöre nicht unbedingt zum Bilde der H., wo sie fehle bestehe also H. ohne hyster. Character.

Zusammenfassend hebt Dr. v. H. nochmals als für die H. charakteristisch das Begründetsein in einer Vorstellung hervor und protestirt gegen anderweitige Definition derselben, wie z. B. die von Sokolowsky (livl. Aerztetag) gegebene.

Die Therapie betreffend schliesst sich Redner dem Votr. in sofern an, als auch er im Allgemeinen genommen jede Localtherapie verwirft. Jedoch sei auch hier ein Unterschied zwischen gebildeten und ungebildeten Kranken zu machen. Bei ersteren würde eine Lokaltherapie die Vorstellungserkrankung nur fester an das erkrankte Glied heften. Bei letzteren könne sie wohl geboten erscheinen, da sonst die sich einstellende Vorstellung des Vernachlässigtwerdens die Autosuggestion der Erkrankung nur befestige. Zum Schluss weist Redner noch auf das auch von ihm oft beobachtete Krachen neurotisch erkrankter Gelenke hin. Dasselbe sei besonders häufig in den Halswirbeln zu beobachten, was den Gedanken nahe lege, dass möglicherweise ein Theil der Fälle von Spinalirritation auf Neurose der Wirbelgelenke beruhe.

Dr. v. Bergmann: Neben chirurgischen Gelenkerkrankungen kämen bei Hysterischen gelegentlich auch Gelenkergüsse wirklich hysterischer Natur vor. Dabei seien die diagnostischen Schwierigkeiten sehr grosse, oft aber gelinge es **doch eine materielle Erkrankung der Synovialis auszuschliessen** unter Berücksichtigung der Anamnese und des Habitus des

Kranken. Er selbst hätte in einem solchen Falle beinahe operativ eingegriffen, bei Aufschieben des Eingriffs aber doch schliesslich eine andere, durch den Ausgang als richtig bestätigte Ansicht über die Natur des Falles gewonnen. Es sei also, auch wenn wirkliche, greifbare Veränderungen vorlägen, eine Erkrankung hysterischer Natur nicht unbedingt ausgeschlossen. In anderen Fällen gelange man zur Diagnose gestützt auf die Abwesenheit objectiver Befunde und per exclusionem.

Dr. P. Klemm: Wenn man heutzutage über die Gelenkneurose spräche, müsse man bedenken, dass dieselbe, aufgestellt von Brodie, Stromeyer u. a., aus einer Zeit stamme, wo die pathologisch-anatomische Kenntniss der Gelenkveränderungen gegenüber unserer gegenwärtigen Einsicht noch relativ wenig entwickelt war. Daher sei dieses Gebiet ursprünglich zu weit gesetzt und heutzutage die Diagnose der Gelenkneurose nur mit Vorsicht zu stellen. Um zu derselben zu gelangen, müssten eine ganze Reihe von Zuständen ausgeschieden werden, die früher zum Theil noch diesem Gebiete zugezählt wurden. Entsprechend dem Unterschiede zwischen Erkrankung auf nervöser Basis und Neurose im engeren Sinn seien zunächst die nervösen Arthropathien der Tabiker, Syringomyelitiker etc. auszuschneiden. Ferner nehmen eine Sonderstellung ein die wirklichen Gelenkneuralgien, ebenso seien auf Tuberkulose bezw. Syphilis beruhende Erkrankungen auszuschneiden, deren richtige Deutung, namentlich die der letzteren, oft äusserst schwierig sei. Endlich seien noch zu erwähnen die schmerzhaften Gelenke ohne functionelle Störung, die unter dem Begriff des Derangement interne zusammengefasst wurden. Bei diesen Zuständen liege oft die Entscheidung in einer genauen Anamnese, die z. B. durch eine traumatische Zerrung der Gelenkbänder und dergl. oft eine genügende Erklärung für die Schmerzhaftigkeit liefere.

Dr. Ed. Schwarz betont, dass das von Dr. Klemm angeführte im Wesentlichen in seinen Ausführungen enthalten gewesen sei. Er habe seinen Fall hauptsächlich besprochen als Ausgangspunkt für eine Erörterung der Hysterie und des Bestehens derselben ohne den sogen. hysterischen Character, dessen Fehlen oft Anlass zu Fehldiagnosen gebe. Die Diagnose der Gelenkneurose sei natürlich am schwierigsten, wo Reste

einer früheren chirurgischen Gelenkerkrankung nachzuweisen wären, ihr Vorkommen besonders häufig, wo der Anblick etwaiger organischer Gelenkleiden bei anderen Familiengliedern und drgl. psychisch eingewirkt hätten. Die Vorstellung des Krankseins werde häufig nicht sowohl vom Kranken selbst betont, als von seiner Umgebung.

Dr. v. Bergmann: Er erinnere sich eines Falles aus der Dorpater chir. Klinik, in welchem ein Jahr nachdem bei Abwesenheit aller palpablen Symptome die Diagnose einer Gelenkneurose gestellt worden war, Patient mit einer tuberculösen Coxitis sich wieder vorstellte. Solche Fälle lassen eine nähere Beleuchtung der Frage: wann darf Hysterie resp. Neurose diagnosticirt werden, wann muss man an Tuberculose etc. denken? sehr wünschenswerth erscheinen und mahnen zur sorgfältigsten Berücksichtigung aller Momente, die sich etwa aus Anamnese, äusseren Umständen, Habitus des Kranken etc. ergeben.

Dr. Ed. Schwarz: Die frühzeitige Erkennung der hysterischen Natur der Erkrankung sei zwar schwierig, aber von grösster Wichtigkeit, wie auch Strümpell u. a. die Wichtigkeit einer eingehenden Berücksichtigung der psychischen Seite der Erkrankung bei der traumatischen Neurose betonen. In beiden Fällen sei das Wesen der Erkrankung in dem Vorhandensein von hemmenden Vorstellungen zu suchen die energich bekämpft werden müssten, und deren Beseitigung, um so leichter sei, je früher sie begonnen würde.

3. Dr. Thilo erläutert einige Vorrichtungen, welche er zu activen und passiven Bewegungen bei neuralgischen Gelenkerkrankungen verwendet. Th. kann sich nicht der Ansicht anschliessen, dass bei Hysterischen neuralgische Gelenkleiden aus einer «Vorstellung» ohne somatische Ursachen entstehen könnten und hält es nicht für erwiesen, dass Schmerzen, Schwellungen und Bewegungsstörungen in Gelenken von Hysterischen ohne äussere Veranlassungen, ausschliesslich so zu sagen vom bösen Geist der Hysterischen heraufbeschworen werden können. Infolgedessen behandelt Th. die Bewegungsstörungen der Hysterischen ebenso wie bei andern Kranken mit Ruhe. Verbänden, Bewegungen.

Dr. P. Klemm vermisst eine genaue Abgrenzung der vom Votr. angeführten Fälle, deren Natur als Neurose ihm zum

Theil zweifelhaft erscheint. Für viele Fälle sei die Methode der Behandlung der Gelenke mit Bewegungen sehr geeignet, bei Neurosen müsse doch immer das Hauptziel der Behandlung bleiben, den Kranken von seiner Vorstellung des Krankseins abzubringen.

Dr. E. d. S c h w a r z hebt hervor, dass das von Votr. angezogene E s m a r c h'sche Schema der Nervenversorgung des Hüftgelenks nicht ganz vollständig sei; das Hüftgelenk erhält auch Zweige vom N. ischiadicus, die in demselben fehlen. Dieses Schema sei von B e r g e r und M. M e y e r benutzt worden, um die neurotische Natur einiger derartigen Erkrankungen zu erweisen, was aber irrthümlich sei, da man dann, entgegen den sonstigen Erfahrungen, das gleichzeitige Bestehen einer Neuralgie in mehreren Nervenstämmen annehmen müsste. Oft erklären sich solche Schmerzen als Symptome einer höher sitzenden Läsion.

Dr. H a c h stellt die Frage, ob bei Neurose cutane Schwellungen der Gelenkgegend vorkämen?

Dr. E. d. S c h w a r z: Es seien verschiedene Formen derselben bekannt. B r o d i e hatte urticariaartige Quaddeln von kurzer Dauer beobachtet, ferner können gelegentlich passagere Schwellungen und Röthungen der Gelenkgegend, besonders Abends, vorkommen. Hier sei auch der Schwellungen artificieller Natur zu gedenken wie sie durch von den Pat. auf eigene Hand applicirte Hautreize, Eisbeutel u. s. w, entstanden Schwellungen können endlich als Reste früherer materieller Erkrankungen persistiren. Zu den von Dr. K l e m m vorher angeführten luetischen Gelenkerkrankungen bemerkt er noch, dass hier die Entscheidung, ob materielle Erkrankung, ob Neurose, meist am schwierigsten sei. Gelegentlich könne eine gewisse Incongruenz der Symptome zur richtigen Entscheidung führen.

4. Der angekündigte Votr. des Dr. G i l b e r t wird der vorgerückten Zeit wegen auf die nächste Sitzung verschoben.

d. Z. Sekr. Dr. H a n s S c h w a r t z.

---

## Sitzung am 19. November 1897.

1. Dr. Gilbert verliest seine Mittheilung: «Zur Casuistik der Laparotomie». (Wird veröffentlicht).

2. Dr. A. v. Bergmann referirt über Verhandlungen und Resolutionen der internation. Lepraconferenz unter Vorlegung einer vom Secretariat zusammengestellten Uebersicht der Ergebnisse derselben.

---

## Sitzung am 3. December 1897.

1. Vor der Tagesordnung demonstrirt Dr. Mey einen Fall von Herzfehler an einem Kinde, den er für angeborene Stenose des Isthmus Aortae hält. Diese Veränderung könne in der Jugend, so lange das Lumen der Aorta an der stenosirten Stelle den Anforderungen der Circulation noch genüge, symptomlos bleiben, mit dem stärkeren Wachsthum erst werde die Circulation insufficient und trete dann eine Compensation durch Ausbildung eines Collateralkreislaufes durch die Art. mamar. int., thoracica longa, intercostalis etc. ein, womit die Affection unter Berücksichtigung der Verstärkung des 2. Aortentones diagnosticirt werden könne. Votr. bespricht eingehend die differentielle Diagnose gegenüber angeborenen Septumdefecten etc.

Dr. Hampeln, der den Fall ebenfalls untersucht hat, stimmt der Diagnose des Votr. bei und erwähnt noch, dass die beiden Hauptsymptome dieser Erkrankung, die Ausbildung eines Collateralkreislaufes und die Verstärkung des 2. Aortentones, die von der Theorie als Consequenz dieser Circulationsstörung gefordert würden, nicht immer in vivo objectiv nachgewiesen werden könnten. Der Collateralkreislauf könne, wie ein Fall aus der Literatur zeigt, dem Nachweise während des Lebens entgehen, sei jedoch auch dort bei der Obduction gefunden worden. Die Verstärkung des 2. Aortentones sei nur bei mangelhafter Ausbildung des Collateralkreislaufes theoretisch unbedingt erforderlich. Es spräche also eventuell auch das Fehlen dieser beiden Symptome nicht unbedingt gegen die Diagnose. Ueber die am Rücken vernehm-

baren Geräusche enthalte die deutsche Litteratur, soweit ihm bekannt keine Angaben, wohl aber enthalte die englische einige Arbeiten darüber.

2. Dr. Buchholz stellt ebenfalls einen Fall von Vitium cordis bei einem Kinde vor. Wahrscheinlichkeitsdiagnose: Offenbleiben des Septum ventric. oder der Ductus Botalli, oder Combination von Pulmonalstenose mit offenem Ductus Botalli.

Dr. Hampeln, der den Ausführungen des Vortr. beistimmt, fügt hinzu, dass nur die hochgradigen Pulmonalstenosen mit Fortbestand des Lebens unvereinbar seien, Stenosen geringeren Grades könnten wohl einige Zeit hindurch ertragen werden. Bei Abwesenheit von Abnormitäten des Septum oder Ductus Botalli spräche die Verstärkung des 2. Pulmonaltones gegen Pulmonalstenose. Geräusche brauchten bei offenem Ductus Botalli nicht mit Nothwendigkeit vorhanden zu sein.

