

68,452



Separatabdruck aus d. «St. Petersburger Medicin. Wochenschr.»

Mittheilungen

aus der

Gesellschaft praktischer Aerzte

zu Riga.

1898/99.



St. Petersburg,
Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. № 15
1900

Separatabdruck aus d. «St. Petersburger Medicin. Wochenschr.»

Mittheilungen

aus der

Gesellschaft praktischer Aerzte

zu Riga.

1898/99.

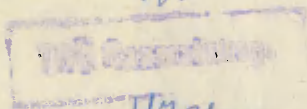


St. Petersburg.
Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. № 15.
1900

Дозволено цензурою Слб.. 24 Марта 1900 г.

Типографія А. Вивеке, Екатерингофскій просп., № 15.

Ent.



4736

Sitzung am 2. September 1898.

1. Dr. Stender (als Gast) demonstriert einen Patienten, Seemann von Beruf, welcher an Beri Beri leidet. Patient habe sich das Leiden in einem Küstenorte Mexiko's, wo es endemisch sei, zugezogen.

2. Dr. M. Schmidt hält den angekündigten Vortrag über «Serumbehandlung der Diphtherie». (Bericht über die im Stadtkrankenhaus während des Jahres 1897 behandelten Diphtheriefälle.)

Dr. Bergengrün fragt Vortragenden, ob er bei seinem Material seit der Serumperiode eine Frequenzabnahme der Folgezustände der Diphtherie, speciell der Lähmungen, constatiren könne?

Dr. Schmidt: Zur Beantwortung dieser Frage sei sein Material nicht geeignet, da, abgesehen von den frühen Herzlähmungen, event. einigen Lähmungen resp. Paresen der Glottisöffner, die diphtheritischen Lähmungen zu den Spätfolgen der Diphtherie gehörten und daher im Hospital kaum zur Beobachtung kämen.

Dr. v. Holst: In der Privatpraxis seien ihm mehrere Fälle später postdiphtheritischer Lähmungen begegnet, welche ihrer Zeit der Serumtherapie unterzogen worden waren.

Dr. Dahlfeld: Diphtheritische Accommodationslähmungen seien ihm allerdings seit 7—8 Jahren nicht zu Gesicht gekommen, während dieselben früher nicht so selten waren, in Jahren schwerer Diphtherie-Epidemien oft recht zahlreich.

Dr. v. Holst bemerkt, er habe in seinen Fällen mehrfach anamnestisch vorübergehende Sehschwäche eruiiren können. In vielen Fällen mögen leichtere Sehstörungen der Patienten unbemerkt bleiben.

Dr. Dahlfeld: Accommodationslähmungen dauerten meist 4—6 Wochen und würden nicht so leicht übersehen, da die

Sehstörung meist eine recht erhebliche sei. Nur bei Ungebildeten oder sehr kleinen Kindern sei dies möglich, sonst kämen die Fälle wohl sämtlich den Augenärzten zur Beobachtung.

Dr. Zwingmann hat in den letzten 3 Jahren nur einen Fall postdiphtheritischer Accommodationslähmung gesehen. Er richtet an Vortragenden die Frage, ob im Krankenhause prophylactisch Seruminjectionen gemacht würden, was vom Vortragenden verneint wird.

Dr. Stavenhagen bemerkt, an dem Material der Augenklinik kämen durchschnittlich 2—3 Fälle schwerer postdiphtheritischer Accommodationslähmung im Jahre vor, auch leichtere Fälle von 3—4 wöchentlicher Dauer kämen zur Beobachtung; er halte es doch für möglich, dass solche auch gelegentlich der Beobachtung verloren gingen.

Dr. v. Rimscha fragt den Vortragenden, ob am Krankenhause die Diagnose bacteriologisch gestellt würde und bemerkt auf Dr. Schmidt's verneinende Antwort, dass bei der Schwierigkeit der ausschliesslich klinischen Diagnose die Resultate der Statistik vielleicht von grösserem Werth sein würden, wenn man für dieselbe nur die Tracheotomirten, bei denen der diphtheritische Charakter der Erkrankung ausser Zweifel stehe, benutzen wollte.

Dr. Zwingmann stellt die Frage, ob nicht jetzt im Allgemeinen mehr tracheotomirt würde als früher?

Dr. Schmidt: Die Indicationen zur Tracheotomie seien dieselben wie früher: 1) unmittelbar drohende Erstickung; 2) andauernde Unfähigkeit der Patienten, zu schlafen oder Nahrung zu sich zu nehmen, wo durch die Tracheotomie einer zu raschen Consumption der Kräfte vorgebeugt werden soll.

3. Dr. Heerwagen berichtet über eine zweite Serie bacteriologischer und chemischer Untersuchungen des Dünewassers. (Im Druck erschienen.)

d. Z. Secretär Dr. H. Schwartz.

Sitzung am 16. September 1898.

1. Dr. v. Bergmann berichtet über 3, Dr. Hohlbeck (als Gast) über 1 Fall von Volvulus der Flexura sigmoidea aus dem städtischen Krankenhause.

1) Dr. v. Bergmann: T. D., 76 a. n. Anamnestisch keine Darmerkrankungen; seit vielen Jahren Scrotalhernie. Vor 5 Tagen plötzlich Schmerzen in der linken Seite, seitdem kein Stuhl, keine Winde. Erbrechen hat Patient nicht. Zunge rissig, trocken. Hagerer Mann, rigide Arterien, Puls voll, regelmässig; Temperatur 37,5°, Herz und Lungen normal.

Abdomen aufgetrieben, asymmetrisch; rechts von der Ileo-coecalgegend aufsteigend wölbt sich quer über dem Epigastrium eine grosse geblähte Darmschlinge vor. Links keine Druckempfindlichkeit, kein Tumor. Rectum leer, Lavement kommt gleich zurück. 27. April Operation. Schnitt in der Linea alba. Die colossal geblähte, von links nach rechts um 180° gedrehte Flexur wälzt sich aus dem Schnitt heraus und dreht sich mit geringer Nachhilfe wieder zurecht; trotz per rectum eingeführten Darmrohrs geht nur wenig Darminhalt und Gas ab; darauf Eröffnung des Darms durch einen Schnitt an der Kuppe der Flexur, theilweise Entleerung und Collabieren des Darms, doch bleiben Colon transvers. und ascend. noch gebläht, offenbar weil die paralytische Flexur die Weiterbeförderung des Inhalts nicht leistet. Zudem liegen die beiden Schenkel der Flexur flintenlaufählich aneinander und sind durch das entzündlich verdickte und geschrumpfte Mesenterium so fixirt. Daher Murphy-anastomose zwischen Coecum und unterstem Abschnitt der Flexur: Schluss der Bauchwunde durch 2etägige Naht. Vom 28. April bis 5. Mai beständige Entleerung von flüssigem Koth. Temperatur bis auf eine einzige Steigerung von 38,0° im ganzen Verlauf normal. In der Naht einige Abscesse durch Necrose in Folge zu stark geschnürter Fäden, Auseinanderweichen der Wundränder, späterer Schluss durch Secundärnaht. Der Murphyknopf ging am 9. Mai ab. 13. Juni wird Patient entlassen: hat sich gut erholt, 1—2 Mal täglich Stuhl von normaler Consistenz.

2) L. M., 44 a. n. Seit 6 Tagen weder Stuhl noch Winde täglich mehrfach erbrochen. Starker Kräfteverfall. Einige Tage vorher soll nach einem ihm vom Arzte verordneten Pulver viel stinkende Flüssigkeit per anum abgegangen sein. Früher häufig an Stuhlverhaltung gelitten. Puls klein, kaum zählbar. Abdomen prall gespannt, aufgetrieben, asymmetrisch,

mächtig geblähte Darmschlinge rechts von der Symphyse aufsteigend, verläuft quer über das Epigastrium. Links kein Tumor, Rectum leer, Schleimhaut sammtartig, nach oben stösst der Finger auf ein Hinderniss. Operation (11. Juli) wie in Fall 1; $\frac{3}{4}$ Drehung der flintenrohrartig zusammenliegenden Flexurschenkel. Nach der Operation Besserung, die ganze Nacht hindurch reichliche Entleerung von Koth. 12 Juli, 6 Uhr Nachm. Exitus. Section: Necrose der Schleimhaut des Dickdarms bis ins Coecum.

3) M. R., 46 a. n. Vor 4 Tagen plötzlich starke Leibschmerzen, seitdem weder Stuhl noch Winde, täglich Erbrechen. Am Tage vor der Operation applicirtes Klystier kam blutig gefärbt zurück. Früher nur vorübergehende Verdauungsbeschwerden, sonst gesund. Mittlere Ernährung, Puls 120, kaum fühlbar, Verfall. Abdomen asymmetrisch, rechts vom Nabel stark geblähte Darmschlinge sicht- und fühlbar, um den Nabel in kurzem Bogen sich herumziehend, ihrem Durchmesser nach einer geblähten Flexur nicht entsprechend. 11. Juli Operation: Schnitt in der Linea alba, $1\frac{1}{2}$ Mal um die Axe gedrehte Flexur; Detorsion und Einführung eines Darmrohrs per anum, worauf der Darm sofort colabirt. Reposition, 2etägige Naht. Reactionsloser Verlauf, primäre Wundheilung.

(Autoreferat.)

Dr. v. Bergmann fügt hinzu, die Diagnose der Axendrehung der Flexur sei ja im Allgemeinen leicht; eine so enorme Blähung einer Darmschlinge, wie hierbei, komme bei einem anderen Zustande kaum vor. Es kämen aber zuweilen Abweichungen vom typischen Bilde vor, welche die Diagnose zu einer schwierigen machen. So sei zuweilen die Blähung der Schlinge nur gering; es könne auch die geblähte Flexur bei Hochstand sich unter dem Rippenbogen verbergen oder nach links unter das Diaphragma zwischen Magen und Milz sich hineinbegeben und so die localmeteoristische Auftreibung sich dem Nachweis entziehen. Ferner könne ein labiler Meteorismus, wie er auch dem Plumbismus und der Kothstauung eigen sei, zur Verwechslung dieser Zustände mit höher im Dünndarm sitzenden Occlusionen und umgekehrt Veranlassung geben. Wichtig sei hier die Anamnese und der Allgemeinzustand (kleiner Puls, verfallenes Aussehen der Pleuskranken).

Bei der Wichtigkeit einer schnellen Entscheidung sei hier die Untersuchung in der Narcose unentbehrlich; aber auch hier seien Ueberraschungen möglich. Als Beispiel führt Vortragender einen Fall an, in welchem nach Perityphlitis Occlusion mit einer localmeteoristisch geblähten Schlinge eintrat. In der Narcose collabirte die Schlinge und konnte Vortragender erst bei der Operation den collabirten Darm entlang tastend, das Hinderniss an anderer Stelle auffinden.

Dr. Voss: Neu sei bei den geschilderten Fällen die Anlegung der Enteroanastomose nach beendeter Detorsion. Er richtet an Vortragenden die Frage, ob er in der Literatur Angaben darüber gefunden? Ihm selbst seien solche nicht bekannt.

Dr. v. Bergmann: Er habe keine Angaben darüber gefunden, obgleich er nicht zweifle, dass ein derartiges Verfahren gelegentlich auch schon von anderen Operateuren eingeschlagen und dann wohl auch veröffentlicht sei. Ihm selbst habe es sich aus der Situation mit Nothwendigkeit ergeben, da sonst nur Resection des Darmes übrigblieb.

Dr. v. Stryk fragt an, ob in dem von Dr. Hohlbeck referirten Fall (nachträgliches Aufgehen der Bauchwunde durch unzumessiges Verhalten des Patienten und Prolaps einer grösseren Darmpartie) bei Erkennung der Diastase secundäre Nähte angelegt wurden?

Dr. Hohlbeck: Nein, in einem früher im Krankenhause beobachteten Falle, wo das geschehen, sei Peritonitis aufgetreten, es wurde daher vorgezogen, um den Darm besser unter Controle zu haben, expectativ zu behandeln. Bei der Länge des Zeitraums seit der Operation durfte man auch auf das Vorhandensein genügender Adhäsionen rechnen.

Dr. v. Bergmann: Da der Darm auch nach Detorsion und Einführen des Darmrohres per anum oft nur ungenügend collabire, sei das Schliessen der Bauchwunde bei solchen Kranken oft sehr schwierig, so dass Platzen der Nähte oder nachträgliche Diastasen hierbei nicht zu den Seltenheiten gehörten.

2. Dr. Bornhaupt (als Gast) berichtet unter Vorstellung von 3 Fällen über die radicale Bruchoperation nach Bassini.

Dr. v. Bergmann: Der schwächste Punkt der Operation liege in der Etagnennaht und der damit verbundenen Versenkung des Nahtmaterials, doch seien die Erfahrungen bisher gute. Vielleicht komme hier auch die Versorgung der Nähseide (nach der Sterilisation in Salicylalkohol aufbewahrt und aus diesem direct gereicht) in Betracht. Unter den Misserfolgen in dieser Beziehung habe sich in einem Falle kein evidentere Grund finden lassen, in einem zweiten erkrankte Patient an Typhus und wurde bis zur Feststellung der Diagnose der Verband zur Besichtigung der Wunde häufig geöffnet; der dritte Fall war derartig verschmutzt, dass auch trotz wiederholter Bäder keine genügende Reinigung zu erzielen war. Die Methode selbst halte er für gut und sicher.

3. Dr. v. Holst jun. (als Gast) berichtet über einen Fall von hysterischer Skoliose aus dem Krankenhause (mit Erscheinungen der Spinalirritation, Gehstörung und Dorsal- und secundärer Lumbalskoliose angekommenes Mädchen; die Skoliose schwand sofort auf electriche Behandlung).

Dr. v. Holst 1. fragt, ob vor der Gehstörung schon Erscheinungen der Skoliose bestanden hätten? Dieser Punct sei wichtig, im Hinblick auf die secundäre Lumbalskoliose, die nur bei langem Bestande der Skoliose sich ausbilde und deren Auftreten den Fall erst zu einem aussergewöhnlichen mache. Vorübergehende Skoliosen durch einseitige Contraction der Rückenmusculatur ohne Secundärskoliose seien sonst bei Hysterischen nicht so selten.

Dr. v. Holst 2.: Die Skoliose habe im Krankenhause nur einen Tag lang bestanden, nach einmaliger energischer Faraday'scher Pinselung sei sie völlig beseitigt gewesen.

Dr. v. Böhlendorff weist auf die relative Seltenheit von Skoliosen auf hysterischer Basis hin und findet den Fall eigentlich ganz dem Bilde der Sk. ischiadica entsprechend. Er fragt, ob und was für sonstige hysterische Symptome vorlagen. Der Mangel von Druckempfindlichkeit des Ischiadicustammes genüge nicht, um Ischias auszuschliessen.

Dr. v. Holst 2.: Ausser der Bewegungsstörung und Spinalirritation hätten keine Symptome bestanden. Die Schmerzen beim Stehen seien in beiden Beinen gleichmässig, ohne Präponderanz einer Seite, gewesen.

Dr. v. Holst 1. bemerkt, dass eine Ischias, die zu Skoliose führe, doch in der Regel sehr prononcirt sei und nicht leicht übersehen werden könne. Er hält die Bezeichnung «hysterische Skoliose» nicht für glücklich, da doch gerade das schnelle Schwinden der Skoliose die Veränderungen der Wirbelsäule und Rippen, die das Wesen der Skoliose ausmachen, ausschliessen lasse. Richtiger wäre «hysterische Pseudoskoliose».

Dr. Kröger 2. scheint als entscheidend für die hysterische Natur der Erkrankung die schnelle Wirksamkeit der Therapie ins Gewicht zu fallen.

d. Z. Secretär. Dr. H. Schwartz.

Sitzung am 7. October 1898.

1. Dr. Engelmann hält den angekündigten Vortrag: «Die Asepsis in der urologischen Praxis».

Nachdem Vortragender constatirt, dass die Principien der Asepsis in der Therapie der Urogenitalleiden vielfach noch nicht die ihnen gebührende Berücksichtigung finden und auf die Nothwendigkeit einer solchen hingewiesen, bespricht er die gebräuchlichen und bei dem Material der benutzten Instrumente anwendbaren Sterilisationsmethoden. Von einer brauchbaren Sterilisationsmethode müsse gefordert werden: 1) Vollkommene Sicherheit, 2) Vermeidung von Schädigung der Instrumente, 3) Vermeidung von Reiz auf die Schleimhaut der Harnwege, 4) Handlichkeit.

Die Mittel dazu seien: a) flüssige, b) gasförmige Antiseptica, c) Hitze. Die chemisch wirkenden Antiseptica in ihrer bisherigen Anwendung entsprächen diesen Anforderungen nicht: Sublimat 1:1000 und Carbolsäure desinficirten nach Grossligk und nach eigenen Versuchen des Vortragenden erst bei einer Einwirkungsdauer und Concentration, welche die Instrumente schädige. Eine Ausnahme bilde das Formalin, das innerhalb 24 Stunden sicher desinficire, ohne die Instrumente anzugreifen. Ausser dieser langen Einwirkungsdauer sei ein Nachtheil, dass sich auch durch nachträgliches Abspülen keine völlige Reizlosigkeit erzielen lasse.

Bequemer und besser sei das von Wolff (Karlsruhe) empfohlene Formalinglycerin. Vortragender constatirte nach 8stündiger Einwirkung desselben (5 pCt.) völlige Keimfreiheit, die bei kürzerer Einwirkung nicht erreicht wurde. Nur die Sterilisation durch Hitze genüge allen Anforderungen und sei ihre Anwendung in allen Fällen durch den Kuttner'schen Apparat ermöglicht (Demonstration). Vortragender constatirte bei Anwendung desselben völlige Keimfreiheit nach Einwirkungsdauer von 7 Minuten. Nach vorausgeschickter mechanischer Reinigung mit Seife und warmem Wasser wären zur Sterilisation erforderlich: Für Metallinstrumente und Nélatons Auskochen in reinem Wasser 5 Minuten; für elastische Catheter Sterilisation in strömendem Wasserdampf im Kuttner'schen Apparat; für Cystoskope Formalin 24 Stunden oder 5proc. Carbolsäure.

Zum aseptischen Arbeiten gehört ferner obligate Reinigung der Hände sowie des Orificium urethrae (grüne Seife und Wasser und nachfolgendes Abtupfen mit Sublimatlösung). Die Harnröhre, die erwiesenermaassen verschiedene, auch pathogene Keime enthalten könne, muss jedenfalls in Fällen acuter und chronischer eitriger Catarrhe oder wenn Momente vorliegen, welche die Blase in ihrer Vitalität schädigen (Prostatahypertrophie, enge Strictur, Lähmung) vor Einführung von Instrumenten in die Blase mit Borsäurelösung ausgespült werden. Prophylaktische Instillation stärkerer Höllensteinlösung sei als zu eingreifend und Hyperämie hervorruhend zu verwerfen.

Zum Schlüpfrigmachen der Instrumente sei vor Vaseline in grosser Menge zu warnen, da es den Wänden adhärirt. Zu empfehlen sei 5proc. Borsäureglycerin mit 3 pCt. Wasserzusatz, wodurch es reizlos werde. Zuckerzusatz bis zu 20 pCt. erhöhe die Consistenz und erziele besseres Haften am Instrument. Sterilisation der Flüssigkeit im kochenden Wasserbade.

(Autoreferat.)

Dr. Schabert: Er ziehe eine sterilisirbare Glasspritze mit Pneumatikstempel, der leicht gleite und luftdicht schliesse, der gewöhnlich gebrauchten vor. Zum Schlüpfrigmachen verwende er Glyceringelatine 4 pCt., Glycerin allein hafte nicht gut am Metall, Zuckerzusatz sei nicht reizlos. Die

Guyon'sche Catheterpaste (Glycerin mit Seife) verdiene keinen Vorzug; für geeignet sei die Wildunger Vaselinecreme zu erklären (Verreibung von Vaseline mit Oel), die der Schleimhaut nicht so fest anhafte wie reines Vaseline. Die Einfettung sei unentbehrlich, weil sonst Instrumente höheren Calibers leicht Schleimhautblutungen machen. Für von Dr. Engelmann nicht genügend berücksichtigt halte er den reizenden Einfluss der chemisch desinficirten Catheter (besonders Sublimat) auf die Urethra. Catheter sollten nur durch Dampf sterilisirt werden.

Dr. Engelmann: Ueber die Vaselinecreme fehle ihm die Erfahrung, er möchte aber stets vermeiden, grössere Mengen von Vaseline in die Urethra zu bringen. Von den Fetten sei steriles Provenceöl das beste. Die Guyon'sche Paste enthalte Naphthol, welches reizend wirkt.

Dr. H. Berg: Bei Metallinstrumenten wende er Glycerin an, Fette vermeide er, weil sie der Schleimhaut adhaerirend die Medicamente in ihrer Wirkung hindern. Da die Pasta auf dem Instrument mit dem nie völlig zu desinficirenden Finger verrieben werden müsse, wende er sie nicht an. Von Fetten, wenn man sie nicht umgehen könne, sei das an und für sich sterile Paraffinöl zu verwenden, von welchem er eine reizende Wirkung auf die Harnröhre nicht gesehen habe, gelegentlich bei Berührung mit der äusseren Haut Herpes.

2. Dr. Otto Klemm demonstrirt a) Präparate von Malaria plasmodien in ihren verschiedenen Entwicklungsstadien. Als wichtig für die Darstellung derselben sei zu beachten chemische Reinheit der Farbstoffe, Mischung von Methylenblau in Eosin im Verhältniss von 1,0:0,5. Um reine Bilder von grossen Parasiten, die sich im Anfang als Studienobject empfehlen, zu erhalten, sei die Anfertigung des Trockenpräparates ca. 12 Stunden vor dem Fieberanfall vorzunehmen.

b) Eine *Taenia cucumerina* aus dem Darm eines 3jährigen Kindes. Vortragender erwähnt die Rolle des *Trichodectes canis* bei der Uebertragung.