Dr. O. Klemm glaubt eine Verstärkung des 2. Pulmonaltones oft bei anämischen Kindern auch bei normalem Herzen constataren zu können.

Dr. Hampeln: Zwischen solchen scheinbaren Verstärkungen und den actuellen Verstärkungen bei organischen Läsionen sei zu unterscheiden: erstere seien nicht so eclatant.

Dr. Deubner macht auf den physiologischen Unterschied zwischen Herz- und Gefäßstönen aufmerksam; die letzteren seien an sich schon accentuirter.

Auf Dr. O. Klemm's Frage, wieso man bei einem wirklich stärkeren Hörbarwerden des 2. Pulmonaltones von einer «scheinbaren» Verstärkung reden könne, erklärt Dr. Hampeln, er verstehe darunter solche Fälle, in denen bei Abwesenheit einer organischen Läsion die stärkere Vernehmbarkeit des 2. Pulmonaltones auf einer besseren Fortleitung bzw. einem ausgiebigeren Schwingen der Klappensegel beruhe.

3. Dr. v. Bergmann demonstriert:

a) Einen Kranken (8-jährigen Knaben), bei welchem wegen Ileus durch Axendrehung einer Ileumschlinge und abgeschnürtes Meckel'sches Divertikel die Laparotomie gemacht und 78 cm. Dünndarm resecirt wurden, wobei bei Vereinigung der Darmenden der Murphyknopf zur Anwendung kam. Heilung.

b) Das Präparat einer Gastroenteroanastomose, welche einem 68-jährigen Manne in der Annahme einer carcinomatösen Darmocclusion mit dem Murphyknopf gemacht worden war. Exitus 12 Stunden post oper. Vortr. demonstrirt zunächst das Präparat in situ, darauf nach Entfernung des Knopfes, wo sich schon an einigen Stellen leichte peritoneale Verklebungen zeigen.

c) Einen grossen rechtsseitigen Hydronephrosensack, der einem 34-jährigen Manne durch Lumbalschnitt entfernt worden war.

4. Dr. K r a n n h a l s demonstrirt:

a) Ausführlichere Mittheilung sich vorbehaltend, das Präparat des 2. Kranken von Dr. v. B e r g m a n n. Es hatte sich bei der Autopsie eine colossale Fettnekrose des Pankreas vorgefunden, welche durch Verlöthung und Druck die Occlusionserscheinungen verursacht hatte.

b) Eine symmetrische Geschwulstbildung beider Ovarien. Es sei gleichzeitig ein Magentumor vorhanden gewesen, so dass die Annahme eines Carcinoms wahrscheinlich erscheine. Auch sei die mikroskopische Untersuchung noch nicht abgeschlossen.

Dr. v. B e r g m a n n bemerkt, dass der Fall von Gastroenteroanastomose klinisch in vieler Beziehung von dem gewöhnlichen Bilde der Pankreastumoren abweiche; einmal durch seine rechtsseitige Lage, ferner durch die eclatanten Occlusionserscheinungen. Bei der Operation musste die Aussaat von Knötchen auf dem Peritoneum den Verdacht eines Carcinoms nahelegen, den er auch gegenwärtig noch nicht fallen lasse.

Dr. K r a n n h a l s giebt die Möglichkeit des Carcinoms zu, auch hier sei die mikroskopische Untersuchung noch nicht gemacht.

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

---

## Sitzung am 17. December 1897.

Dr. V o s s hält den angekündigten Vortrag:

«Ein neues Symptom bei Sinusthrombose (erscheint im Druck) und demonstrirt an 2 Kindern, bei denen er wegen Sinus-

thrombose die Vena jugularis unterbunden hat, Venengeräusche auf der der unterbundenen entgegengesetzten Seite und die Unmöglichkeit, sie auf der kranken Seite zu erzeugen.

Dr. Rimscha bestätigt die Angaben des Votr. und setzt grosse Hoffnungen auf dieses Symptom, weil die bisher bekannten — pyämisches Fieber, Strang an der lateralen Partie des Kopfes — doch unsichere waren und oft im Stiche liessen.

Dr. Hampeln beglückwünscht den Votr. dazu, durch Entdeckung eines neuen Symptomes der Sinusthrombose die Sicherheit die Diagnose erhöht zu haben.

Dr. v. zur-Mühlen hält den Strang an der lateralen Partie des Kopfes für das bis dahin sicherste Zeichen der Sinusthrombose, schliesst sich im übrigen den Vorrednern an.

Dr. Voss bedauert, das Symptom bisher nur an Kindern wahrgenommen zu haben und hofft, dass ihm Gelegenheit geboten werde, dasselbe bei Erwachsenen bestätigt zu finden.

2. Dr. Rulle verliest den angekündigten Vortrag: «Bemerkungen zum Blutkreislaufe des Menschen». (Ist für den Druck bestimmt).

3. Dr. Treymann demonstriert die Symphyse einer Frau, welche er vor 2 $\frac{1}{2}$  Jahren durch Symphyseotomie entbunden hatte und weist auf die feste Verwachsung der beiden Knochenflächen hin.

Dr. Schabert will Dr. Treymann in dem Sinne verstanden wissen, dass die feste Verwachsung nicht durch Knochenverwachsung, sondern durch Periostwucherung entstanden ist. Dr. Treymann bestätigt dieses und führt an, dass eine solche Heilung zwar für den Pathologen keine ideale genannt werden könne, für den Gynäkologen aber als vollkommener Erfolg der Operation zufriedenstellend sei.

In Vertretung des Secretärs Dr. H. Helmsing.

---

## Sitzung am 7. Januar 1898.

1. Vor der Tagesordnung demonstriert Dr. Thilo einen Stützapparat zur Verwendung nach Beinamputationen, der sich bei grosser Festigkeit infolge seiner Construction aus Draht durch Leichtigkeit auszeichnet.

2. Dr. v. Holst hält den angekündigten Vortrag über Hysterie, der in grösserer Ausführlichkeit die vom Votr. in einer der vorausgegangenen Sitzungen angedeuteten Gesichtspunkte erörtert.

Dr. Schönfeld kommt zunächst auf die vom Votr. angegriffenen Ausführungen Sokolowsky's zurück und vertritt die Ansicht, S. habe in seiner Definition der Hysterie das «entartet» nur im Sinne des französischen «degeneré» gemeint, also mehr die psychische Seite der Entartung betonen wollen.

Ferner stellt er an Votr. die Frage, ob er glaube, dass es eine rein somatische Hysterie gebe. Die Krankengeschichten in der angezogenen Abhandlung des Votr. hätten ihm darüber keine Klarheit gebracht. Der Psyche sei da gar nicht gedacht worden.

Der vom Votr. urgirte Unterschied zwischen der H. Gebildeter und Ungebildeter sei in praxi ja wohl zu machen, theoretisch aber s. E. nicht genügend zu stützen.

Eine scheinbare Verschiedenheit der Krankheitsbilder könne bedingt sein durch die Verschiedenheit im Materiale des Krankenhauses und der Privatpraxis. Beim ersteren seien die Schwierigkeiten der Untersuchung viel grössere, schon die Sprache, der eng begrenzte Vorstellungskreis des Ungebildeten erschwere das Eindringen in das psychische Leben des Kranken.

Was die vom Votr. aufgestellten Typen der H. anlange, so sei er geneigt, den Typus III des Votr. (zunächst Hervortreten körperlicher Symptome, dann erst allmählich Ausbildung des sog. hysterischen Charakters) für den gewöhnlichen Typus zu halten und die übrigen nur als gelegentliche Abänderungen desselben aufzufassen.

Die vom Votr. als Princip aufgestellte Nichtbehandlung localer Symptome endlich könne er nicht unbedingt als solches anerkennen, zum Theil müssten locale Symptome s. E. ebenfalls local behandelt werden.

Dr. v. Holst: Der Begriff der Entartung bei Sokolowsky betreffe körperliche und geistige Momente in gleicher Weise.

Die Frage der rein somatischen Hysterie betreffend, sei zu bemerken, dass, obwohl die psychogene Entstehung als Grund-

princip für alle Fälle festzuhalten sei, doch Fälle vorkämen, in welchen das psychische Moment bei der Erscheinung der Symptome eine grössere Bedeutung habe als bei ihrer Entstehung. Zur Unterscheidung der H. Gebildeter und Ungebildeter sei festzuhalten, dass, was praktisch von Werth ist, auch in jeder Beziehung, so auch theoretisch, Wichtigkeit beanspruchen könne. In Folge der verschiedenen Entwicklung der psychischen Fähigkeiten sei das psychische Leben der Gebildeten und der Ungebildeten ein total verschiedenes. Gerade das Moment, dass bei so verschiedenem Entwicklungsboden die Krankheit in verschiedenen Erscheinungsformen auftrete, biete eine wesentliche Stütze der Annahme ihrer psychogenen Entstehung.

Die Therapie betreffend weist er Dr. Schönfeld gegenüber darauf hin, dass er nie eine absolute Nichtbehandlung zum Princip erhoben habe. Der Ausdruck zweckmässige Vernachlässigung deute schon an, dass auch diese negligirende Therapie nach bestimmten Principien zur Anwendung kommen müsse, also an sich den Werth einer Behandlungsmethode habe. Im Uebrigen weist er betreffs der bedingungsweisen Zulässigkeit einer localen Therapie auf seine früheren Ausführungen hin.

3. Dr. Krahnhal's demonstrirt die Präparate eines Cysticercus cerebri et cordis, letzterer mit ungewöhnlicher Localisation an einer Herzklappe.

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

---

### Sitzung am 4. Februar 1897.

1. Vor der Tagesordnung demonstrirt Dr. Mey einen Fall von hereditärer Lues, der im weiteren Verlaufe an einer cerebralen Hemiplegie erkrankt war; letztere war in Annahme einer gummösen Erkrankung mit glücklichem Erfolge anti-luetisch behandelt worden.

Dr. O. Klemm wendet sich gegen die Behauptung des Votr., die Ernährung mit Muttermilch sei für das Leben heredosyphilitischer Säuglinge eine *conditio sine qua non*. unter Berufung auf Beispiele eigener Erfahrung, wogegen Dr. Mey betont, dass seine Erfahrungen über diesen Punct sich völlig

im Einklang mit den Anschauungen der von ihm citirten Autoren befinden.

2. Dr. V o s s hält den angekündigten Vortrag über «Ohrenleiden bei Hysterischen». (Ist für den Druck bestimmt.)

Dr. R i m s c h a bezeichnet die Lage des Ohrenarztes gegenüber Hysterischen als eine häufig sehr schwierige, und sei gerade bei diesen eine genaue Anamnese von grösster Wichtigkeit, da dieselbe oft vor Fehldiagnosen und mit diesen verbundenen therapeutischen Eingriffen, wie z. B. unnützen Paracentesen, schützen könne.