Dr. Hampeln: Seit dem vorigen Jahre häufen sich die Malariafälle in Riga. Im Krankenhause haben ca. 100 Fälle gelegen, auch in der Privatpraxis mache sich ein entschiedenes Plus gegen früher bemerkbar, vielleicht stehe das mit den vielen Bauunternehmungen und der Aufwühlung des

Bodens in Zusammenhang. Zum Färben der Plasmodien sei die Löffler'sche Lösung, die lange ihre Färbekraft behalte, geeignet. Die Eosinlösung sei immer aufs Neue herzustellen.

Dr. Schabert, der ebenfalls die Löffler'sche Lösung bevorzugt, empfiehlt Benutzung der Farben von Grübler (Leipzig). Zur Fixirung der Präparate diene Aetheralcohol.

Dr. O. Klemm: Vor zu concentrirten Farblösungen sei zu warnen, dünnere Lösungen vermeiden ein Ueberfärben. Bei der Mischung der beiden Farblösungen komme die Bildung eines schillernden Häutchens vor, das entfernt werden müsse, um reine Bilder zu erhalten. Er betont die grössere Einfachheit beim sofortigen Anfertigen der Präparate eines frisch gewonnenen Blutes, dabei werden Veränderungen der Blutkörperchen vermieden.

Dr. Hampeln führt die Buda-Pester Methode an, nach welcher das Bluttröpfchen mit dem Rande des Deckgläschens aufgefangen und mit demselben auf dem erwärmten Objectträger gebracht wird. So erhalte man gleich ein Trockenpräparat.

Dr. Treumann ist aufgefallen, dass erst so lange nach der Aufdeckung der ätiologischen Bedeutung der Malaria-plasmodien — von welchen schon vor 14 Jahren Abbildungen von Marchiafava und Celli erschienen waren — man sich mit diesen Gebilden intensiver beschäftige.

Dr. Hampeln glaubt die Ursache davon in dem Umstande erblicken zu müssen, dass bei uns, wie überhaupt im Norden, die Malaria meist nur in längeren Zeitintervallen auftrete, so dass für die Zwischenzeit Material und Veranlassung zur Beschäftigung damit fehlen.

3) Dr. Voss demonstrirt ein Kleinhirn, welches 2 Abscesse enthält. (Der Fall ist zur Veröffentlichung bestimmt.)

Dr. Berkholz, welcher den Fall mit Dr. Voss gemeinsam behandelt hat, hebt besonders hervor: 1) die ausgesprochen

Dr. Ed. Schwarz: Vorhandensein von Sensibilitätsstörungen spreche nicht gegen eine corticale Affection, be-corticalen Monoplegien bestehe meist Sensibilitätsstörung in der gelähmten Extremität oder einem Theil derselben. Sie könne die tactile Empfindung allein, was meist der Fall sei, zuweilen aber auch eine andere oder alle Qualitäten der Sen-

sibilität betreffen. Was die Nackenstarre anlange, so seien wahrscheinlich die von Dr. Voss beschriebenen Erscheinungen von der gewöhnlich bei Meningitis beobachteten Nackenstarre zu trennen, zu deren Bilde derartige Contractionszustände der Muskulatur, durch die der Kopf nach hinten gezogen werde, nicht eigentlich gehören. Die beschriebenen Erscheinungen stimmten genau mit einem Fall, den er im Krankenhause bei Dr. v. Holst gesehen habe, in welchem die Section ein Gliom des Kleinhirns ergab.

Dr. Berkholz: Er habe in keinem Falle von Meningitis, wo er seine Diagnose durch die Section bestätigen konnte, eine so hochgradige Contractur der Nackenmuskulatur gesehen wie hier, wo die Section keine Meningitis ergab.

Dr. Otto Klemm betont, dass Meningitis erst nach mikroskopischer Untersuchung sicher auszuschliessen sei.

Dr. Voss hebt hervor, dass jedenfalls die wichtigsten Zeichen der Meningitis, besonders das Hirnoedem, fehlten; auch habe die Lumbalpunktion nichts zu Tage gefördert, welch' letzterem Umstande, unter Widerspruch von Seiten Dr. O. Klemm's, Dr. Berkholz diagnostische Bedeutung beilegen möchte.

Für den Secretär: Dr. W. Demme.

Sitzung am 21. October 1898.

1. Vortrag von Dr. Stender (a. G.) «Ueber den feineren Bau des Centralnervensystems».

Vortr. giebt nach einem Ueberblick über die Entwicklung der anatom. Erforschung des Centralnervensystems seit Kölliker eine zusammenfassende Darstellung der Forschungen Golgi's und Ramon y Cajal's und der Neurontheorie Waldeyer's.

Für den Secr. Dr. W. Demme.

Sitzung am 4. November 1898.

2. Dr. Hohlbeck (a. G.) demonstirt einen Pat. mit luetischer Gelenkaffection.

2. Dr. Th. Schwartz demonstrirt a) 2 Pat. (Brüder) mit Dystrophia musculorum progressiva, sowie b) einen Fall von Little'scher Krankheit.

ad a) Die Pat., 18 resp. 20 a. n. gehören nach der Erb'schen Eintheilung dem juvenilen Typus der Dyst. muscul. progr. an und in diesem wiederum der humeralen Form. Beim älteren Bruder sei die Erkrankung weiter vorgeschritten und betreffe hauptsächlich: mm. deltoidei, pectoralis, cucullaris, serratus ant., biceps, brachialis int., supinator long. Die Atrophie auf beiden Seiten ziemlich gleich ausgeprägt, typische Bewegungsstörung (Demonstration). Links seien auch die Gesichtsmuskeln ergriffen: Nasolabialfalte verstrichen, Augenschluss links weniger gut als rechts. Das linke Bein im Ober- und Unterschenkel um $1\frac{1}{2}$ cm. dünner als rechts, doch wagt Votr. nicht zu entscheiden, ob links Atrophie oder rechts Pseudohypertrophie besteht. Electr. Erregbarkeit an den Unterextremitäten gut und beiderseits gleich, an den oberen nach Massgabe der Atrophie herabgesetzt, einzelne völlig atrophische Muskeln ganz unerregbar. Der jüngere Bruder zeige genau dieselbe Form der Erkrankung, doch seien noch alle Bewegungen möglich, wenn auch mit verminderter Kraft. Ergriffen seien Cucullaris, biceps, deltoideus, brachialis int. Affection der Gesichtsmuskeln undeutlich.

Das Leiden bestehe bei dem älteren Bruder seit 4, beim jüngeren seit 2 Jahren. Zwei ältere Schwestern (21 resp. 24 a. n.) leiden an derselben Erkrankung, besonders vorgeschritten sei dieselbe bei der älteren, in viel höherem Masse als bei den demonstrirten Fällen. Die beiden Schwestern seien in der Ges. pract. Aerzte vor 7 oder 8 Jahren von Dr. E. D. Schwarz demonstrirt worden. Die Mutter, 45 a. n. weist ebenfalls den humeralen Typus der Dystr. muscul. in geringem Grade auf, auch ihr Vater soll an einer ähnlichen Erkrankung gelitten haben, ein weiterer Beleg für das exquisit hereditäre Auftreten der Dystrophia muscul. progr.

ad b) Pat. 7 a. n., ist nicht im Stande, allein zu gehen, beim Versuch dazu mit Unterstützung treten sofort die charakteristischen Spasmen in den Extremitäten auf, dabei starke Adduction und Flexion der Oberschenkel, Spitzfußstellung. Auch bei passiver Streckung oder Beugung der Beine sofort Spasmen. Bei Schlag auf die Patellarsehnen tonische Starre

der ganzen Extremität. Motorische Kraft dabei gut. Beide Beine in gleicher Intensität ergriffen. In den Armen dieselben Erscheinungen, doch sind die Spasmen weniger stark. Pat. kann die eine Hand noch nothdürftig benutzen. Blase, Mastdarm, Sensibilität normal. Intelligenz gut, die Sprache jedoch ein unverständliches Lallen. Die Erkrankung wurde bemerkt, als Pat. anfangen sollte zu gehen, also ca. Ende des ersten Lebensjahres. Die ätiologisch meist beschuldigte Frühgeburt oder protrahierte Geburt lässt sich in diesem Falle nicht heranziehen, die Geburt soll ganz normal zum normalen Termin erfolgt sein. Während des ersten Lebensjahres Morbilli und Pneumonie. Meningeale Blutungen, Thrombose der Rindengefäße würden in ätiologischer Beziehung noch herangezogen; was hier die Ursache der Erkrankung bildet, lässt sich wohl nicht entscheiden. Vortr. stellt diesen Fall hauptsächlich aus dem Grunde vor, um auf die in neuster Zeit von Hoffa, Lorenz u. A. angewandte chirurgische Therapie hinzuweisen, deren Resultate zufriedenstellend seien, indem die Pat. doch zur selbstständigen Fortbewegung fähig wurden, (Tenotomie der Adductoren, Flexoren und der Achillessehnen. Fixation in übercorrigirter Stellung, später Massage, Electrification systematische Uebungstherapie).

(Autoreferat).

Dr. Ed. Schwarz betont, dass die Dystrophia muscul. progr. gewöhnlich einseitig an Bein oder Arm vorkomme und erwähnt einer Familie seiner Praxis, in welcher 5 Kinder gesunder Eltern an D. m. pr. erkrankt seien, die hier hauptsächlich die Rückenmuskulatur betreffe. Charakteristisch sei bei dieser Localisation die Stellung der Kranken mit ganz nach vorne ausgebogenem Rücken und nach hinten herabhängenden Armen. Ein Glied obiger Familie, bei dem alle Muskeln atrophisch seien und das daher ganz ans Bett gefesselt sei, hätte diese Ausbiegung des Rückens auch im Bett beibehalten. Mit der Atrophie gehe eine Pseudohypertrophie einher, welche an den Unterextremitäten die Wadenmuskulatur, an den oberen den Supraspinatus und Deltoideus betreffe.

Dr. Deubner demonstirt eine Photographie dieser Pat. Zu dem Falle von Little'scher Krankheit bemerkt Dr. Otto Klemm, nachdem seine Frage nach etwaigen Ano-

malien der Geburt vom Votr. verneinend beantwortet ist, dass man in der Voraussetzung ätiologischer Beziehungen zwischen etwaigen Infectionskrankheiten und diesem Leiden vorsichtig sein müsse, da die Krankheit meist erst bei den Gehversuchen bemerkt würde und man leicht bei der Geburt oder gar intrauterin erworbene Schädigungen übersehen könne.

Dr. Schönfeld erinnert daran, dass bei Kindern nach Infectionskrankheiten mit meningitischen Complicationen häufig eine Zeitlang spastischer Gang beobachtet werde, der im Vergleich zu der nach Meningitis auftretenden Taubheit mit nachfolgendem Stummsein prognostisch nicht ungünstig sei und spätestens in 5—6 Monaten schwinde. Bei den nach Infectionskrankheiten auftretenden Diplegieen liege meist nicht Embolie, sondern viel häufiger Thrombose den Erscheinungen zu Grunde, da die Infectionskrankheiten die Gerinnungsfähigkeit des Blutes steigerten und zur Bildung von localen Thromben disponirten.

3. Dr. Deubner hält den angekündigten Vortrag: «Ueber einen Fall von Malaria maligna». (Zum Druck bestimmt).

Dr. Hampeln erwartete eigentlich nach der interessanten Krankengeschichte, ehe die Mittheilung über den Plasmodienbefund erfolgte, dass es sich um einen jener wichtigen Fälle von Pseudoleukämia lymphatica (Lymphosarkoma) visceralis gehandelt hätte, so sehr stimmten die Erscheinungen mit den von ihm beobachteten Fällen dieser Art, in denen äussere Lymphdrüenschwellungen völlig fehlten, überein. Ein genauer Sectionsbefund konnte ja auch leider nicht erhoben werden, mithin müsse die wahre Natur des Falles fraglich erscheinen, die ja beides, Malaria und Lymphosarkom, in einem Falle combinirt sein konnte und seit lange das Bestehen von Beziehungen zwischen Pseudoleukämie und Malaria angenommen wird.

Die Malaria dieses unter unseren Verhältnissen höchst ungewöhnlich verlaufenen Falles scheine allerdings durch den Plasmodienbefund, dessen Zuverlässigkeit er nicht anzweifeln wolle, sicher gestellt, doch könne er die Bemerkung nicht zurückhalten, dass ebenso, wie sichere Malaria bei negativem Blutbefund vorkomme, so auch, bei noch nicht genügender Uebung im Untersuchen, pseudopositive Befunde doch nicht

so selten seien und somit auch nach dieser Seite Täuschungen mitspielen könnten. Was die Bedeutung dieser Blutuntersuchung überhaupt betreffe, so stehe sie nach ihrer wissenschaftlichen Seite hin natürlich ausser Frage und sei es principiell richtig, sie in jedem möglichen und sicheren Malariafalle auszuführen, ihre praktische Bedeutung aber müsse er gegenüber den bei uns und in Mitteleuropa herrschenden Formen bestreiten. Das Bild dieser sei ein selten charakteristisches und eindeutiges. Das regelmässig intermittirende Fieber, im Tertiär- oder Quotidiantypus, einfach oder duplicirt, der palpable Milztumor und häufige Herpes bilden exquisit typische Symptomengruppen. Verwechslungsfälle mit acuter Miliartuberkulose, ulceröser Endocarditis, visceralen Abscessen seien allerdings möglich, aber selten und auch hier versagen die gewöhnlichen klinischen Untersuchungsmethoden meist nicht.

Ueberhaupt meine er, man solle sich vor einer Ueberschätzung dieser Blutuntersuchung sowohl als auch der so grosses Aufsehen erregenden Widalreaction des Typhusblutes hüten und nicht meinen, auch praktisch damit viel gewonnen zu haben. Denn die regulären Fälle dieser und jener Krankheit seien als solche genügend charakterisirt und meist leicht, wenn auch nicht immer im Augenblick, erkenntlich, während — und dieses erscheine ihm besonders wichtig — über die Leistung der Plasmodienuntersuchung ebenso wie der Widalreaction in irregulären Fällen der Malaria (larvirte Formen, primäre Kachexie) bzw. des Typhus abdom. (leichte abgekürzte, abortive, fieberfreie Formen) einstweilen keine Mittheilungen vorliegen. Gerade hier hätte sich aber das Verfahren, um auf praktische Bedeutung Anspruch zu erheben, zu bewähren.

Untersuchungen nach dieser Seite, besonders beim Typhus abdom. mit seinen so überaus häufigen leichten, Zweifel erregenden Formen, hier combinirt mit der bakteriologischen Stuhluntersuchung, wären sehr erwünscht. So lange diese fehlen, erscheine unsere Diagnose der Malaria und des Typhus gegen früher nicht wesentlich gefördert.

Dr. Deubner bemerkt, dass ihm in mehreren Fällen von Malaria larvata der Plasmodienbefund von practischem Nutzen gewesen sei.

Dr. Otto Klemm bemerkt, dass man gelegentlich zur Erlangung positiver Resultate, besonders bei den aestroautumnalen Formen das Milzblut untersuchen müsse, da sich die Entwicklung der Parasiten während der Fieberhitze in den inneren Organen vollziehe. In jedem Falle sei möglichst 10—12 Stunden nach dem Paroxysmus die Blutprobe zu entnehmen.

Dr. Deubner referirt über 2 Fälle zweifelloser Malaria aus seiner Praxis, deren Erscheinungen grosse Aehnlichkeit mit Pseudoleukämie darbieten. Der erste Fall mit recurrirendem Fiebertypus (fieberfreies Stadium von mehreren Tagen), deutlicher Milztumor, keine Drüsenschwellung zu constatiren; der zweite Fall von Malaria mit Tertiantypus, (die Diagnose wurde von Dr. Kranhals bestätigt) war später monatelang auf der Leyden'schen Klinik, wo aber bei 18 Untersuchungen keine Plasmodien nachgewiesen werden konnten.

Auf die Anfrage Dr. O. Klemm's wie Deubner sich die Infection des betr. Pat. erkläre, meint Dr. Deubner, dass Pat. zuerst in Baku eine gewöhnliche Malaria durchgemacht habe und sich darauf vor seiner Abreise hierher von Neuem mit Malaria maligna infectirt habe. Auf eine weitere Anfrage Klemm's über die Form der Plasmodien in diesem Falle erklärt Dr. Deubner, dass dieselben halbmondförmig gewesen seien, was auch Dr. Girgensohn II. bestätigt.

Dr. O. Klemm hält den Nachweis von Plasmodien zur Diagnose in der Sprechstunde in nicht der gebührenden Zugänglichkeit zugänglichen Formen für nothwendig und würde sich nicht scheuen, zwecks Feststellung der Diagnose auch die Milz zu punctiren, worauf Dr. Hampeln erklärt, dass er ja im Princip die Bedeutung der Untersuchung voll anerkenne, sie aber in der Regel für entbehrlich halte. Nach neueren Anschauungen sei die Punction der Milz bei Typhus abdom. verlassen und sei dieselbe in analoger Weise auch bei Malaria zu unterlassen.

Dr. O. Klemm spricht ferner die Ansicht aus, dass die Uebertragung der Malaria durch Moskitos und andere Insekten nicht sehr wahrscheinlich erscheine gegenüber der Erfahrung, dass mindestens die Incorporation von 1 ccm. Blut zur Infection mit Malaria erforderlich sei, $\frac{1}{2}$ ccm. sie nur selten hervorbringe.

Dr. Treu erinnert an Littens Behandlung der Pseudo-leukämie durch Injectionen von Solut. Fowleri in die Milz und meint, dass diese Erfahrungen auch die eventuelle Punction der Milz zu diagnostischen Zwecken gerechtfertigt erscheinen liessen. Anschliessend berichtet er über einen Fall seiner Praxis, in dem im Anschluss an Malaria sich Pseudo-leukämie entwickelte.

Dr. Woloshinsky berichtet über eine Beobachtung, die bei einem zweifellosen Fall von Malaria 3 Wochen hindurch die Diazoreaction nachweisen liess.

Für den Secr. Dr. W. Demme.

Sitzung am 18. November 1898.

1. Dr. v. Rimscha demonstirt:

a) Von ihm entfernte adenoide Vegetationen, die sich durch ihre ganz besondere Grösse auszeichnen, Votr. weist darauf hin, dass sich in letzter Zeit eine Stimmung gegen das häufige Operiren der Adenoide geltend mache, welcher er im Allgemeinen sympathisch gegenüberstehe; es werde s. E. häufig unnütz operirt. Die adenoiden Vegetationen seien ja vorzugsweise eine Erkrankung des jugendlichen Alters und hätten entschieden die Neigung, bei entsprechender Allgemeinbehandlung zurückzugehen. Operirt werden dürfe nur bei ausgesprochenen Beschwerden, doch dürfe auch nach der anderen Seite nicht übertrieben werden: bei Adenoiden von der Grösse der hier demonstirten habe ein Abwarten keinen Sinn.

b) Einen grossen Nasenpolypen, dessen untere Hälfte gangränös ist; an der oberen Hälfte einzelne gangränöse Flecken. Die betr. Pat. litt seit 2—3 Wochen an Nasenverstopfung bei reichlicher Secretion, die in den letzten Tagen intensiv übelriechend geworden war. Nach einer in einer Hausfrauenzeitung gefundenen Empfehlung hatte Pat. Nasenausspülungen angewandt.

Status: Rechts normale Verhältnisse, links in der Tiefe, in der Gegend des Nasenrachenraumes ein grauer Körper, von spärlichem übelriechendem Secret umspült. Votr. hält den Körper für einen Fremdkörper; nach Cocainisirung der

linken Nase gelingt die Entfernung des Gebildes, das sich als Polyp erweist, mit der Zange. Keine Blutung, sofortiges Schwinden der Beschwerden. 2 Tage darauf ergiebt der Untersuchung im hinteren Theil des mittleren Nasenganges einen ganz kleinen Polypen, der sich mit der Schlinge nicht fassen lässt und deshalb mit Chromsäure geätzt war.

2. Dr. P. K l e m m stellt 2 Pat. vor, denen er wegen Stirnhöhleenerung die Radicaloperation gemacht hat. In beiden Fällen wurde die vordere Wand des Sinus frontal. in toto fortgemeißelt und die erkrankte Schleimhaut ausgeräumt: vollkommene Heilung ohne Fistel; der Process hatte in dem einen Falle auf die Siebbeinzellen übergreifen.

Dr. S t a v e n h a g e n weist in Betreff der Sinusempyeme auf den neuerdings von K u h n t und G e r m a n n betonten Umstand hin, dass den retroorbitalen Phlegmonen häufig ein Sinusempyem zu Grunde liege, eine Beobachtung, welche auch er in der Augenklinik mehrfach gemacht habe. Die Diagnose biete häufig Schwierigkeiten: zwei als wesentlich geltende Symptome, der Stirnkopfschmerz und andauernder, zuweilen auch übelriechender Ausfluss aus der Nase, fehlen häufig. Der Schmerz sei oft auch beim Beklopfen nicht nachzuweisen. Bei fortgesetzter Beobachtung gelinge trotzdem der Nachweis der Stirnhöhlenerkrankung, was er durch Mittheilung eines Falles eigener Beobachtung illustriert.

Dr. v. Z u r - M ü h l e n betont demgegenüber, dass Stirnhöhlenempyeme allerdings mit Vorliebe den Weg in die Orbita, als den anatomisch gegebenen, zum Durchbruch nehmen, gelegentlich aber auch in der Gegend des inneren Augwinkels zu Tage treten. Eine Mitbetheiligung der Siebbeinzellen halte er für die Regel bei Stirnhöhleenerung. Auf den kosmetischen Endeffect könne keine Rücksicht genommen werden, da bei Stirnhöhlenempyemen, die jeder anderen Behandlung trotzen die Lebensgefahr für den Pat. zur Operation zwingt und dieselbe dann ausgiebig gemacht werden müsse. Von den empfohlenen Methoden der Operation gebe er bis auf Weiteres der von K u h n t empfohlenen den Vorzug.