3. Zur Discussion der Hysterie (cf. vorige Sitzung) verliert zunächst Dr. B e h r einige gegen die Ausführungen der DDr. v. H o l s t und E d. S c h w a r z in ihren bezw. Vorträgen gerichtete Bemerkungen: Die von Dr. v. H o l s t aufgestellte Trennung der Hysterie Gebildeter und Ungebildeter anerkennend, wendet er sich gegen die Ausführungen desselben über Wesen und Pathologie der H., indem er energisch für das Wesen der H. als einer psychischen, in einem veränderten Bewusstseinszustande begründeten und auf dem Boden einer bestimmten psych. «Disposition» entstehenden Erkrankung eintritt. Wenn auch zuzugeben sei, dass die H. keine Psychose sensu strictiori sei, so sei doch der Boden, auf welchem die Erkrankung sich abspiele, immer in erster Reihe die Psyche und auch Dr. v. H. sei, wie aus mehreren Stellen seiner Abhandlung hervorgehe, während er auf der einen Seite die H. als Psychose negire, doch gezwungen, mit abnormen seelischen Vorgängen zu rechnen; er nehme allerdings nur eine vorübergehende psychische Abnormität als Vorbedingung h. Erkrankung an, während andere Autoren eine originär krankhafte Organisation postuliren. Als Characteristicum der H. sei eine bestimmte Reactionsweise auf Eindrücke des äusseren Lebens anzusehen, die ihrerseits auf die Annahme eines verminderten Bewusstseinszustandes führe. Mit dieser Annahme falle auch jede Möglichkeit einer rein somatischen H. Hiemit auf die Ausführungen des Dr. E d. S c h w a r z eingehend, wendet er sich dagegen, dass die monosymptomatische H. sich weiterhin durch nichts zu manifestiren brauche und verwirft es, in der hieraus folgenden Weise die Diagnose einer Erkrankung auf ihre Genese zu begründen und körperliche Symptome, die durch einen seelischen Vorgang ausge-

löst werden, als hysterische zu bezeichnen. Die Erforschung und Erkenntniss der H. müsse stets von dem Bewusstseinszustande des Kranken ausgehen; liessen sich in diesem keine Abnormitäten, keine abnormen gemüthlichen Reactionen auf die Ereignisse des Lebens nachweisen, so sei die Diagnose der H. unmöglich. Es seien nur monosymptomatische Erscheinungen bei Hysterischen anzuerkennen, nicht aber dürfe umgekehrt aus einem einzigen Symptom die Hysterie diagnosticirt werden, weil eine anatom. Ursache desselben nicht zu finden und es psychogen entstanden sei. Zusammenfassend stellt Dr. B. folgende Thesen auf:

1) Die H. ist eine cerebrale Erkrankung mit vorwiegender Betheiligung der seelischen Functionen.

2) Die H. ist keine Geisteskrankheit im Sinne der Classification.

3) Die H. ist keine Degenerationspsychose.

4) Die monosymptomatische H., ohne h. Allgemeinsymptome, hervorgerufen durch psychogene Vorgänge, kommt in Wirklichkeit nicht vor und wäre noch zu beweisen.

5) Der Bewusstseinszustand der Hysterischen ist bei Darlegung über die H. vor Allem zu berücksichtigen.

Dr. v. Holst: In Dr. Behr's Angriff beruhen einige wesentliche Punkte auf missverständlicher Auffassung, und zwar besonders auf verschiedener Vorstellung vom Sinne des von ihm gebrauchten Wortes «Psychose». Er, Vortr., sei weit entfernt davon, den psychischen Antheil des patholog. Vorganges bei den sogen. somatischen Hysterien zu negiren, er gestehe denselben zu, verstehe aber beim Gebrauch des Wortes «Psychose» darunter nur die Erscheinungsform der Erkrankung, nicht aber ihre Entstehung. So habe er auch in der vorigen Sitzung bei der bejahenden Antwort auf Dr. Schönfeld's Frage, ob er eine rein somatische H. anerkenne, nur die Erscheinungsform, nicht die Entstehung der Erkrankung im Auge gehabt. Die psychische Componente der H. liege in der Sphäre der Vorstellung, diese sei aber mit dem Bewusstsein zu identificiren. Eine Disposition zur H. erkenne auch er an, doch lasse sich dieselbe erst später durch die Thatsache der h. Erkrankung erschliessen, sie brauche sich durchaus nicht im Vorleben des Kranken zu documentiren. Ein Widerspruch zwischen der Annahme einer

monosymptomatischen H. und dem «in seiner ganzen Persönlichkeit Erkranktsein» des Hysterikers sei nicht vorhanden. Auch der monosymptomatisch Hysterische sei in seiner ganzen Persönlichkeit krank, wobei diese Erkrankung jedoch — zum Theil latent -- nur an einer Stelle in die Erscheinung trete.

Dr. Schönfeld: Der alternirende Gebrauch der Ausdrücke «hysterische Geistesstörung» und «psychische Alteration» in gleichem Sinne könne leicht irreführen und empfehlen sich mehr die bei den Franzosen gebräuchlichen Ausdrücke *état mental* bezw. *état delirant*. Dass Dr. v. H. seine Krankheitsbilder als rein somatische, ohne «psychische Alteration» bestehende, bezeichnet habe, habe bei ihm die missverständliche Auffassung hervorgerufen, insofern als er beim Lesen der Abhandlung Dr. v. H.'s den Eindruck erhielt, als habe v. H. die psychische Seite der Erkrankung überhaupt negiren wollen, und habe er sich veranlasst gefühlt, dem gegenüber zu betonen, dass psychische Störungen sich immer, auch beim Ungebildeten, nachweisen liessen, dass es eben keine rein somatische H. gebe und die psychischen Stigmata stets vorhanden seien. Zur Frage der Therapie halte er an seiner Ansicht fest, dass die Trennung der Hysterie Gebildeter und Ungebildeter, sowie Dr. v. H.'s Anschauungen über die eventuelle Zulässigkeit der Localbehandlung localer Symptome leicht irreführend auf den Practiker wirken könnten.

Dr. Dahlfeld: Ein wesentliches Ziel der Therapie bei Hysterischen sei, denselben gleichsam «einen anständigen Rückzug» zu ermöglichen und diesem Ziele sei mit allen Mitteln, unter Umständen auch unter Zuhilfenahme local-therapeutischer Massnahmen, zuzustreben. Im Uebrigen stimme er völlig mit der von Dr. v. H. urgirten Therapie der «zweckmässigen Vernachlässigung» localer Symptome überein.

Dr. Ed. Schwarz bemerkt gegenüber den seine Mittheilung betreffenden Ausführungen Dr. Behr's, dass auch er die Nothwendigkeit einer originären Veranlagung, einer «Disposition» zur Erkrankung an Gelenkneurose bezw. monosymptomatischer H. betont habe. Dieselbe sei aber, wie schon mehrfach betont, nicht immer objectiv nachzuweisen, und wenn Behr den Nachweis einer hereditären Beanlagung als nothwendiges Postulat hinstelle, so sei dem gegenüber

darauf hinzuweisen, dass die «nervöse Disposition» durchaus nicht immer angeboren zu sein brauche, sondern dass sie auch durch falsche Erziehung u. s. w. angezüchtet sein könne. Die Unterscheidung zwischen dem psych. Zustande Hysterischer und Gesunder führe schliesslich auf die Frage: «Was ist überhaupt unter psych. Gesundheit zu verstehen?» — und da sei er der Ansicht, dass B. die Grenzen derselben zu eng stecke. Ihre Breite sei eine sehr grosse und insofern, als darunter ein gewisses Mittelmaass geistiger Fähigkeiten bei Abwesenheit irgendwelcher Störungen im Ablauf der psych. Functionen zu verstehen sei, sei die psychische Lage an monosymptomatischer H. Erkrankter vom Durchschnitt geistiger Gesundheit oft nicht zu unterscheiden. Die Frage nach der Breite der psychischen Gesundheit sei besonders im Hinblick auf gerichtliche Expertisen bei monosymptomatischen Fällen wichtig. Bei Behr's Forderung, schon die hyster. Veranlagung als einen Defect der psych. Gesundheit anzusehen, könne man keinen Kranken nach Schwinden seiner somatischen Symptome für gesund erklären, da die hyster. Veranlagung als solche ja auch dann noch bestehen bleibe. Es müsse entschieden darauf hingewiesen werden, dass man unter geistiger Gereimtheit nicht: Vollkommenheit, Unbeeinflussbarkeit, Gereimtheit in jeder Beziehung, geistige absolute Harmonie verstehen dürfe. Die allgemein-menschliche Unvollkommenheit sei eben eine allgemeine und sei bei der Definition des Begriffes «geistiger Gesundheit» voll zu berücksichtigen und müsse in diesen Begriff mit hineingenommen werden. Als pathologisch bezeichneten wir Vorgänge, in denen ein auffallendes Missverhältniss zwischen Ursache und Wirkung beobachtet werde; es müsse betont werden, dass das Schwergewicht der Ursache bei Zustandekommen in dem vom Vortragenden citirten Falle nicht in der Persönlichkeit des Kranken liege, sondern in der durch ärztliche Autorität gewichtig und wirksam gemachten Vorstellung eines kranken Knies; mit anderen Worten das Pathologische liegt in der Fehl-Diagnose des Arztes viel mehr, als in der Persönlichkeit dieser mit der Gelenkneurose behafteten Kranken, die gesund war, aber freilich nicht hoch über das Niveau allgemein-menschlicher Unvollkommenheit hinüberraagte, aber doch nicht psycho-pathisch war! — oder sollte man den Um-

stand, dass sie dem Urtheil mehrerer Aerzte glaubte, ruhig zu Bett lag und ihr Bein schonte, etwa als etwas pathologisches ansehen? Dr. Behr hatte Recht, wenn er an anderer Stelle behauptete, man könne 2 Gruppen von Hysterischen beobachten. Die eine Gruppe recrutire sich aus Leuten, die von Jugend auf hysterisch, die zweite aus Individuen, die bis zu einem gewissen Shock anscheinend gesund, dann aber hysterisch erkrankten, weil eben ihre Veranlagung eine krankhafte sei und sie den Shock nicht überwinden konnten wie Gesunde. Redner gäbe das zu, doch betone er, dass es eine dritte Gruppe gebe, die vorher gesund seien, in die Breite der Gesundheit und der allgemein-menschlichen Unvollkommenheit gehörten, und durch besondere Verhältnisse (hier Fehldiagnose des Arztes, die ja auch durch die allgemein-menschliche Unvollkommenheit vollkommen entschuldigt werde) erkrankten; wenn sie richtig angefasst würden, gesunden und gesund blieben. Alle drei Gruppen könne man auch unter den Fällen von Gelenkneurosen beobachten.

Dr. v. Holst bemerkt zu den Ausführungen Dr. Schönfeld's, dass es vielleicht zur Vermeidung missverständlicher Auffassungen dienlich und formell richtiger gewesen wäre, an den betr. Stellen seiner Abhandlung den Zusatz «auf psychogenem Wege» zu machen. Bei der Trennung der H. Gebildeter und Ungebildeter habe er natürlich nicht von verschiedenen Hysterien gesprochen, sondern nur im Interesse des practischen Handelns eine Gruppierung der Fälle ermöglichen wollen. Er mache nicht einen Unterschied im Wesen der Erkrankung, sondern habe nur von den verschiedenen Erscheinungsformen sprechen wollen.

Dr. Hampeln weist auf die practische Wichtigkeit der monosymptomatischen Formen der H. hin, in denen man gezwungen sei, auf Grund eines einzigen Symptoms die Diagnose zu stellen. Am häufigsten begegneten sie dem Practiker unter dem Bilde der Cardialgien, und da hierbei die gewöhnlichen hyster. Stigmata oft im Stick lassen, so lege man sich die Frage vor, ob denn der hyster. Schmerz als solcher nicht bestimmte Eigenthümlichkeiten habe, die die Erkennung seiner Natur ermöglichen. Es scheine dies in der That der Fall zu sein: gegenüber dem Ulcus, das ja sonst das grösste Con-

tingent der Cardialgieen stellte, fielen die Hysteriker durch die Wichtigthurei, mit welcher sie ihren Schmerz in den Vordergrund ihrer Klagen stellten, durch die Aengstlichkeit und die Aufmerksamkeit, welche sie ihm zuwendeten, auf. Wichtig sei auch die Beständigkeit des Schmerzes, der beim Ulcus häufig nur auf gewisse äussere Einwirkungen, z. B. Nahrungsaufnahme, hin auftreten und beim Ulcus oft garnicht im Vordergrund des Krankheitsbildes stehe, so dass man bei Erhebung der Anamnese oft erst nach langem Forschen Schmerzanfälle ermittele, in vielen Fällen auch erst durch das plötzlich eintretende Blutbrechen die Diagnose stützen könne. Von practischer Wichtigkeit für die Diagnose der Magenkrankheiten überhaupt — namentlich bei der gegenwärtigen Neigung zu chirurgischem Eingreifen — sei es, sich daran zu erinnern, dass auch wirklich hysterische Blutungen vorkämen. Er erinnere sich eines Falles, wo trotz wiederholter Blutungen bei der Operation kein Ulcus gefunden wurde (Zusatz Dr. v. Bergmann's bei Verlesung des Protocols: Es lag in diesem Falle eine hochgradige Gastroectasie vor) und verfüge über 3 Fälle tödtlicher Magenblutung, wo die Autopsie eine materielle Schädigung des Magens nicht nachweisen konnte. Auch Fieber sei, wie er Dr. Voss gegenüber bemerken will, wo es bei H. ohne nachweisbare Ursache und ohne sonstige begleitende Symptome auftrete, durchaus nicht immer simulirt, es sei denkbar und spräche sogar Verschiedenes dafür, dass ein wirkliches «neurogenes» Fieber gelegentlich vorkommen könne.

Dr. Voss betont unter Hinweis auf einen von Unverricht beobachteten Fall, wo trotz ständiger Controle durch Dejournalanten es nicht gelang, eine simulirende Hysterie zu entlarven, die Häufigkeit der Simulation und ihre Verschlagenheit in Ausübung derselben. Er habe in seiner Mittheilung als simulirtes Fieber nur diejenigen Fälle hingestellt, in welchen der Nachweis der Simulation erbracht war. Fälle von Simulation aller möglichen, selbst recht schweren Blutungen, seien zur Genüge bekannt. Ob es wirklich ein hysterisches Fieber gebe oder nicht, habe er nicht entscheiden bezw. in Abrede stellen wollen.

Dr. Rimscha weist auf die günstige Beeinflussbarkeit eichter Fälle von H., welche nur über ein Leiden klagen,

durch relativ geringfügige localtherapeutische Massnahmen hin gegenüber der principiellen Warnung Dr. Voss's, Hysterische einer specialistischen Behandlung zu unterziehen.

Dr. Stender: Hysterische, bei denen eine anatom. Läsion nicht nachweisbar ist, sollten stets von den practischen Aerzten mit einer diesbezüglichen Notiz den Neurologen zugewiesen werden. Der Nachweis einer Disposition bei monosymptomatisch Erkrankten sei seiner Ansicht nach unwesentlich gegenüber der Erkenntniss der psychogenen Entstehung des Leidens: diese allein gebe die Diagnose. Die Eigenthümlichkeit, dass eine functionelle Erkrankung des Centralorgans nur in der Peripherie in die Erscheinung trete, finde ein physiologisches Analogon in der excentrischen Verlegung der Schmerzempfindung bei Läsionen des Nerven in seinem Verlauf. Es handle sich dabei nach Edinger um Urtheilstäuschungen. Die Therapie müsse sich direct gegen das centrale Leiden richten und müsse er sich den Principien Dr. v. Holst's betreffs der zweckmässig negligirenden Therapie localer Symptome ganz anschliessen.

d. Z. Secretär. Dr. med. H. Schwartz.

---

## Sitzung am 18. Februar 1898.

1. Vor der Tagesordnung demonstrirt Dr. v. Zur-Mühlen einen Fall von Empyem des Sinus frontalis, den er mit breiter Eröffnung radical operirt hat und empfiehlt diese Behandlungsmethode als die einzige, durch welche man des krankhaften Processes mit Sicherheit Herr werden könnte. Die durch die Operation verursachte Narbe sei nicht auffällig und bei vollem Erfolge nur in sehr geringem Grade entstellend.

Dr. Rimscha bemerkt hierzu, dass eine gewisse Entstellung durch die Narbe wohl in keinem Falle fehle, unter Umständen sogar recht arg sein könne und dass man daher, namentlich bei jüngeren Frauen, wohl nur im äussersten Falle sich zur radicalen Operation entschliessen würde. In sehr vielen Fällen gelange eine Therapie zum Ziel, welche die natürlich vorhandenen Abflusswege durch die Nase zum Angriffspunct wähle, durch Offenhalten bezw. Erweiterung

derselben die Secretstauungen verhüte und so, wenn auch keine völlige Ausheilung, doch ein vollkommenes Schwinden der Beschwerden erreiche.

Dr. v. Zur-Mühlen: Für viele Fälle sei dieser Weg gewiss zulässig und könne zum Ziel führen, wo aber in der erkrankten Schleimhaut bereits secundär degenerative Veränderungen Platz gegriffen hätten, sei eine spontane Ausheilung wohl kaum zu erwarten.

Dr. v. Krüden er: Er habe Gelegenheit gehabt, eine grosse Zahl von Patienten nach dieser Operation zu sehen und müsse constatiren, dass in der grossen Mehrzahl der Fälle die Entstellung durch die Narbe nur gering sei, so dass die Rücksicht auf dieselbe da, wo ein eingreifendes Verfahren indicirt sei, nicht in Betracht komme.

2. Dr. Ham peln macht die angekündigten Mittheilungen über die Punction des Herzens. Dieselbe sei schon vor einiger Zeit von Amerika aus als extremes Mittel bei Circulationsstörungen schwerster Art vorgeschlagen worden unter ausreichender theoretischer Begründung. Die Casuistik umfasse noch eine geringe Zahl von Fällen, so dass ein abschliessendes Urtheil über die Erfolge zur Zeit noch nicht möglich sei, jedoch sei die Ausführbarkeit des Eingriffes an sich dadurch zur Genüge erwiesen. Einleitend geht Vortr. zunächst auf die, das Wesen aller schweren Circulationsstörungen darstellende Insufficienz des Herzens näher ein, indem er in kurzer Uebersicht die Folgen der Insufficienz bei Fehlern des Mitralostiums (Erlahmung des linken Ventrikels mit consecutiver Stauung im kleinen Kreislaufe) und bei Erkrankungen des Aortenostiums (Stauung im grossen Kreislauf mit Oedemen, Anasarca, Anämie etc.) einander gegenüberstellt. Die Wirkung der Herzmittel, deren Wesen nach Basch darin zu suchen sei, dass sie durch gesteigerte Thätigkeit des linken Ventrikels eine Saugwirkung auf die Lungenvenen ausüben und so den kleinen Kreislauf gewissermassen ausschöpfen, versage in den Fällen, wo durch die Stauung bereits fibröse Induration, die von Basch sogen. Lungenstarrheit, eingetreten sei. Zur Ausbildung dieses Zustandes neigen am meisten die Erkrankungen des Mitralostiums, dann veraltete Emphyseme u. s. w. In solchen Fällen entspräche die Punction des Herzens, die den rechten

Ventrikel betreffe, direct der dringendsten Indication, der Entlastung des überfüllten kleinen Kreislaufs. Nur halte er die vorgeschriebene Entnehmung von 100—150 Ccm. Blut für viel zu gering, um einen nennenswerthen Effect zu erzielen, habe sich aber doch zu Ende des vorigen Jahres entschlossen, an 2 desolaten Fällen schwerster Circulationsstörung, einem Emphysem sub finem vitae und einem Mitralfehler, einen Versuch mit dem Verfahren zu machen. In beiden Fällen erfolgte der schliesslich zu erwartende Tod bald nach dem Eingriff nachdem in dem einen Falle eine gewisse Erleichterung der quälenden Symptome für einige Zeit zu constatiren gewesen war, so dass die Möglichkeit einer Verlängerung des Lebens um einige Stunden wohl zuzugeben sei. Bei der Obduction habe sich in beiden Fällen gezeigt, dass die im IV. ICR. einmal links, einmal rechts ausgeführte Punction den rechten Ventrikel erreicht hatte. In der Pericardialhöhle fanden sich geringe Mengen flüssigen Blutes, in einem Falle auch geringe blutige Imbibition des mediastinalen Bindegewebes. Ihm erscheine, wie gesagt, die entnommene Blutmenge zu gering, s. E. müssten Blutmengen von 600—800 Ccm. entnommen werden und sei es ihm mehrfach gelungen solche Mengen durch Application von Blutegeln und Unterhalten der Nachblutung zu entleeren. Er wähle hierzu die Gegend des Proc. xiphoid., da sich hier ein reichliches Venenetz finde, das in Verbindung mit der Vena azygos stehe also durch diese und die Cava auf das rechte Herz und den kleinen Kreislauf wirken könne.

Dr. M i r a m interessirt die Beobachtung der Blutaustritte ins Pericard. Er erinnere sich, dass R e y h e r bei durch F i s c h e r's Arbeit angeregten Thierversuchen das Herz mit einem fast bleistiftdicken Troicart punctirte und dabei wiederholt die Abwesenheit jeglichen Blutaustritts ins Pericard demonstirte.

Dr. H a m p e l n: Möglicherweise entstammten die geringen Blutmengen der Musculatur oder der epicardialen Fettschicht. Es sei auch in Betracht zu ziehen, dass es sich bei den R e y h e r'schen Versuchen um das Herz gesunder Thiere handelte, während in diesen Fällen wohl ein bedeutend höherer Seitendruck des Blutes bestand.

Dr. B e r t e l s weist darauf hin, dass die Punction ja den rechten Ventrikel treffe, dessen Wand ja an sich dünner sei

Dr. Hampeln: Von Fränkel (Krankenhaus am Urban) sei ein Verfahren angegeben, von der Vena jugularis ext. mit einer Canüle in den rechten Vorhof zu gehen, wo sich ebenfalls grössere Blutquanta entnehmen liessen. Ob dasselbe practisch erprobt sei, wisse er nicht.

3. Dr. Treymann berichtet über einen Fall von Spontanruptur des Uterus. (Soll veröffentlicht werden.)

Dr. Hach hat die Patientin während der Gravidität ebenfalls gesehen und ist der Ansicht gewesen, dass Abwarten zulässig sei und dass das Prochownik'sche Verfahren Aussicht biete, durch spontane Geburt ein lebendes Kind zu erhalten. Er habe übrigens, wie er als Curiosum mittheilen wolle, erst kürzlich einen Fall erlebt, in welchem unter dem Prochownik'schen Verfahren ein Kind geboren wurde, welches das einer früheren, diätetisch nicht eingeschränkten Gravidität an Grösse bedeutend übertraf.

Dr. Treymann: Die vordere Scheitelbeineinstellung hatte allerdings schon eine schwere Entbindung voraussehen lassen, jedoch seien Symptome einer drohenden Uterusruptur durchaus nicht zu beobachten gewesen. Die Ruptur war mit einem Schlage da, so dass die Dehnung des unteren Uterussegments ausserordentlich plötzlich erfolgt sein müsse.

Dr. Woloshinsky ist Zeuge eines Falles von plötzlicher Uterusruptur gewesen; er ist geneigt, anzunehmen, dass alte perimetritische Processe etwa die Uteruswand fixiren und so das Zustandekommen der raschen Dehnung ermöglichen.

d. Z. Secretär Dr. H. Schwartz.

---

### Sitzung am 4. März 1898.

1. Dr. v. Zur-Mühlen demonstriert einen Fall ausgehnter Hautpigmentirung bei einem Kinde.

2. Dr. Hohlbeck (als Gast) demonstriert einen Fall von Scoliosis ischiadica. Patient, der im städtischen Krankenhause Aufnahme gesucht hat, hatte anfänglich die Scoliose willkürlich ausgleichen können, später die Fähigkeit dazu verloren. Passiv lässt sich die hochgradige Scoliose völlig ausgleichen. Es solle demnächst dem Kranken die blutige Dehnung des N. ischiadicus ausgeführt werden.

Auf Dr. v. Zur-Mühlen's Mittheilung, er habe an einem Falle blutiger Dehnung nur ein gänzlichliches Ausbleiben des Erfolges constatiren können, sei geneigt, die Wirksamkeit der Operation nach dieser Seite hin überhaupt in Zweifel zu ziehen, sowie auf seine Anfrage, ob eine andere Aetiology der Scoliose, wie Trauma, Spondylitis u. dergl. hier mit Sicherheit auszuschliessen sei, erwidert Dr. A. v. Bergmann: Ein völliges passives Ausgleichen des Scoliose, wie hier, sei bei traumatischen und spondylitischen Scoliosen nicht möglich, auch stimme die eigenartige Form der Scoliose zu keiner anderen Aetiology. Die Literatur weise vielfach Erfolge der blutigen Dehnung auf.

Dr. v. Böhlendorff betont unter Hinweis auf die Seltenheit der Scoliosis ischiad., dass dieselbe meist primär im Lendentheil der Wirbelsäule entstehe und fragt, ob auch hier die compensirende Scoliose des Dorsaltheils erst secundär aufgetreten sei.

Dr. Hohlbeck: Ueber die Reihenfolge, in welcher die einzelnen Abschnitte der Wirbelsäule betroffen wurden, könne Patient keine Angaben machen. Er gebe nur ganz bestimmt an, dass er in der ersten Zeit die Scoliose willkürlich habe ausgleichen können.