Dr. P. K l e m m betont die anatomischen und aetiologischen Verschiedenheiten der Stirnhöhlenerkrankungen: Empyeme indiciren die Radicaloperation, bei catarrhalischen Zuständen können Spülungen etc. zur Heilung führen.

Dr. Stavenhagen: Complication mit Eiterung der Siebbeinzellen werde in der Regel nur bei veralteten Fällen beobachtet: nur diese veranlasse die entstellende, auch später nicht völlig zu beseitigende Verdrängung des Bulbus nach aussen, welche auch im vorliegenden, bereits 7 Jahre bestehenden Falle nachzuweisen sei.

Auf die Frage Dr. Dahlfeld's nach der Verwendbarkeit der Durchleuchtung bei Diagnose der Stirnhöhleneiterung erwidert Dr. v. Zur-Mühlen, dass dieselbe ihn im Stich gelassen habe.

Dr. v. Krüdener hat Gelegenheit gehabt, eine Reihe von Sinuserkrankungen zu untersuchen und habe sich dabei von der Verwendbarkeit der Durchleuchtung in einzelnen Fällen überzeugen können. Wenn bei Vorhandensein sonstiger Symptome einseitiger Sinuserkrankung die entsprechende Stirnhöhle weniger gut durchleuchtbar sei, so unterstütze das den Schluss auf Secretstockung und verleihe der Empfehlung des operativen Eingriffs grössere Sicherheit. Eigentlich bestimmend für die Menge des den Knochen durchdringenden Lichtes seien allerdings die anatomischen Verhältnisse, welche häufig Differenzen auf beiden Seiten aufwiesen.

Mahnungen zur Einschränkung der Operation gegenüber sei noch auf die von Kuhn t sogenannte osteoporotische Form der Sinuserkrankung hinzuweisen, bei der eigentlich keine starke Secretion bestehe, sondern es sich um einen atrophirenden Catarrh mit enormer Schmerzhaftigkeit der umliegenden Knochenpartien handle. Auch in diesen Fällen zwinge die Hartnäckigkeit des Leidens oft zur Operation.

Dr. v. Rimscha erinnert an die Arbeit von Greiffenhagen über Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase, der insbesondere bei Erkrankungen der Highmorshöhle, sich gegen überflüssige Radicaloperationen ausgesprochen habe. Könnten z. B. bei Erkrankung der Highmorshöhle durch Anbohrung von der Zahnalveole aus und nachträgliche Ausspülungen die Beschwerden beseitigt werden, so sei, auch wenn so keine völlige Ausheilung erzielt werden könne, doch lieber auf die Radicaloperation zu verzichten, da bei Aufmeisselung von der fossa canina aus die Chancen völlige Heilung keine grösseren seien. Ebenso habe man sich auch bei Empyemen der Stirnhöhlen, Siebbeinzellen, Keilbeinhöhlen vorzugsweise auf Etablierung eines

freien Abflusses und Beseitigung der Beschwerden zu beschränken, da die Resultate der Radicaloperation selten zufriedenstellend seien, während eine langdauernde Nasenbehandlung das Nervensystem des Pat. eventuell stark schädige. Bei hochgradigen Beschwerden, geschweige denn bei indicatio vitalis sei die Radicaloperation natürlich nicht zu entbehren.

3. Dr. Gerich hält den angekündigten Vortrag «über den Dampf in der gynäkologischen Therapie».

Nach kurzem Referat über die von S negireff in Moskau acquirirte, von Pinkus weiter ausgebildete Anwendung des Dampfes in der gynäkologischen Therapie, die von ihnen sogenannten Athmocausis bezw. Festocausis und Demonstration des betr. Instrumentariums, berichtet Votr. über seine eigenen Erfahrungen mit derselben in einer Anzahl eigener Fälle, deren Resultate, wie er glaube, zu einer Empfehlung der Methode berechtigen,

Dr. Keilmann wendet sich gegen die vom Votr. ange deutete allgemeine Anerkennung und Einführung der Vaporisation; bisher sei von keiner deutschen Universitätsklinik bekannt, dass sie dieses Verfahren cultivire oder empfehle. Empfehlungen desselben liegen bisher nur von Pinkus, Kohn und Dührssen vor, doch erwähnten auch diese eine Reihe von Misserfolgen, die durch Mittheilungen von v. Weiss und Boruch (Czempin) erheblich vermehrt worden sei. Die Publication von Kahn könne überhaupt nicht als wissenschaftliche Grundlage berechtigter Empfehlung der Vaporisation angesehen werden; die Beurtheilung fast aller Krankengeschichten sei fehlerhaft und damit auch die daraus gezogenen Schlüsse. Ausserdem verzeichne Kahn unter 8 Fällen einen Todesfall, den auf Rechnung der Vaporisation zu setzen nicht unberechtigt scheine: Es handelte sich um eine Wöchnerin, bei der im Uterussecret Gonococcen in Reincultur nachgewiesen waren, nach der Vaporisation «steriler Eiter»; dabei fortdauernd hohe Temperatur bis zum Exitus. Ascendirende Gonorrhoe veranlasse im Wochenbett wohl häufig schwere Erkrankungen, aber wohl nie den Tod, zumal wenn keine Mischinfection, sondern Gonococcen in Reincultur vorhanden waren.

Ganz zweifellos der Vaporisation seien die Stenosen und Atresien zuzuschreiben, über welche v. Weiss und Czempin

berichten. In beiden Fällen sei der physiologische Zustand dauernd vernichtet und bei jungen Frauen im fortpflanzungsfähigen Alter Sterilität erzeugt worden, vielleicht auch der Keim zu späterer Erkrankung (Haematometra etc.) gelegt worden. Das seien traurige Folgen der Vaporisation, die eine ernste Mahnung zur Vorsicht enthielten.

Wenn Dührssen die Atresie überhaupt als das Erstrebenswerthe bezeichne, so sei das zwar eine discussionsfähige Ansicht, jedoch könne dieses Ziel nur für ganz bestimmte, äusserst seltene Fälle in Frage kommen. Dann würde die Indication des Verfahrens ganz colossal eingeschränkt werden und niemals dürfe sie bei Mädchen und Frauen im geschlechtsfähigen Alter angewandt werden, zumal, wie das bis jetzt geschehen sei, bei den allerverschiedensten, auch auf andere Weise heilbaren Erkrankungen, die zum Theil nicht einmal näher beurtheilt worden seien, da zum Theil vielfach bloss Symptome ohne Erkenntniss der Ursache — wie z. B. die Begriffe Dysmenorrhoe, klimacterische Blutung u. dgl., die doch keine Diagnose bedeuten, die Motivirung für die Vaporisation abgegeben hätten.

Dr. v. Knorre hält es gleichfalls für verfrüht, eine ausgedehnte Verwendung der Vaporisation in Vorschlag zu bringen und ihre Anwendung bei der Behandlung des Aborts für falsch, da gerade hier bei der Auflockerung der Uteruswandungen die Wasserdämpfe zu ausgedehnten Zerstörungen derselben führen können und consecutive dissecirende Metritis eine völlige Verödung des Uteruscavums und dauerndes Siechthum veranlassen könne. Zulässig sei die Vaporisation in jenen Fällen von profusen Blutungen der Climax, welche auf arteriosclerotischen Veränderungen der Gefässe und fibröser Entartung der Uterusmuskulatur beruhen und oft, jeder Behandlung trotzend, zur Totalexstirpation zwingen könnten. Er habe in derartigen Fällen dieser Art nach Versagen aller anderen Methoden von der Vaporisation Gebrauch gemacht; die Beobachtungsdauer sei noch zu kurz, um über die Erfolge ein Urtheil abzugeben. In einem dieser Fälle sei nach 14 Tagen wieder eine starke Metrorrhagie eingetreten.

Dr. Gerich weist darauf hin, dass die citirten Fälle von Baruch und v. Weiss aus der Zeit stammten, wo die Methode noch in der Entwicklung begriffen war und wo man

die Intensität der Dampfeinwirkung noch nicht so weit reguliren konnte, wie jetzt.

Mittheilungen über die Erfahrungen einiger Universitätskliniken seien, ihm privatim gewordener Information zufolge, in nächster Zeit zu erwarten.

Dr. Keilmann geht noch näher auf die Verwendung der Vaporisation bei Myomblutungen ein. Nach Pitha's Mittheilung, die als die werthvollste zu bezeichnen sei, habe die Vaporisation als Stypticum bei Sarcom und Myom des Uterus versagt. Bei multiplen Myomen dringe wegen der Gestaltänderung des Uteruscavums der Dampf durchaus nicht überall hin, wie man theoretisch angenommen habe. Anatomische Untersuchungen hätten Pitha zu der Annahme geführt, dass nur die unmittelbare Berührung des durch den Dampf erhitzten Katheters das wirksame Agens sei. Gegen die ambulante Vaporisation spreche auch die Forderung Pitha's, danach 4-wöchentliche Bettruhe einhalten zu lassen, die bei dem häufig eintretenden jauchigen Fluor wohl auch ganz berechtigt sei. Dass die Abrasio durch Vaporisation verdrängt werden könne, bestreite Pitha ausdrücklich, dessen Beobachtungen somit nicht als Empfehlung der Vaporisation geltend gemacht werden könnten.

Dr. Gerich: Submucöse Myome gelten als Contraindication für die Dampfbehandlung, dieselbe sei nur bei interstitiellen und subserösen Myomen herangezogen worden.

Dr. Hach bezeichnet es als glücklichen Umstand, dass die Vaporisation bisher wenig Verbreitung gefunden habe und sieht sich nach den bisherigen Resultaten der Methode veranlasst, ihr für die Zukunft das gleiche Schicksal zu wünschen; er könne sich mit ihrer Anwendung weder im Allgemeinen noch in den von Dr. Gerich referirten Fällen einverstanden erklären. Eine Vaporisation wegen Blutung ex cavo uteri z. B. bedeute nur Behandlung eines Symptoms und sei als solche als Rückschritt zu betrachten, angesichts der von Brennecke zuerst betonten Erkenntniss, dass die Erkrankung der Uterinschleimhaut meist eine secundäre sei, deren Ursachen ausserhalb des Uterus, in einer oft nur sehr schwer nachweisbaren Perimetritis etc. liege. Sollte die Ursache der Erkrankung doch im Uterus selbst liegen, so sei vor jedem Versuch einer Therapie die diagnostische Abrasio resp.

Erweiterung und Austastung des Uteruscavums unerlässlich. Die Vaporisation nach Ausräumung eines Aborts zwecks Blutstillung, wie sie von Dr. Gerich angewandt werde, halte er für mindestens überflüssig und blute es dabei noch, so sei die Ausräumung eben noch nicht vollständig und dann nütze die Vaporisation nichts; sei vollständig ausgeräumt, so stehe auch die Blutung und dann sei sie überflüssig. Die ambulante Verwendung der Vaporisation, wie Dr. Gerich sie geübt, könne er nicht billigen. Die Behandlung einer nicht näher definirten Dysmenorrhoe durch Vaporisation scheine ihm schon der Stenosegefahr wegen misslich und die darüber mitgetheilten «Erfolge» bedürften noch sehr der Prüfung. Die Vaporisation bei klimacterischen Blutungen sei nur unter den Anfangs angeführten Cautelen zulässig und halte er die Behandlung durch die weniger gefährliche Massage für ausreichend.