3. Dr. O. Klemm demonstrirt einen Fall von Bradycardie mit sogenannten pseudoapoplect. und pseudoepileptischen Anfällen.

Patient, 41 a. n., vor 17 Jahren luetisch inficirt, Vater von 4 gesund geborenen Kindern, kein Potator, hat vor 4 Jahren zuerst nach schwerer Anstrengung einen rasch vorübergehenden Anfall von Schwäche und Schwindel gehabt, später einige Male Ohnmachten, ein Mal von allgemeinen Zuckungen begleitet, vor 4 Wochen Anfälle von plötzlichem Schwindel ohne Bewusstseinsverlust. Bei schwerer Arbeit, raschem Gehen etc. Herzklopfen und Gefühl von Brustbeengung. Schon vor 6 Jahren Anomalie des Pulses constatirt, vor 5 Jahren im Libau'schen Krankenhause 40 pro Minute, nach Injection von 0,0005 Atropin 120. Vortr. constatirte 36, mit geringer Intermittenz, geringe Verbreiterung der Herzgegend — Temp. 35,6°. Unter Jodkali nach 3 Wochen: Puls 64 bis 72, bei Bewegung irregulär, Herzdämpfung kleiner geworden, Temp. 36°; subjectiv bedeutende Besserung.

Zur Erklärung solcher Zustände von Bradycardie reiche das Experiment nicht aus, da es sich mit der klinischen Beobachtung nicht immer decke. Im vorliegenden Falle wäre extracardiale Br. — trotz der Intermittenz — anzunehmen nach den Resultaten der Atropininjection, wahrscheinlich Reizung des Vagusstammes, vielleicht durchluetische Drüsenvergrößerung. Vortr. streift flüchtig die zur Zeit bei der Br. interessante Frage der Herzdilatation. Eine der Schwere der Erkrankung parallel gehende Dilatation sei physiologisch-physikalisch nicht nothwendig, nachweisbar sei sie auch hier nicht gewesen. Die fehlenden Circulationsstörungen beweisen nicht, dass die allgemeine Circulationsgrösse normal ist, sondern zeigten nur an, dass die Druckdifferenz zwischen Arterien und Venensystem nicht excessiv vermindert sei, bei ausreichender Function des Herzmuskels. Es sei nicht erwiesen, dass unbedingt 200 Ccm. Blut pro Secunde den Gesamtquerschnitt des Gefässsystems durchfliessen müssten, dagegen sprächen Thatsachen wie z. B. der Winterschlaf der Thiere und das Experiment der Fakire. Müssten bei einer solchen postulirten Dilatation im vorliegenden Falle mit jeder Systole die Herzkammern zusammen ca. 800 Ccm. bewältigen, das gleiche Quantum die Vorhöfe, so wären klinisch gewiss nicht zu übersehende Veränderungen am Herzen vorhanden gewesen.

Dr. Tiling bemerkt, gerade an dem Material einer psychiatrischen Klinik würden neben anderen Erscheinungen auch Bradycardien nicht so selten beobachtet. Gewöhnlich gingen starke, sogar im Missverhältniss zu der Pulsverlangsamung stehende Temperatursenkungen mit diesen Zuständen einher. Neben im Herzen resp. Vagus liegenden Ursachen müsse auch an das Centralnervensystem als Ausgangspunct der Erscheinungen gedacht werden.

Dr. O. Klemm: In der Literatur finden sich häufig Erscheinungen von Seiten des Centralnervensystems bei der Br., Ohnmachten, Krämpfe etc., dieselben seien wohl aus der Anämia cerebri zu erklären.

Dr. Tiling: Es sei aber auch der umgekehrte Fall möglich, dass diese Erscheinungen und die Br. gemeinsam vom Centralnervensystem aus bedingt werden.

Dr. v. Engelhardt führt einen Fall seiner Beobachtung an, in welchem er eine deutliche Abhängigkeit von mit Puls-

verlangsamung bis zu 25 und Ohnmachtzuständen einhergehenden Anfällen von dem Füllungszustande des Magens constatiren konnte. Solche Zustände wiesen auf den von ihm wiederholt betonten Zusammenhang von gastrischen bezw. intestinalen Neurosen mit der Arteriosclerose hin.

Dr. H a m p e l n: Die häufigsten Formen der Bradycardie seien die toxischen resp. infectiösen (Icterus, Reconvalescenz des Typh. abdom. etc.), dieselben erreichten aber nie den Grad wie in Dr. K l e m m's Falle. Die anderen, auf einer materiellen Ursache im Herzen beruhenden Formen seien seltener. Er habe eine Anzahl davon beobachten können, darunter einen mit der Pulszahl von 12. Die Untersuchungen D e h i o's über die Atropineinwirkung seien sehr interessant, entschieden aber die Sache nicht endgiltig, das doppelte Vorhandensein der Vagusbahn schaffe hier complicirtere Verhältnisse. Auf die Frage nach dem Verhalten der Herzgrösse und -Fülle bei Br. meint H. bei seiner von K l e m m angefochtenen Behauptung bleiben zu müssen. Die normale von L i e b e r m e i s t e r so genannte «Circulationsgrösse», d. h. eine annähernd constante in jeder Secunde den Gesamtquerschnitt des Gefässsystems passirende Blutmenge sei Voraussetzung normaler Circulationsverhältnisse. Ihre erhebliche, länger währende Verminderung haben die bekannten subjectiven und objectiven Zeichen der Circulationsstörung — nämlich Dyspnoe, passive Congestion der Organe, schliesslich Oedem — zur Folge. Umgekehrt dürfe aus dem Ausbleiben solcher Zeichen auf eine normale Circulationsgrösse geschlossen werden. Bei absoluter Ruhe, wie in dem von K l e m m angeführten Beispiele vom Winterschlaf etc. könne vielleicht eine geringe Circulationsgrösse ohne übele Folgen bestehen, bleiben diese aber trotz gewöhnlichen Verhaltens aus, so beweise das normale Circulationsvorgänge, die normale Circulationsgrösse. Diese sei aber bei verlangsamter Schlagfolge des Herzens, wie eine einfache Rechnung ergibt, nur möglich, falls mit jedem Schlage entsprechend mehr Blut in Bewegung gesetzt werde und dieses sei gleichbedeutend mit grösserer Füllung des Herzens während der Diastole, woraus übrigens noch keine Dehnung, keine Dilatation im anatomischen Sinne ohne Weiteres folge. Diese werde wohl nicht lange ausbleiben und müsste dann allerdings auch klinisch

na chgewiesen werden können. Wie es sich nun damit in Wirklichkeit verhalte, das zu controliren habe sich auch in diesen Jahren noch keine Gelegenheit geboten. Hochgradige Bradycardie gehöre ja zu den seltenen Erscheinungen und sei von ihm gerade jetzt nicht beobachtet worden. Uebrigens könne wohl mit einiger Sicherheit eine Herzvergrößerung nachgewiesen, aber nicht umgekehrt, wenigstens nicht bei Erwachsenen, auf Grund der objectiven Merkmale ausgeschlossen werden, da sowohl rechts wie links die so häufigen Ueberlagerungen des Herzens durch die Lunge die Bestimmung der wahren Herzgrössen oft sehr erschweren resp. unmöglich machen.

Dr. E. d. S c h w a r z führt zur Vervollständigung an, dass auch bei Neurosen Zustände von Bradycardie zur Beobachtung kämen, so in einem Falle seiner Praxis bis zu 40 und darunter. Die Genese sei hier schwer zu erklären. Möglicherweise könne geistige Ueberanstrengung oder sonstige Ueberreizung des Cerebrum unter Umständen direct solche Zustände hervorrufen, vielleicht sei auch an Autointoxicationen zu denken.

Dr. O. K l e m m: An eine Affection des Vagusstammes wäre bei dem vorliegenden Falle am ehesten zu denken wegen Fehlens von Erscheinungen Seitens anderer Organe. Die reflectorische Bradycardie der von den Collegen angeführten Fälle sei — als passager — dieser schon 6 Jahre bestehenden nicht analog. Die Anfälle erklären sich durch plötzliches Sinken des ohnehin schon sehr niedrigen arteriellen Blutdrucks und dadurch bedingte Hirnanaemie. Zu den Ausführungen Dr. H a m p e l n 's bemerkt er: Ein Sinken der allgemeinen Circulationsgrösse unter den normalen Werth brauche nicht immer Circulationsstörungen hervorzurufen, nach L i e b e r m e i s t e r sei nicht jedes Sinken derselben unter den normalen Mittelwerth für eine Compensationsstörung zu erklären, von einer solchen sei nur dann zu reden, wenn die Abnahme so bedeutend sei, dass dadurch deutliche Veränderungen oder merkliche Functionsstörungen bewirkt würden.

Dr. H a m p e l n berührt nochmals die Ohnmachtsanfälle. Besonders häufig seien solche in einem Falle seiner Beobachtung gewesen, wo bis auf die Subclavia sinistra alle Gefässe durch Thromben obliterirt waren. Er halte diese Anfälle für vom Gehirn aus bedingt.

Dr. v. Engelhardt: Eine Alteration des Herzens sei wohl immer vorhanden, doch brauche eine Degeneration desselben nicht immer die directe Ursache dieser Erscheinungen abzugeben; in dem von ihm angeführten Falle z. B. spreche das Verhältniss zwischen den Anfällen und dem Füllungszustand des Magens mehr für eine Abhängigkeit von Störungen der Circulation im Abdomen.

4. Dr. C. Kretzer (als Gast) verliest seinen Vortrag: «Ueber Lepra der oberen Luftwege». (Erscheint im Druck.)

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

---

### Sitzung am 18. März 1898.

1. Dr. Hohlbeck (als Gast) stellt den neulich vorgestellten Fall von Scoliosis ischiadica nach gemachter Operation wieder vor. Die Scoliosis ist fast völlig ausgeglichen,

2. Dr. H. Berg stellt vor

a) 2 Fälle von Akne rosacea, die dadurch interessant sind, dass sie die beiden verschiedenen Typen der Krankheit, die in ihren ausgesprochensten Formen einander sehr unähnlich sind, sehr prägnant zur Anschauung bringen, der eine die aus einzelnen Knötchen und Pasteln bestehende, der andere die diffuse, zu fibröser Hypertrophie führende Form.

b) Einen Fall von Lupus erythematodes.

c) Einen Fall von Herpes tonsurans maculosus.

3. Dr. Schönfeld referirt über einen Fall von temporärer Aphasie, den er für durch Urämie bedingt hält (soll veröffentlicht werden).

Dr. L. Mandelstamm erkundigt sich nach dem Sehvermögen und fragt nach der Auskunft Dr. S.'s, dass Dr. Dahlfeld bei zweimaliger Untersuchung des psychischen Zustandes wegen keine vollständige Functionsprüfung durchführen konnte, ob nicht urämische Amaurose vorgelegen habe, worauf Dr. Schönfeld mittheilt, dass Sehvermögen jedenfalls vorhanden war.

Dr. Hampeln erhebt Zweifel an der Berechtigung, dergleichen flüchtige aphasische Zustände in causale Beziehung

zu einer Urämie, wenn alle anderen Zeichen einer solchen fehlen, zu bringen.

Als eine sehr häufige Ursache derartiger Störungen sei in erster Linie der Arteriosclerose zu gedenken, die freilich Consequenzen von dauerndem Character aufweise. Demnächst kämen toxische Ursachen in Betracht und sei eine Erklärung solcher Zustände durch dieselben gewiss möglich. So weit seine Erfahrung reiche, erinnere er sich nicht, unter den Fällen chron. interstit. Nephritis in seiner Hospitalpraxis es je gesehen zu haben, dass aphasische Zustände als einziges Symptom einer Urämie auftreten. In seiner Privatpraxis habe er einen Fall gesehen, in welchem eine Zeit lang ein solches Verhältniss zu bestehen schien; der Ausgang des Falles war eine tödtliche Apoplexie, so dass also auch hier der Arteriosclerose ein Antheil am Zustandekommen des Krankheitsbildes zukommen mochte. Ein solches Nebeneinander von Arteriosclerose und Urämie könne vorkommen. Der Schluss auf Urämie als alleinige Ursache der Krankheitserscheinungen sei jedoch sehr unsicher, die toxische Natur der Aphasie nicht mit Sicherheit zu erweisen.

Dr. Schönfeld hebt hervor, dass einmal Eiweiss und granulirte Cylinder im Harn gefunden wurden. Wollte man den Fall als ausschliesslich auf Arteriosklerose beruhend auffassen, so würde das eine A. sämmtlicher Hirngefässe voraussetzen, bei welcher psychische Veränderungen nicht ausgeblieben wären. Solche hätten aber nicht constatirt werden können.

Dr. H. Schwartz führt an, er habe aus dem Bericht des behandelnden Collegen Kenntniss von einem Fall, wo ähnliche passagere aphasische Zustände bestanden. Die Section ergab im Gehirn verbreitete Arteriosklerose mit zahlreichen capillaren Blutungen bezw. Residuen solcher, Schrumpfniere war nicht vorhanden, psychische Störungen intra vitam nicht zu erweisen gewesen.

Dr. L. Mandelstamm hält die Heranziehung einer Urämie zur Erklärung der Aphasie im Falle Dr. Schönfeld's nicht für nothwendig.

Dr. Schönfeld: Wo zahlreiche apoplectische Insulte, wenn auch auf bloß capillaren Blutungen beruhend, eingetreten seien, blieben in der Regel psychische Defecte zurück.

Bei seinem Falle seien solche nicht vorhanden gewesen, was dazu auffordere, die Aphasie als eine toxische aufzufassen.

Dr. Dahlfeld äussert starke Zweifel an der psychischen Integrität des Pat. Wenigstens habe in den 2 Malen, wo er denselben gesehen, gerade der psychische Zustand desselben die Durchführung einer eingehenden Functionsprüfung vereitelt.

Dr. Hampeln betont, ohne näher auf die Frage des Fehlens oder Vorhandenseins psychischer Defecte einzugehen, dass eine derartige Häufung als urämisch zu deutender Anfälle als höchste Rarität anzusehen sei. Derartige Zustände auf urämischer Basis treten seiner Erfahrung nach immer vereinzelt auf, und sei gerade von diesem Gesichtspunkt aus eher nach einer anderen Erklärung des Falles zu suchen.

[Ergänzender Zusatz Dr. Schönfeld's bei Verlesung des Protokolls: Hinweis auf einen Fall Lancereau's (1887), in welchem monatelang vorübergehend aphasische Zustände bestanden hatten. Kein Sectionsbefund].

Dr. Schabert erwähnt eines Falles von arteriosklerotischer Schrumpfniere, der im Laufe seiner Krankheit vorübergehende sensorische Aphasie aufwies, ohne je urämische Symptome dargeboten zu haben. Auch er ist geneigt, die urämische Natur des mitgetheilten Falles zu bezweifeln.

Dr. Schönfeld: Er müsse allerdings die Möglichkeit einer Arteriosklerose als Ursache der Aphasie zugeben, und wolle nur bezw. des psychischen Zustandes seines Kranken darauf hinweisen, dass Dr. Dahlfeld denselben beide Mal in besonders schlechtem Zustande gesehen habe; in der Zwischenzeit sei derselbe ganz normal gewesen.

4. Dr. O. Klemm giebt den angekündigten Bericht über die Gärtner'sche Fettmilch.

Unter Betonung dessen, dass bei Ersatz der Muttermilch durch Kuhmilch, welche als das beste Surrogat anzusehen sei, mit dem Keimfreimachen der Milch (Soxhletsverfahren) noch nicht alles gethan sei, sondern dass der Beachtung der chemischen Zusammensetzung der Milch in ihrer eventuellen passenden Modificirung erst das volle Resultat vorbehalten sei, demonstriert Votr. Analysen der Frauenmilch, des Biedert'schen Rahmgemenges und der Gärtner'schen Fettmilch, welche einer Fabrikation des letzteren im Grossen ihre Ent-

stehung verdankt. Dieselbe sei also eine Kuhmilch in modificirter Form, welche die Eigenschaften der Kuhmilch nur zum geringen Theile verloren habe und nach individuellen Bedürfnissen durch Abrahmen bezw. Zusätze umgeformt werden könne. Ihre Vorzüge beständen in der gleichmässigen Zusammensetzung, im Abcentrifugiren des Schlammes und in der relativen Billigkeit. Ein Nachtheil sei die Umlagerung der Fettkügelchen durch das Centrifugiren.

Da die Gärtner'sche Fettmilch eben immer nur ein Kuhmilchpräparat sei, könne man von ihr nicht dasselbe erwarten, wie von guter Frauenmilch, doch seien die Analysen, welche Votr. ausgeführt hat und welche eine befriedigende mittlere Zusammensetzung ergeben, geeignet, ihr unter den Surrogaten der Frauenmilch eine hervorragende Stellung zu verschaffen und rechtfertigten die Empfehlung ihrer Herstellung am Orte.

Dr. R i m s c h a macht darauf aufmerksam, dass je nach der Lactationsperiode Schwankungen in der Zusammensetzung der Milch eintreten, worauf Dr. K l e m m erwidert, dass die von ihm gegebenen Analysen Durchschnittswerthe darstellten und dass beim Betriebe im Grossen solche individuelle Schwankungen dadurch ausgeglichen würden, dass die Sammelmilch einer grössern Herde verarbeitet werde.

Dr. D e u b n e r: Seiner Ansicht nach sei die Bedeutung des Soxhletsverfahrens vom Votr. unterschätzt worden. Er sei geneigt, die Besserung in den Erfolgen der künstlichen Ernährung wesentlich diesem zuzuschreiben und hält die so behandelte Kuhmilch, von gesunden Thieren stammend und bei rationeller Fütterung, für das beste Surrogat der Frauenmilch.

Dr. O. K l e m m kann dem nicht beistimmen. Nur zu häufig seien Misserfolge zu verzeichnen bei sorgfältigster Sterilisierung, nur aus Vernachlässigung chemischer Principien, während umgekehrt nur bei gewöhnlichem Abkochen, aber aufmerksamem Modificiren der Milch man beste Erfolge habe

Dr. K a t t e r f e l d (als Gast) macht auf die grossen Schwankungen in der Zusammensetzung der Kuhmilch je nach Lactationsperiode, Race, Fütterung der Thiere etc. aufmerksam und bezweifelt, dass eine constante Zusammensetzung der Milch erzielbar sein wird, wogegen Dr. K l e m m eine solche wohl

erwartet, da die Milch aus einer Heerde stamme, die unter stetiger Trockenfütterung stehe.

Verschiedene Racen produciren gewiss verschiedene Milchen, die aber in der Hauptsache nur im Fettgehalt schwanken, auf ein und dieselbe Heerde aber werde die Milch eingestellt und von Zeit zu Zeit auf die Constanz geprüft werden müssen, um eventuelle Veränderungen der Präparation vorzunehmen.

Dr. med. H. Schwartz  
d. Z. Secretär.

---

### Sitzung am 1. April 1898.

1. Dr. Schabert demonstriert:

a) Ein Präparat der Harnorgane eines Stricturenkranken mit mehrfachen Harnfisteln, falschen Wegen und periurethraler Abscedirung.

b) Das Präparat einer Tuberculose der Niere und Blase; letztere hatte sich intra vitam durch keinerlei Symptome documentirt.

c) Das Präparat einer Hydronephrose (zufälliger Sectionsbefund): vor der erweiterten Partie des Urethers ein kleines Papillom und ein ca. bohngrosses Concrement. Vort. hält den kleinen Tumor für die primäre Affection.

Dr. Dahlfeld fragt, ob der Tumor, den der recht ansehnliche Hydronephrosensack bildete, intra vitam nicht palpabel war.

Dr. Hampeln: Der betr. Patient war mit einer Pneumonie in die Abtheilung des Krankenhauses eingeliefert worden, so dass sich die Untersuchung naturgemäss auf den Locus affectionis in erster Reihe richtete. Bei schweren Erkrankungen müsse man im Allgemeinen auf überraschende Befunde an den nicht direct betroffenen Organen bei der Nekropsie gefasst sein, weil die Untersuchung derselben intra vitam oft nicht erschöpfend sein kann und darf. Bei Abdominalerkrankungen gehörten dazu ganz bestimmte Bedingungen, nämlich Narkose und leerer Darm. Bei der Patientin, welche in vorge-rücktem Alter, ament und sehr schwach war, war noch dazu meteoristische Spannung vorhanden.

Dr. Dahlfeid wirft die Frage auf, bis zu welcher Grösse herab im Allgemeinen wohl Nierentumoren durch Palpation festgestellt werden könnten.

Dr. Bartels erinnert an eine Mittheilung Israel's über einen palpatorisch festgestellten und durch erfolgreiche Operation bestätigten Nierentumor von ca. Wallnussgrösse.

Dr. Schabert berichtet über seine eigenen Erfahrungen bezüglich der Palpation der Niere. Während Israel und Litten in der Rückenlage palpieren, andere die Seitenlage mit angezogenen Knien bevorzugen, halte er für die günstigste Lage die Halbseitenlage auf der der zu palpierenden entgegengesetzten Seite, mit leichtem Anziehen des correspondirenden, Strecken des entgegengesetzten Beines.

Dr. Thilo empfiehlt als geeignetste Stellung für die Erschlaffung der Bauchdecken die Rückenlage, wobei die Unterschenkel durch einen untergeschobenen Stuhl erhöht werden, jedoch nicht so weit, dass Patient dadurch in eine Hängelage geriethe.

Dr. Hampeln: Die allgemeine Vorschrift Rückenlage mit angezogenen Knien erreiche oft ihren Zweck nicht, bei vielen Patienten sei die Entspannung der Bauchdecken in einfacher Rückenlage stärker. Die Hauptsache dabei sei die Näherung der Insertionspunkte der Mm. recti und obliqui, hierfür sei die Stellung der Beine ziemlich gleichgiltig. Diese Annäherung werde vielleicht am Besten in der Seitenlage erreicht, wobei meist die Wirbelsäule etwas gebeugt werde.

Dr. Hach schliesst sich Dr. Thilo insofern an, als auch er die Erhöhung des Fussendes des Untersuchungsagers für sehr vortheilhaft bei der Palpation des Abdomens hält. Beim Anziehen der Kniee auf ebenem Lager liege der Patient oft nur mit den Fersen auf, sobald aber nicht die Sohle voll aufliege, trete keine vollständige Entspannung ein. Vortheilhaft sei es, auch den Steiss durch ein Keilkissen zu erhöhen.

2. Dr. O. Klemm theilt zunächst mit, dass in der Zusammensetzung der Gärtner'schen Fettmilch eine Aenderung vorgenommen sei, welche einen gewissen Ueberschuss an Casein garantire. Sodann macht er die angekündigten Mittheilungen «Zur Ernährung heredoluetischer Säuglinge». Vortr. wendet sich zunächst gegen die Behauptung Dr. Mey's (cf. Sitzung vom 4. Februar) «für das Gedeihen heredosophi-

litischer Säuglinge sei die Ernährung durch Frauenmilch eine *conditio sine qua non*» und weist an der Hand zahlreicher Citate nach, dass das Mortalitätsverhältniss der Heredosophilitischen bei künstlicher Ernährung zwar erheblich schlechter sei, dass jedoch eine grosse Zahl von Autoren auch bei künstlicher Ernährung günstige Erfolge für möglich halten bezw. erlebt haben. Er halte diese Feststellung für principiel, wichtig in Anbetracht der Frage, ob eine nicht inficirte Mutter ihr syphilitisches Kind selbst stillen dürfe. Im Hinblick darauf, dass das Colles'sche Gesetz keine unbedingte Giltigkeit habe, bezeichnet Vort. die ärztliche Einwilligung hierzu als ein Hazardspiel mit Leben und Gesundheit der Mutter. Auch einer gesunden Amme unter Aufklärung über das Risiko der Infection dürfe ein heredoluetisches Kind nicht übergeben werden, da eine solche Person nicht im Stande sei, sich von der Grösse und Bedeutung der Gefahr, in welche sie sich begeben, eine Vorstellung zu machen. Ernährung durch Frauenmilch sei also nur statthaft, wenn die stillende Frau sicher luetisch inficirt sei. Wo dieser Nachweis fehle, sei künstlich zu ernähren.