Dr. Gerich weist auf seine Erwähnung der Unerlässlichkeit des Ausschlusses der Malignität durch diagnostische Abrasio hin. Die Vaporisation nach Abrasio resp. Ausräumung von Aborten halte er wegen der antiseptischen und contractionsbefördernden Wirkung des Dampfes für berechtigt.

Dr. Keilmann erinnert daran, dass die erwartete antiseptische Wirkung bei infectiösen Erkrankungen des Uterusinnern versagt habe. Im Gegentheil werde den etwa nicht abgetödteten und etwa später eindringenden Mikroorganismen ein vortrefflicher Nährboden geboten, wie schon die häufige Beobachtung eines übelriechenden Fluor beweise. Zum Schluss bemerkt er, dass auch bei Pinkus Stenosirungen des Cervix vorgekommen seien und zwar nicht nur im Beginn seiner Erfahrungen. Der von v. Weiss mitgetheilte Fall sei wohl sicher der Vaporisation zur Last zu legen.

d. Z. Secretär Dr. H. Schwartz.

Sitzung am 2. December 1898.

1. Vor der Tagesordnung theilt Dr. v. Rimscha als Nachtrag zu seiner letzten Mittheilung (cf. Sitzung vom 18. November) mit: Nach einer Woche habe sich bei der

Pat. wieder Undurchgängigkeit der linken Nasenseite gezeigt, als deren Ursache sich relativ grosse Geschwulstmassen an der früheren Stelle erwiesen, die Votr. stückweise mit der kalten Schlinge entfernte. Keine Blutung. Die Stücke waren röthlichbraun, von harter Consistenz; ähnliche Stücke will Pat. auch in der Zwischenzeit durch Schnauben entfernt haben. Die mikroskop. Untersuchung (Dr. Schabert) ergab Fibringerinsel (Färbungen nach Weigert und von Gieson. Dr. Schabert). Votr. hebt hervor, dass Fibringerinsel in Gestalt von langen Fäden nach Blutungen nicht selten vorkommen, doch sei ihm hier zum erstenmal die Ausbildung eines förmlichen Fibrinpolypen begegnet.

2. Dr. P. Klemm demonstriert:

a) Einen Fall von Plastik nach Verbrennung an der Hand, der gegenwärtig in der Nachbehandlung zur Erzielung grösserer Beweglichkeit der Finger ist. Votr. bedient sich dabei des von Dr. Thilo angegebenen Handschuhes mit Bindenzügen, über deren Princip und Anwendung Dr. Thilo einige Erläuterungen anknüpft.

b) Ein cavernöses Angiom bei einem Knaben, welches fast die ganze untere Partie der rechten Gesichtshälfte einnimmt.

c) Eine in der Klinik von Mikulicz eingeführte Vorrichtung zur Controle der Sterilisation von Verbandstoffen. In den zu diesem Zwecke gebräuchlichen Schimmelbusch'schen Trommeln sei die Vertheilung des strömenden Dampfes keine gleichmässige, es finden sich an gewissen Stellen todtte Räume, in welche der Dampf nicht in genügender Intensität zur Einwirkung gelange, mithin keine völlige Sterilität erzielt werde. Auf diese Verhältnisse sei beim Beschicken der Trommel zu achten. Eine sehr brauchbare Controle geben nun die von Mikulicz eingeführten Papierstreifen, auf denen das gedruckte Wort «steril» od. dgl., durch eine Jodjodkaliumstärkekleisterlösung überstrichen, erst bei der erforderlichen Hitze durch Decomposition des Jodpräparates und dadurch eintretende Entfärbung sichtbar werde.

d) Das Präparat einer von ihm operirten Appendicitis. Es habe sich hier um einen jener chronisch verlaufenden Fälle von Appendicitis gehandelt, in denen die eigentlichen perityphlitischen Attaquen fehlten und nur über eine lange Zei

sich erstreckende Störungen leichter Art, wie wechselnde Zustände von Obstipation und Diarrhoe, grosse Empfindlichkeit der Verdauungsorgane gegen relativ geringe Schädigungen, zeitweilig kolikartige Schmerzen das Krankheitsbild zusammensetzen. Eine schliesslich unter Fieber aufgetretene schwerere Erkrankung, welche vom behandelnden Arzte als Perityphlitis angesprochen wurde, erwies sich im weiteren Verlaufe als Typhus abdominalis, nach dessen Abklingen die Erscheinungen der Colica appendicularis wieder in den Vordergrund traten und nun doch zur Operation Veranlassung gaben.

Das Präparat des recht langen Wurmfortsatzes zeigt mehrere ampullenartig erweiterte, mit Einschnürungen abwechselnde Stellen. Die primäre Ursache seien in den Wurmfortsatz gerathene Kothbrocken, welche durch allmähliche Eindickung und katarrhalische Reizung der angrenzenden Gewebspartien secundär die Einschnürungen erzeugten. Die Schmerzen dabei seien wirkliche Kolikschmerzen, hervorgerufen durch die Bewegungen der Muskulatur, welche die Austreibung des Fremdkörpers zu erreichen suchen.

Dr. Hampeln macht auf die diagnostischen Schwierigkeiten aufmerksam, welche eine solche Complication von Typh. abdom. und Appendicitis bieten könne, da der Typhus auch gelegentlich, ohne dass factisch eine Appendicitis vorliege, unter dem Bilde einer solchen beginnen könne, das erst nach einigen Tagen dem gewöhnlichen Typhusverlaufe Platz mache. Es komme aber auch eine Localisation des typhösen Processes im Coecum und Appendix vor, und zwar oft mit ungünstigem Verlaufe, wie in einem Falle seiner Beobachtung, wo nach regulärem Typhus der Pat. einem unter dem Bilde der Appendicitis auftretenden Recidiv durch Perforation erlag und die Obduction im Wurmfortsatz deutliche Spuren des typhösen Processes nachwies.

Dr. P. Klemm hat diesen Fall ebenfalls gesehen; die diagnostischen Schwierigkeiten können in solchen Fällen unüberwindlich sein. In seinem Falle hätte deutliche Roseola die Aufmerksamkeit auf den Typhus gelenkt.

e) Reiskörper aus einer Tendovaginitis der Hand, wobei er unter Hinweis auf die relative Gutartigkeit dieser Form der Tuberkulose daran erinnert, dass die Reiskörper nicht, wie

man früher annahm, aus Fibringerinseln bestehen, sondern wirkliche, secundär veränderte pathologische Producte der erkrankten Wandung der Sehnenscheide seien.

3. Dr. H a m p e l n demonstirt:

a) Ein mikroskop. Präparat von Smegmabacillen, deren Aehnlichkeit mit Tuberkelbacillen bei der häufig angewandten G a b b e t - E r n s t ' s c h e n Färbung eine vollkommene sei, so dass bei Beurtheilung von Bacillenbefunden bei Erkrankungen des Urogenitalapparates Vorsicht geboten sei. Neuere Beobachtungen haben jedoch gelehrt, dass diese Vorsicht auch bei anderen Körperregionen entstammenden Bac.-befunden am Platze sei, indem die Smegmabacillen nicht auf die durch ihre Namen angedeutete Localisation beschränkt seien, daher vielleicht richtiger mit dem allgemeinen Namen «Fettbacillen» zu bezeichnen seien. Es liegen aus Berlin und Königsberg Berichte von P a p p e n h e i m und F r ä n k e l vor, nach denen für Tuberculose gehaltene Affectionen mit positivem Bac.-befunde sich als putride Bronchitiden, die Bacillen als Smegmabacillen erwiesen. Vortr. seien mehrere Fälle zur Beobachtung gekommen, die den Verdacht eines ähnlichen Sachverhaltes nahe legten, wenn auch zur Zeit der Beobachtungen ein positiver Beweis dafür nicht erbracht werden konnte. Gemeinsam sei diesen Fällen, dass auf positive Bac.-befunde hin diagnosticirte Tuberkulosen bei der Section sich nicht als solche bestätigten. Es sei freilich noch an die in einem grossen Krankenhause immerhin gegebene Möglichkeit einer Verwechselung der Sputa zu denken. In einem Falle legte der ungewöhnliche Bac.-befund bei einer Miliartuberculose diesen Verdacht nahe. In 2 anderen Fällen mit Tbc.-befund ergab die Section putride Bronchitis bezw. bronchiectatische Carverne, ohne dass sich in dem die Wand derselben überziehenden Eiter Tbc. nachweisen liessen. In 2 anderen Fällen begründete der positive Tbc.-befund im Stuhl die Annahme visceraler bezw. peritonealer Tuberculose, ohne dass die Section eine solche nachweisen konnte. Das einzige sichere Unterscheidungszeichen im Deckglaspräparat sei die geringere Farbenresistenz der Smegma — resp. Fettbacillen gegen Alcoholbehandlung, so dass vielleicht ein Zurückgreifen auf die alte E h r l i c h ' s c h e Methode der Tbc.-färbung sich empfehlen dürfte.

Dr. H. S c h w a r t z erinnert daran, dass bereits verschiedene den Tbc. morphologisch und tinctoriell gleiche Bakterienarten nachgewiesen seien. Bei systematischer Untersuchung der Berliner Marktbutter berichtete ein Beobachter über zahlreiche Tbc.-befunde, von denen ein grosser Theil bei einer von B a b i n o w i z vorgenommenen Nachprüfung sich als Fettbacillen erwiesen habe.

b) Ein stark cholesterinhaltiges pleuritisches Exsudat. Der Fall habe ihn an eine frühere Beobachtung erinnert, wobei es sich um eine von v. W a h l wegen Myom und chron. Peritonitis operirte Pat. handelte und die Ascitesflüssigkeit durch starkes Schillern und Glitzern auffiel, das durch Cholesteringehalt bedingt war. Nach Naunyn finde sich Ch. in Spuren in fast allen serösen Exsudaten, jedoch sei solch starker Ch.-gehalt seiner Erfahrung nach ein sehr seltenes Vorkommniss.

Die heute demonstrirte Flüssigkeit entstamme einem veralteten pleuritischen Exsudat, sie stelle geradezu eine Ch.-emulsion dar. Nach wiederholten Punctionen sei das Exsudat eitrig geworden und dann durch Operation zur Heilung gebracht. Der hohe Ch.-gehalt stehe wohl mit theilweiser Resorption und Eindickung des Exsudates in Beziehung.

Dr. M a n d e l s t a m m I erinnert an das häufige Vorkommen des Cholesterins im verflüssigten Glaskörper bei der sogen. Synchronismus scintillans.

Dr. P. K l e m m erwähnt des gelegentlichen Befundes von Ch.-haltiger Hydrocelenflüssigkeit; da der Proc. vaginalis ein Theil des Peritoneums, sei dieselbe als einem Peritonealexsudat gleichwertig anzusehen

c) Einen Parasiten, welcher sich bei einer Dame, die ihn wegen äusserst lästigen Hautjuckens consultirte, gefunden. Es handelte sich um den auf Vögeln schmarotzenden Dermatonyssus; auf Befragen hatte sich herausgestellt, dass auf den Fensterbrettern der Wohnung der Pat. häufig Tauben gefüttert würden und dass die Vögel sich fast den ganzen Tag dort aufhielten.

4. Dr. O. K l e m m demonstirt Photographieen eines Falles von Wachstumsstörung (Dystrophia ossium, sogen. mikromeler Zwergwuchs).

5. Dr. Deubner hält den angekündigten Vortrag: Casuistisches aus der Praxis.

a) Pat. O. W., 25 a. n., aus Baku, früher immer gesund gewesen, Sommer 1898 Malaria. Am 2. September 1898 erkrankte Pat., eben nach Riga gekommen, unter dysenterischen Symptomen, mässigem Fieber und starken Schmerzen in den Extremitäten. Im Krankenhause wurde die Diagnose «Dysenterie» fallen gelassen, da der Stuhl abwechselnd normal und und breiig, ohne jegliche Beschwerden erfolgte, die Temperaturcurve auch einen ausgesprochen retermittirenden Charakter annahm. Allmählich fortschreitender Verfall, Icterus, Benommenheit des Sensoriums, nur mit gelegentlichen Temperaturabfällen vorübergehende Aufhellung. Milz vergrössert, Leber druckempfindlich, sonst ohne Veränderung; im Uebrigen normaler Organbefund. Im weiteren Verlauf macht der intermittirende Charakter des Temperaturganges einem mehr remittirenden Platz, mit Gipfeln bis 40,0° und darüber.

Schüttelfröste resp. Schweisse kamen nicht zur Beobachtung. Fortschreitender Kräfteverfall; ohne dass eine Complication nachgewiesen werden kann, erfolgt am 7. Tage des Hospitalaufenthaltes, nach starkem Schweissausbruch am Abend vorher, der Exitus.

Am Tage vor dem Tode konnten im Blute Malariaparasiten (hauptsächlich Halbmondformen) nachgewiesen werden. Chinin ohne Wirkung. Section: Sehr grosse, weiche Milz, sonst keine wesentlichen Organveränderungen.

Im Anschluss an diese Beobachtung bespricht Vortragender eingehender die Symptomatologie der malignen Malaria und die verschiedenen Formen der Malaria überhaupt, soweit sie durch biologisch und morphologisch von einander abweichende Parasitenformen erzeugt werden.

b) Jurre S. 25 a. n., Eisenbahnarbeiter, wird in bewusstlosem Zustande in die Abtheilung gebracht, soll seit einer Woche krank sein. Zunge feucht, Rachen geröthet, Pupillen gleich, sehr weit, Reaction träge, Singultus, Scleren icterisch, starke icterische Hautverfärbung. Keine Hautblutungen, keine Oedeme, keine Gelenkveränderungen. Puls 60, klein, weich, regelmässig. Respiration 30. Temperatur Morgens 36,2°, Abends 36,6°. Harn stark icterisch, enthält Leucin- und Tyrosincrystalle. Lungen und Herz ohne Ver-

änderungen, Milz nicht vergrössert. Epigastrium und Abdomen muldenförmig eingezogen. Leberdämpfung in der Parasternallinie von der 8. Rippe bis zum Rippenbogen. Unterhalb des Rippenbogens überall Tympanie. Am folgenden Tage Temperatur 36,0°, 36,6°, tiefes Coma, Patient lässt Alles unter sich, Puls kleiner und frequenter. Am 3. Tage Puls fadenförmig, 160, Temperatur Morgens 36,6°, tiefes Coma, Athmung stertorös. Um 12 Uhr Mittags allgemeine Convulsionen, nach 5 Minuten Exitus. Temperatur (Analmessung) unmittelbar nach dem Tode 40,0°. $\frac{1}{4}$ Stunde darauf 41,2°, 1 Stunde nach dem Tode 40,2°, 2 Stunden 39,8°, 3 Stunden nach dem Tode 38,9°. Diagnose: *Atrophia hepatis acuta flava*. Die Section bestätigte die Diagnose. In differentialdiagnostischer Beziehung betont Vortragender die Aehnlichkeit mit dem klinischen Bilde der acuten Phosphorvergiftung.

c) 11 Tage später kam ein ähnlicher Fall zur Beobachtung: Peter U., 20 a. n., angeblich bis zur Erkrankung (am selben Tage) ganz gesund, erkrankte unter heftigen Leibschmerzen und verlor bald darauf das Bewusstsein. Tiefes Coma, Temperatur 35,7°, Pupillen weit, träge reagirend, belegte Zunge, Mund und Rachen frei. Am Rumpfe und Extremitäten zahlreich dicht gestellte grössere und kleinere Pectechien. Haut icterisch verfärbt. Keine Gelenkveränderungen. Puls 60, voll, Respiration 20, Lungen und Herz normal, keine Milzvergrösserung, Leberdämpfung nicht nachzuweisen. Epigastrium und Abdomen flach. Harn icterisch, enthält Gallenfarbstoff, Gallensäuren, Leucin- und Tyrosin-crystalle. Stuhl blutfrei.

Am folgenden Tage Puls 170—180, sehr klein und weich; Respiration 48, Temperatur 36,7°, sonst keine Aenderung. Deutliche Vermehrung der weissen Blutkörperchen, die rothen bilden schnell Stechapfelformen. Um Mittagszeit allgemeine Convulsionen, Exitus. Temperatur post mortem 37,5° in recto, $\frac{3}{4}$ Stunden danach 38,1°. Die Diagnose schwankte zwischen *Morbus maculosus* und *Atrophia hepatis acuta*, doch sprach das Fehlen von Schleimhautblutungen mehr für letztere. Die spät ausgeführte Section gab keine sichere Entscheidung, deutliche Verkleinerung der Leber sprach zu Gunsten der Leberatrophia.

d) Ein Fall von sehr ausgebreitetem ganz scharlachähnlichem Prodromalexanthem bei Variolois. Gleichzeitige Er

krankung zweier Geschwister des Patienten und nachher — allerdings spärlich — auftretendes Variolaexanthem mit gutartigem Verlauf sicherten die Diagnose. Das Prodromalexanthem stand 3 Tage; spärliche klein förmige Desquamation.

(Autoreferat.)

Dr. Schabert macht Mittheilung über den mikroskopischen Befund des Falles von acuter gelber Leberatrophie. Aufgefallen sei ihm die starke Betheiligung des Gefäßsystems, welche ihn zuerst in der Diagnose hatte schwanken lassen. Nachdem er in der Literatur ähnliche Beobachtungen gefunden, könne er Dr. Deubner's Diagnose bestätigen. Am Leberparenchym sei die Atrophie deutlich ausgesprochen gewesen. Die Bedeutung der Fettdegeneration und ihr Antheil am makroskopischen Bilde werde im Allgemeinen übertrieben, der Process sei seinem Wesen nach eine Necrose.

Dr. Hampeln bemerkt zu dem Falle von Variolois, dass es sich dabei höchst wahrscheinlich um eine höchst eigenthümliche individuelle Reaction handele, wie sie gelegentlich auch bei anderen Infectionskrankheiten vorkäme; am seltensten seien derartige Erscheinungen beim Typhus abdominalis, wo er sie nur einmal gesehen habe.

Dr. Bernsdorff hat kürzlich ein ähnliches Prodromalexanthem (scharlachähnlich) bei Variola gesehen und erwähnt, dass solche gerade bei dieser Erkrankung häufiger vorkämen.

6. Dr. v. Bergmann demonstriert ein Präparat eines in sehr frühem Stadium operirten Nierencarcinoms, Schmerzen und wiederholte Hämaturie, welche als stets aus derselben Niere stammend erkannt werden konnte, hatten zur Operation geführt, welche ein etwa kirschgrosses, von den Nierenkelchen ausgehendes Carcinom ergab.

d. Z. Secretär Dr. H. Schwartz.

Sitzung am 16. December 1898.

1. Dr. P. Klemm stellt ein 11-monatliches Kind vor, an welchem er die Langenbeck'sche Staphylopalatorrhaphie mit vorzüglichem Erfolge ausgeführt hat (Operation bei hängendem Kopfe).

2. Dr. C. Brutzer demonstriert mikroskopische Präparate von Leprabacillen in den Ganglienzellen des Centralnervensystems.

3. Dr. Keilmann hält den angekündigten Vortrag: Zur künstlichen Ernährung der Säuglinge.

An der Hand einer Reihe von Curven demonstriert Votr. vergleichend den Verlauf der Gewichtsab- und zunahme in den ersten Lebenswochen bei Brustkindern bezw. bei mit Kuhmilch und verschiedenen Milchpräparaten Ernährten.

d. Z. Secr. Dr. H. Schwarz.

Sitzung am 20. Januar 1899.

1. Dr. Bornhaupt (a. G.) demonstriert 2 Fälle von Verletzung des Schultergelenks:

a) 22-jähriger Mann, vor 4 Wochen Fall auf die rechte Schulter. Befund: Stärkere Vorwölbung der rechten Scapulargegend, am äusseren Rande der Scapula 3 Fingerbreiten unter der Axilla Prominenz eines nach unten zugespitzten Knochenstückes fühlbar. Achse des Humerus geht nach innen am Gelenk vorbei; Gelenkpfanne leer, Kopf des Humerus am Proc. coracoideus, Humerus rechts 1 cm. länger als links. Röntgenbild: (Demonstration) Humeruskopf am Proc. coracoideus, am unteren Theil der Pfanne Prominenz eines dreieckigen Knochensegmentes mit der Spitze nach unten. Reposition in Narkose, Verband. Nach 5 Tagen Wiedereintritt der Luxation: Resection des Schultergelenkes in Narkose, Entfernung des abgebrochenen Scapulafragments, gutes functionelles Resultat.

b) Humerusfractur in der Epiphysenlinie (Maschinenverletzung). Befund: Schwellung und Haematom der linken Schulter, Crepitation im Gelenk, unteres Fragment in der Achselhöhle hinter dem Gelenkfortsatz der Scapula zu palpieren. Humeruskopf vorne neben Proc. coracoideus, Pfanne scheinbar leer, Verkürzung des Humerus um 2 cm. Reposition des unteren Fragments und Extension. Röntgenbild: Fracturlinie in der Epiphyse, Kopf an der richtigen Stelle. Glatte Heilung, gutes functionelles Resultat.

Votr. beschreibt ausführlicher das diagnostische Problem, das bei dem Absinken des Humeruskopfes in solchen Fällen durch Vortäuschen einer Luxation entstehe und betont die diagnostische Bedeutung der erhaltenen Adduction des Humerus (Möglichkeit, die Hand auf die andere Schulter zu legen) und des Wiederzurücksinkens des Humeruskopfes nach der Reposition.