Dr. Rulle hat ebenfalls gutes Gedeihen Heredosophilitischer bei künstlicher Ernährung beobachtet. Er empfiehlt, frühzeitig die Amylaceen zur Ernährung heranzuziehen, welche im Vereine mit kalten Frottirungen anregend auf den Stoffumsatz wirkten.

Dr. Deubner: Wie für gesunde Kinder, so müsse ganz besonders für kranke die Muttermilch a priori als beste Nahrung bezeichnet werden. Bei der unbemittelten Bevölkerung, Fabrikarbeitern etc. sei man jedoch oft durch die Verhältnisse zu künstlicher Ernährung gezwungen, auch er könne das Gedeihen einer ganzen Anzahl Heredosophilitischer bei derselben bestätigen. Eine Infection der nicht syphilitischen Mutter durch ihr Kind hält er für sehr selten und lässt daher im Allgemeinen die Mutter ihr Kind stillen, wo die Verhältnisse es erlauben. Ohne sie als Begründung für sein persönliches Handeln in Anspruch zu nehmen, führt er betreffs Heranziehung einer Amme Henoch's Ansicht an, der «nicht ansteht, einer solchen nach genügender Aufklärung auch ein syphilitisches Kind zu übergeben, wenn dasselbe keine Affectionen der Mundhöhle habe und genügende

Vorsicht in Behandlung der Brustwarzen etc. geübt werde. Man sei oft aus Gründen der Discretion gezwungen, zur Ammenernährung zu greifen und er müsse zwar die Möglichkeit der Infection zugeben, habe jedoch selbst keinen Fall davon gesehen».

Dr. Woloshinski hält das Stillen durch die nichtinfectirte Mutter für zulässig; dieselbe sei durch das Zusammenleben mit dem luetischen Manne dauernd in viel höherem Grade gefährdet als durch das Kind. Für letzteres aber wären die Chancen doch gegenüber der künstlichen Ernährung, wie die vom Vortr. angeführten Zahlen ergeben, so viel günstiger gegenüber einer künstlichen Ernährung, dass der Versuch, die Mutter vor einer Infection zu bewahren, der sie später schwerlich entgehe, dem gegenüber kaum Beachtung beanspruchen könne.

Unter nochmaligem Hinweis auf seine Ausführungen erwidert Dr. Klemm, die hohen Mortalitätsziffern kämen zum Theil doch auch auf Rechnung der Syphilis, die ja auch unter den Brustkindern ihre Opfer fordere. Die Gesundheit der Mutter um eines schwächlichen syphilitischen Kindes willen zu gefährden, halte er nicht für gerechtfertigt.

Dr. med. H. Schwartz,  
d. Z. Secretär.

---

### Sitzung am 15. April 1898.

1. Dr. Krannhals demonstriert:

a) Ein Herz mit grossem Kugelthrombus im linken Vorhofe.

b) Ein Herz mit hochgradigen endocarditischen Veränderungen (stalaktitenartige Wucherungen der Aortenklappen).

Dr. Hampeln bemerkt zu dem Falle der Kugelthrombose, die grosse Seltenheit dieses Befundes betonend, von dem er aus eigener Anschauung keinen anderen Fall kenne, dass die klinische Diagnose dieses eigenthümlichen Zustandes zwar nicht immer möglich, unter günstigen Umständen aber doch zu stellen sei. Nach Ziemssen sei man berechtigt, an eine solche Erscheinung zu denken, wenn im Verlauf einer

bis dahin gut compensirten Mitralstenose sich plötzlich hochgradige Circulationsstörung ohne Fieber einstelle. In diesem Falle sei der Kranke bereits mit hochgradiger Circulationsstörung ins Krankenhaus gekommen, es habe also an einem Moment gefehlt, welches den Verdacht in dieser Richtung rege werden liess.

Zum zweiten Falle bemerkt Dr. Hampeln, seiner Erfahrung nach scheine bei den Erkrankungen des Aortenostiums, deren grösste Anzahl ja von den auf arteriosclerotischer Basis entstehenden Läsionen gebildet werde, die Endocarditis als nächst häufige Ursache ein abweichendes Verhalten von der der anderen Ostien zu zeigen, indem sie zu einem chronischen schleichend progredienten Verlaufe neige. Während die Klappenfehler des Ostium venosum meist Folgezustände einer abgelaufenen Endocarditis seien und die Kranken meist erst der Circulationsstörung bei eintretender Herzinsuffizienz erliegen, sei bei Aortenfehlern der tödtliche Ausgang meist durch die Endocarditis selbst bedingt, die vorzugsweise schleichend, ohne sich nach aussen zu documentiren, verlaufe. Auffallende Symptome, wie Schüttelfröste, hohes Fieber u. s. w. seien mehr der frischen Endocarditis eigen. Dieses Verhalten sei stets in localen Verhältnissen begründet: Die Aortenklappen seien viel bürskeren Einflüssen seitens des Blutstromes ausgesetzt, während das Entströmen des Blutes am Ost. venos. langsamer und unter geringerem Drucke geschehe und daher der Klappenapparat nicht so der Zerrung und Dehnung unterworfen sei, welche dem Eindringen der Krankheitserreger in das Gewebe Vorschub leiste.

2. Dr. Mey hält den angekündigten Vortrag: «Zur Klinik der Influenza».

Mehrere Fälle fieberhafter Erkrankung bei Kindern von 6—11 Jahren, in kinderreichen Familien, ziemlich gleichzeitige Erkrankung unter Mattigkeit, Gliederschmerzen, Kopfschmerz, geringem Schnupfen, Husten und Frösteln mit mässigen Fieberbewegungen, Dauer meist 2—6 Tage. In 2 Fällen, bei einem 7jährigen Mädchen und 10jährigen Knaben, zeigte sich ein ungewöhnlich protrahirter Verlauf (5 bzw. 8 Wochen) bei Abwesenheit nachweisbarer Organveränderungen. Das Fieber setzte unter initialem Frösteln ein, zeigte zunächst stark re-

mittirenden Typus: Frostanfall von 15–20 Minuten Dauer täglich Nachmittags mit nachfolgendem Hitzestadium, Entfieberung während der Nacht. Chinin erfolglos.

Zu Gunsten der Annahme einer gemeinsamen aetiologischen Basis und zwar einer Influenzainfection für die mitgetheilten Krankheitsbilder spreche: das gleichzeitige Vorhandensein ähnlicher Erkrankungsformen in grösserer Anzahl im Verlaufe des ganzen Winters, das Ergriffenwerden ganzer Familien, der Nachweis eines mehr oder weniger deutlich erkennbaren Nasenrachencatarrhs, endlich der günstige Ausgang und die ungestörte Reconvalescenz.

Dr. Treymann richtet an Vortragenden die Frage, ob er in der Lage sei, über die Geschichte der früheren Pandemien der sogen. Grippe Mittheilungen zu machen und ob sich nicht aus Analogien mit früheren Massenerkrankungen eine Hoffnung auf ein allmähliches vollständiges Erlöschen der Epidemie für einen längeren Zeitraum ergebe?

Dr. Mey kann über die Geschichte der früheren Epidemien keine Mittheilungen machen. Er weist darauf hin, dass doch auch vor der 89er Epidemie das Krankheitsbild nicht ganz verschwunden war, da man damals vielfach einen Unterschied zwischen Influenza vera (der neuen Pandemie angehörigen Erkrankungen) und I. nostras machen wollte.

Dr. Hampeln: Votr. sei zur Diagnose «Influenza» gelangt auf Grund der zeitlichen und örtlichen Häufung der Erkrankungen und per exclusionem. Doch sei s. E. der Typhus abdom. bzw. das Typhoid bei einigen der vorgestellten Temperaturcurven nicht mit Sicherheit auszuschliessen, da ein ähnlicher Fieberverlauf auch bei diesem gelegentlich vorkommen könne und Darmerscheinungen nicht nothwendig manifest zu werden brauchten. Jedenfalls wäre eine bacteriologische Untersuchung sehr wünschenswerth gewesen.

Dr. Mey glaubte Typhus ausschliessen zu können, weil — auch bei Fällen mit remittirendem Fieber — doch immer eine kürzere oder längere Continua vorausgehe.

Demgegenüber weist Dr. Hampeln auf die von Weil constatirten Fälle von rein intermittirenden Typhen hin.

Dr. Kranhals hat einen Fall von Influenza mit ausserordentlich protahirtem Verlauf beobachtet. Derselbe spiele seit October vorigen Jahres und sei erst vor Kurzem in die

Reconvalescenz eingetreten. Er habe anfangs an Meningitis, später an eine schleichende Tuberculose gedacht, bis ihm schliesslich der Nachweis der Influenzabacillen im Sputum gelang. Die Diagnose derselben aus dem Sputum sei mit ziemlicher Sicherheit zu machen.

Dr. O. Klemm wirft die Frage auf, ob diese Mikroben bereits mit Sicherheit als Erreger der Influenza bezeichnet werden könnten, worauf Dr. Krahnhalß erwidert, dass man nach dem heutigen Stande der Frage zu dieser Annahme wohl berechtigt sei. Es seien zwar von verschiedenen Seiten Zweifel kundgegeben worden, doch kenne man vorläufig keinen anderen Erreger der Influenza.

Dr. O. Klemm: Votr. habe auf die Erfolglosigkeit des Chinin hin Malaria ausgeschlossen. Nun sei ja aber bekannt, dass es Fälle von Malaria gebe, in denen Chinin versage. Er selbst habe Fälle gesehen, in denen Chinin ganz wirkungslos war und erst Phenocollum hydrochlor. Erfolg hatte.

Dr. Hampeln: Zum Ausschliessen der Malaria seien ja vom Votr. ausser dem mangelnden Erfolge von Chinin noch andere Momente herangezogen worden. Er richtet an Vortragenden die Frage, ob in einem der Fälle Milztumor zu constatiren gewesen sei, welche vom Votr. verneinend beantwortet wird.

Dr. med. H. Schwartz,  
d. Z. Secretär.

---

## Sitzung am 6. Mai 1898.

1. Dr. Thilo: Ueber Kraftmessung zu ärztlichen Zwecken.

Unter Demonstration einiger Apparate und Referirung von Krankengeschichten betont Votr. die Wichtigkeit einer exacten Bestimmung der Leistung der einzelnen Muskeln bei Erkrankungen des Bewegungsapparates (lähmungsartigen Zuständen bezw. Beschäftigungsneurosen u. dergl.), um hierdurch zu einer causalen Diagnose der Bewegungsdefecte zu gelangen und der Therapie, welche in den vom Votr. wiederholt demonstirten Uebungen an einfachen Rollenapparaten mit Gewichtszügen bestand, den richtigen Angriffspunct anzuweisen.

Dr. v. Böhlendorff hält die Dosirung der Uebungen mittels der Thilo'schen Apparate zwar für chirurgische Zwecke für im Allgemeinen genügend, meint aber, dass in Fällen, wo Uebungstherapie bei Erkrankungen der inneren Organe, wie z. B. des Herzens in Betracht komme, doch den genauer einstellbaren Zanderapparaten der Vorzug zu geben sei.

Dr. Thilo bemerkt, dass Max Herz bei Besprechung seiner Methoden gerade die vielseitige Anwendbarkeit seiner (Thilo's) Apparate bei einfachster Construction und ihre genaue Einstellbarkeit rühme und sie in letzterer Beziehung den Zander'schen völlig gleichgestellt habe.

2. Dr. Thilo demonstrirt ferner eine aus allseitig gehauenen Draht bestehende Gypssäge, welche in einigen Zügen jeden Gypsverband leicht aufschneidet.

3. Dr. L. Helmsing bespricht unter Demonstration der betreffenden Präparate 2 von ihm durch Laparotomie operirte Fälle von Extrauterin gravidität. (Erscheint im Druck.)

Dr. v. Knorre: Die Hämatocele beruhe nach den gegenwärtigen Anschauungen wohl stets auf abortiver Extrauterin gravidität. Die sogenannte primäre H. werde von den meisten Autoren nicht mehr angenommen und die Erklärung derselben durch abnorme Blutung bei der Ovulation nicht acceptirt, sondern sie beruhen wohl stets auf einer frühzeitigen Ruptur des Fruchtsackes, bevor noch die Diagnose der Gravidität gestellt wurde. Die Therapie deckt sich jedenfalls mit der der ektoqischen Schwangerschaft und habe in der Incision zu bestehen. Es sei nur fraglich, welchem Wege des operativen Verfahrens der Vorzug zu geben sei, ob der Laparotomie oder der vaginalen Coeliotomie. Letztere könne unter Umständen vorzuziehen sein. Entscheidend sei neben den besonderen Umständen der Situation des Tumors die Zeit der eingetretenen Ruptur. Sei diese eine sehr frühe, so sei die vaginale Incision möglich.

Dr. Treymann: Er verfüge über ca. 1 Dutzend Fälle von Hämatocele retrouterina, die er sämmtlich für Folgen ektopischer Gravidität halte. Er halte die Laparotomie jedenfalls für das geeignetste Verfahren, da sie das Operationsfeld am ausgiebigsten zugänglich mache. Die einzelnen Umstände des Falles, der Kräftezustand der Pat. könne zu der weniger

eingreifenden Colpotomie nöthigen: er halte jedoch dieselbe für um so gefährlicher, je frischer der Tubenabort sei.

Dr. Helmsing: In dem einen seiner Fälle war ein Schwanken zwischen diesen beiden Operationsverfahren nicht möglich: der Tumor lag so hoch, dass er auf vaginalem Wege nicht zu erreichen war, somit die Laparotomie das einzig indicirte Verfahren darstellte. Er ist geneigt, dieselbe überhaupt als das principiell Richtige in allen Fällen anzusehen und die vaginale Incision nur für vereiternde oder verjauchende H. gelten zu lassen.

4. Dr. O. Klemm berichtet kurz über einen Fall von schweren Erscheinungen, deren Pathogenese seiner Ansicht nach z. T. in einer Depression der Vagusthätigkeit zu suchen sei, nach Darreichung von 2 Mal 0,3 Orexin basicum. Die Dosirung sei mit 0,3—0,5 angegeben, scheine ihm jedoch nach dieser Erfahrung viel zu hoch und empfiehlt er jedenfalls im Beginn das Mittel nur in viel kleinerer Dosis, etwa 0,1 zu ordiniren.

Dr. H. Schwartz berichtet, dass im Jahre 1890 an der Klinik von Schultze in Bonn das damals von Penzoldt empfohlene Orexin hydrochlor. Gegenstand von Versuchen gewesen sei, welche zu einer Empfehlung des Mittels für die Praxis nicht führten.

Dr. Bartels erinnert daran, dass Penzoldt selbst als Anfangsdosis 0,1 angegeben habe. Allerdings habe er als einzigen Uebelstand einer höheren Anfangsdosis nur das Erbrechen derselben bezeichnet.

Dr. Mey erwähnt, dass während seiner Assistentenzeit am hiesigen Krankenhause das Orexin dort mehrfach in Anwendung gekommen sei, allerdings sei über 0,3 nicht hinausgegangen. Schlimmer Folgen könne er sich nicht erinnern.

5. Dr. Voss weist ein gläsernes Gefäss in Pfeifenform mit Gradirung vor, das gegenwärtig vielfach als Arzneiglas für Kranke Anwendung finde. Er zeige es jedoch vor, weil es vielfach auch in anderer Weise benutzt werde, nämlich zur Nasenspülung, und spricht eine eindringliche Warnung vor dieser Verwendung aus, als deren Folgen ihm noch kürzlich eine doppelseitige Otitis media vorgekommen sei (Pat. hatte die Spülungen auf eigene Hand unternommen). Er benutze die Gelegenheit, im Allgemeinen vor den viel zu viel ange-

wandten und oft leichtsinnig verordneten Nasenspülungen zu warnen. Dieselben seien so wenig als möglich anzuwenden und nur in ganz bestimmten Fällen zulässig.

Dr. Rimscha und Dr. F. Berg betonen unter Zustimmung des Vortr. die Unentbehrlichkeit der Spülungen bei Ozaena; auf Anfrage des Letzteren erklärt Dr. Voss den Spray für relativ harmlos und zulässig.

Dr. med. H. Schwartz,  
d. Z. Secretär.

---

### Sitzung am 20. Mai 1898.

1. Dr. Mey stellt ein 7monatliches Kind mit hereditärer Lues vor.

2. Dr. Rimscha glaubt in der vorigen Sitzung nicht von allen Anwesenden richtig verstanden zu sein und trägt seine Ansichten über die Nasenspülungen in folgenden Thesen vor:

1) Nasenspülungen werden überaus häufig ohne genügende Indication verordnet.

2) Dieselben sind, wenn nicht regelrecht applicirt, in hohem Grade gefährlich.

3) Unentbehrlich sind Nasenspülungen in der Behandlung der Ozaena.

4) Bei acuten Infectionskrankheiten sind Nasenspülungen nur bei vorhandener Indication anzuwenden.

Dr. Bergengrün: Bei Tumoren oder sonstigen mechanischen Verengerungen der Nase sei mit Spülungen natürlich nichts auszurichten, daher müssten erst diese radical in Angriff genommen werden. dann erst könnten event. secundäre Veränderungen der hinter der Verengung gelegenen Theile durch Spülungen beseitigt werden, welche bis in den Nasenrachenraum reichen müssten, um wirksam zu sein. Gegen symptomatische Anwendung des Spray's sei sonst nichts einzuwenden, derselbe sei, in aufsteigender Richtung applicirt, nicht gefährlich, aber auch wenig wirksam.

Dr. Bernsdorff deutet auf die häufige Nothwendigkeit der Spülungen bei acuten Infectionskrankheiten (Scharlach bezw. Diphtherie) hin.

Dr. v. Rimscha: Im Allgemeinen seien regelmässige Spülungen als Prophylaxe bei acuten Infectionskrankheiten nicht angezeigt, Wo die Indication dafür vorhanden, müssten sie, lege artis applicirt, in Anwendung kommen.

Dr. Bergengrün: Bei Scharlach bezw. Diphtherie wirken Spülungen oft sehr erleichternd und seien nicht zu entbehren. Bei sorgfältiger Prophylaxe bezüglich der oberen Luftwege glaube Eichhorst in seiner Klinik im Laufe von 10 Jahren eine Abnahme der Larynxcomplicationen bei Typhus abdominalis constatiren zu können.

Dr. Voss: Die Entscheidung, ob prophylactische Spülungen bei acuten Infectionskrankheiten von Nutzen seien, oder nicht, sei schwierig. Wechsel der Frequenz der Complicationen der gleichen Erkrankung bei gleicher Behandlung könne durch den Character der Epidemie bedingt sein. Dass die Spülungen bei wirklicher Betheiligung des Nasenrachenraums den Kranken wesentliche Erleichterung brächten, sei ausser Frage.

3, Dr. v. Bergmann berichtet über eine Resection des Ganglion Gasseri wegen Neuralgie aller 3 Aeste des Trigemini. (Erscheint im Druck.)

Dr. Dahlfeld weist auf die Nothwendigkeit einer genauen Beobachtung des Auges der resecirten Seite hin. Selbst mit Verlust desselben sei aber eventuell die Befreiung des Kranken von seinen quälenden Zuständen wohlfeil erkauft. Unbedingt nothwendig sei aber eine Orientirung über den Zustand des anderen Auges vor der Operation.

Dr. Bergengrün fragt nach den Resultaten der Operation im Vergleich zu denen der Resection aller 3 Aeste des Trigemini und nach eventuellen Recidiven nach Resection des Ganglion.

Dr. v. Bergmann: Die Resection des Ganglion sei nur für die allerschwersten Fälle zu reserviren, in denen alle 3 Aeste erkrankt seien und jede andere Therapie sich als wirkungslos erwiesen habe. Die Casuistik sei noch nicht sehr gross, in einigen Fällen sei Resection der 3 Aeste vorher schon vergeblich gemacht worden. Mikroskopische Untersuchungen haben in solchen Fällen anatomische Veränderungen am Ganglion ergeben. Bis jetzt seien bei einer Beobachtungsdauer von 6—7 Jahren keine Recidive zur Beobach-

tung gekommen. Krause empfehle vor der Operation noch einen Versuch mit Aconitum nitr. Merck, das auch in seinem Falle mit nur sehr geringem Erfolge in Anwendung gekommen sei.

Dr. Schönfeld, der den Kranken Dr. v. B.'s vor der Operation gesehen, befürwortet dieselbe lebhaft. Der Anfall der motorischen Function der kranken Seite komme nicht in Betracht, da die Kranken sich das Kauen mit der kranken Seite schon längst abgewöhnt haben und derselben hierzu gar nicht bedürften.

Dr. v. Bergmann: Die Vorschläge Dr. Dahlfeld's seien wohl zu berücksichtigen. Sehr zu empfehlen sei der Schutz des Auges der operirten Seite durch Glas, da diese Augen andere feste Verbände schlecht vertragen.

Dr. W. Lieven hat Koch in Dorpat das Ganglion Gossieri mit Erfolg reseciren sehen, nachdem die Resection der 3 Aeste erfolglos gewesen war.

4. Dr. Bornhaupt (als Gast) referirt über einen Fall eines Diverticulum Meckelii bei einem 4<sup>1/2</sup>jährigen Kinde. 7 Tage lang Occlusionserscheinungen, doch geht nach Klysmen mehrfach spärlicher Stuhl, auch Winde ab, der Darm von dem 3 querverlaufende, geblähte Schlingen am aufgetriebenen Abdomen zu palpiren sind, collabirt gelegentlich dennoch, um sich später wieder meteoristisch zu blähen. Am 7. Tage Untersuchung in Narkose, darauf Laparotomie (Dr. v. Bergmann): Divertikel der Ileocoecalgegend, mit dem freien Ende, welches perforirt ist, an einen Netzstrang verlöthet, nach oben geschlagen, dadurch Einschnürung einer Darmschlinge. Resection von 27 Cm. Darm, Murphyknopf. Am folgenden Tage exitus. Bei der Section keine Peritonitis, keine Blutung; guter Sitz des Murphyknopfes.

Vortragender giebt einige Bemerkungen zur Genese des Divertic. Meckelii und über die Entstehung der Einklemmung durch dasselbe.

Dr. v. Bergmann: Am Morgen des 7. Krankheitstages habe er den Kranken zum ersten Male untersucht. Da Winde abgingen und der Darm collabirte, habe er noch abzuwarten beschlossen, bis am Abend meteoristische Steifung des Darmes die Untersuchung in Narkose erforderte, welcher er, als sich in der Ileocoecalgegend ein querverlaufender, wurstför-

miger Tumor nachweisen liess, die Operation anschloss. Die Section habe einen ganz negativen Befund ergeben, so dass die causa exitus ganz im Dunkeln bleibe.

5. Dr. v. Broecker (als Gast) referirt über einen Fall von Haematocele anteuterina aus dem städtischen Krankenhause. (Erscheint im Druck.)

Dr. Treymann ist geneigt, die Ursache der H. in diesem Falle in einem Tubenabort zu sehen, gegen dessen Annahme das Vorhandensein der Menses nicht zu sprechen brauche. Dieser Fall gehöre zu den schweren Differentialdiagnosen zwischen Darm- und Adnexerkrankungen, zu deren Casuistik er einige Fälle aus seiner eigenen Beobachtung anführen könne. Im ersten davon wurde in der Annahme einer jauchigen Perimetritis dieselbe eröffnet; Recidiv, Laparotomie; Befund: eitrige Perityphlitis. Im zweiten Falle wurde ein Carcinom des Dünndarms mit einem Tumor des linken Ovariums verwechselt; es lagen keine Darmerscheinungen, nur locale Schmerzen vor. Bei der Laparotomie fand sich eine ausgedehnte Carcinomentwicklung. Darmresection, Heilung, danach bald exitus letalis. Sectionsbefund: erbsengrosse Perforation des Dünndarms 7 Cm. oberhalb der Narbe.

Dr. med. H. Schwartz,  
d. Z. Secretär.