Dr. P. Klemm ist der Meinung, dass der erste Fall doch eine Luxation nicht eigentlich vortäusche, sondern wirklich darstelle und dass gegenüber der geringfügigen Bedeutung der Scapularfractur doch das Wesentliche des Falles in dem Weichen des Humeruskopfes aus der Pfanne zu erblicken sei. Es kommen ja auch sonst bei Luxationen Absprengungen von Knochenfragmenten vor, ohne dass man deshalb die Bezeichnung «Luxation» aufgebe. Ferner sei die Frage aufzuwerfen, ob man in diesem Falle nicht mit wiederholter und längere Zeit fixirter Reposition die Resection hätte umgehen können.

Dr. v. Bergmann hält die Absprengung eines Fragments der Gelenkpfanne für das eigentlich Bestimmende für den weiteren pathologischen Vorgang in diesem Falle. Erst dadurch kam die Luxation zu Stande und wurde das Verbleiben des Humeruskopfes in der richtigen Stellung nach der Reposition verhindert, so dass diesem Umstande eine primäre Bedeutung zukomme. Es gebe zwar derartige Fälle, deren Heilung ohne Resection gelinge, andererseits müsse anerkannt werden, dass in einzelnen Fällen ein Verbleiben des Kopfes in der Pfanne nicht eher möglich sei, als bis durch Resection die durch die Fractur gesetzten mechanischen Verhältnisse beseitigt seien.

2. Dr. v. Zur-Mühlen bespricht unter Vorzeigung von Präparaten die Nekrosen des Mittelohres. (ist zur Veröffentlichung bestimmt).

3. Dr. Mey hält den angekündigten Vortrag: «über Psycho-
neurosen im Kindesalter».

Votr. bespricht ausführlicher die Aetiologie einiger Erscheinungsformen psychogener Neurosen bei Kindern im frühen Lebensalter, indem er ganz besonders auf das häufig allein bestehende psychische Grundleiden, ohne Hervortreten somatischer Erscheinungen hinweist. Die Beseitigung letzterer

gelingen gewöhnlich sehr leicht, aber die Psyche bleibe doch dieselbe, ein Umstand, der in der Praxis, insbesondere in der ambulativen, zu wenig berücksichtigt werde. Der Ansicht vieler Lehrbücher die Hysterie des Kindesalters biete eine sehr günstige Prognose, entgegnet Votr. das die Schwere des Einzelfalles bestimmende hereditäre Moment und die meist sehr schwere Erreichbarkeit einer zweckentsprechenden Aenderung in den das Kind umgebenden Verhältnissen, von welcher allein Votr. sich einen wirklichen und dauernden Erfolg der Behandlung versprechen könne. Quoad valetudinem completam sei daher der Kinderhysterie in praxi keine sehr günstige Prognose zu stellen.

(Autoreferat).

Dr. Ed. Schwarz bestätigt die vom Votr. citirte Ansicht von Emminghaus, dass die Prognose der kindlichen Hysterie im ganzen ungünstig, betreffs gänzlichen Cessirens der Hyst. Erscheinungen sogar durchaus dubia sei. Und doch sei die Sache im Ganzen nicht so schlimm, wie es klinge. Die Schwere der hereditären Disposition sei nicht allein ausschlaggebend, neben ihr komme dem Einfluss der Umgebung des Kranken eine grosse Bedeutung zu, und dieser sei glücklicherweise leichter auszuschalten. Er verweist diesbezüglich auf seine früheren Ausführungen, nach welchen eine H. auch bei hereditär nicht Belasteten durch die Umgebung herangezüchtet werden könne. In dem vom Votr. referirten Falle vermisse er den Abschluss der Behandlung durch eine definitive Entfernung des Pat. aus der Umgebung, unter deren Einfluss seine Hysterie zu Stande kam. Ohne eine solche sei nicht mehr als die Beseitigung eines augenblicklich im Vordergrund stehenden hyster. Symptoms erreicht. Die Hysterie als solche könne immer noch persistiren, zu ihrer Heilung müsse gewissermassen die Erziehung des Pat. von Neuem begonnen werden. Er erwähnt zur Illustration des Angeführten einen Fall hyster. Anorexie seiner Beobachtung, der, bereits zum Skelett abgemagert, durch Ernährung mit der Schlundsonde hergestellt wurde. Bei einem Recidiv versagte bei Gegenwart der den Kranken verwöhnenden Mutter anfangs die Sondenernährung. erst nach Entfernung der Mutter gelang dieselbe und nach $\frac{1}{2}$ Jahr auch die dauernde Heilung des Kranken.

4 Dr. Schabert demonstriert:

a) Ein Präparat von Tubargravidität mit intactem Fruchtsack und Embryo.

b) Präparate eines Falles von Influenza, und zwar:

1) Einen kleinen circumscribten Lungenabscess.

2) Eine in toto abscedirende Pneumonie.

Votr. knüpft hieran eine Schilderung der Formen, in welchen Abscedirungen der Lunge und Empyeme nach Influenza überhaupt auftreten.

Dr. P. Klemm ist der Ansicht, dass man auf Grund der bisherigen bacteriologischen Befunde diese Erkrankungen aetiologisch nicht der Influenza zurechnen könne, sondern es seien dieselben als Staphylo- bzw. Streptococccenmycosen zu bezeichnen. Die Influenza komme hierbei nur insofern in Frage, als ihr die Rolle eines die Erkrankung begünstigenden bzw. ermöglichenden Moments zufallen oder eine Mischinfection vorliegen könne.

d. Z. Secr. Dr. H. Schwarz.

Sitzung am 3. Februar 1899.

1. Dr. Voss berichtet unter Vorstellung der betreffenden Patienten über 2 Fälle seiner Beobachtung:

a) Ein Fall von Sinusthrombose, welchen er in Consultation mit Dr. Gauderer operirt hat. Der Fall sei ausgezeichnet gewesen durch eine aussergewöhnlich rasche Entwicklung, indem schon 24 Stunden nach Beginn der Otitis Perforation entstand, worauf sich sehr schnell hohes Fieber und Gehirnerscheinungen (Kopfschmerz, Erbrechen) sowie Oedem hinter dem Ohr einstellten. Bei der Operation zeigte sich das Gewebe durch grünliche Massen infiltrirt; als Ursache dieser Färbung wurde Bac. pyocyaneus gefunden.

Dr. v. Rimscha erinnert sich eines Falles von ähnlich raschem Verlaufe, der ihn am 5. Tage der Erkrankung zur Aufmeisselung des Proc. mastoideus nöthigte. Die Wand des Sinus war verfärbt, doch bestand keine Thrombose. Er nimmt als Erklärung eines so raschen Verlaufs individuelle Eigenthümlichkeiten in den anatomischen Lagerungsverhält-

nissen zwischen Antrum mastoideum und Sinus an. (Zusatz bei Verlesung des Protokolls: Pat. habe mittlerweile zugestanden, schon früher an Ohreiterung gelitten zu haben).

Dr. v. Zur-Mühlen spricht sich unter Zurückweisung der Annahme einer partiellen wandständigen Thrombose, die in vivo nicht diagnosticirbar sei, gegen die sofortige Freilegung und Eröffnung des Sinus, in Abwesenheit directer Indication, aus. Der Hauptzweck der Operation sei erreicht, wenn dem Eiter genügender Abfluss geschafft sei, danach könne abgewartet werden.

Dr. Voss: Es wurde auch nur von Schwartz und seiner Schule als erforderlich bezeichnet, den Sinus in jedem Falle sofort zu spalten. Oft sei später schwer zu entscheiden, ob nicht die Thrombose erst durch den Eingriff im Sinus entstehe. Auch er sei der Ansicht, dass sich im Allgemeinen Abwarten und event. erst spätere Spaltung des Sinus empfehle.

Dr. Gauderer: Die Eingangspforte der Pyocyaneusinfektion war wahrscheinlich die perforirte Membrana tympani

b) Ein Fall von Hirnabscess im Anschluss an Mittelohreiterung; sensorische Aphasie; ausgedehnte Schädelresection, plastische Deckung des Defects nach Angabe von Dr. P. Klemm (zur Veröffentlichung bestimmt).

Dr. Grüning: Die Sprachstörung in diesem Falle falle unter den Begriff der Kussmaul'schen «amnestischen Aphasie», welche durch Läsion im Perceptionscentrum oder in der Bahn von diesem zum eigentlichen Sprachcentrum bedingt sei. Die Prognose derselben sei im Allgemeinen günstig.

Dr. P. Klemm: Das Wesen der Sprachstörungen sei höchst complicirt und komme man mit der Kussmaul'schen Annahme einer ataktischen und amnestischen Aphasie zur Erklärung derselben nicht aus. Als die für die Praxis fruchtbarste Eintheilung sei die Unterscheidung einer motorischen und sensorischen Aphasie zu empfehlen. Unter Heranziehung des Lichtheim'schen Schemas bezeichnet er die Sprachstörung des vorliegenden Falles als sensorische mit Betheiligung des acustischen Sprachcentrums (Verlust der Klangbilder bei Erhaltung der optischen Erinnerungsbilder), als Gebiet derselben sei der Temporallappen bis zur Gegend

des Gyrus angularis anzusehen. Bei gleicher Läsion könne die Sprachstörung objectiv verschieden sich manifestiren, je nachdem das betreffende Individuum bei dem Process der Sprachbildung vorzugsweise mit optischen oder acustischen Erinnerungsbildern operire.

Dr. Voss bemerkt bezüglich der Prognose, dass bei derselben das Lebensalter des Pat. nicht ohne Bedeutung sei. Der Kranke habe sich seinen Wortschatz bezw. einen grossen Theil desselben wieder neu zu erwerben, wofür die Verhältnisse in diesem Fall bei dem relativ jugendlichen Alter des Pat. günstiger lägen; im späteren Alter gelinge das nicht mehr so vollständig.

Dr. v. Böhlendorff wirft die Frage auf, ob sich nicht zur Unterscheidung des Verlustes von optischen resp. acustischen Erinnerungsbildern bei dem Pat. fremde Sprachen mit Vortheil verwenden liessen?

Dr. Voss hat in dem referirten Fall solche Prüfungen nicht gemacht, erwähnt jedoch hierbei, dass der Pat. der vor seiner Erkrankung sich im Lettischen verständigen konnte, dasselbe total vergessen hatte. Auch bestöhe noch jetzt Amnesie für die Zeit vor der Operation und einige Zeit nach derselben.

Dr. Schönfeld hält die Prognose der Sprachstörung nicht für so günstig, wie Dr. Grünig und macht darauf aufmerksam, dass mit Aphasie behaftete Kranke häufig irrtümlich für psychisch alterirt gehalten wurden. Was die Erklärung der Sprachstörungen betreffe, so halte er die von Dr. Klemm herangezogene allerdings für die Bedürfnisse der allgemeinen Praxis für genügend, müsse jedoch hervorheben, dass man für eine genaue Analyse eines Falles doch noch weitere Unterschiede machen müsse.

2) Dr. P. Klemm demonstrirt 2 Präparate von Femursarcomen:

a) Ein myelogenes Riesenzellensarcom.

b) Ein kleinzelliges Rundzellensarcom. Diesem gegenüber sei die erstere Form als relativ gutartig zu betrachten, da sie nicht, wie diese, circumscribte Tumoren bilde, sondern mehr in der Form einer sarcomatösen Infiltration erscheine. Während bei der ersteren die Amputation meist genüge, sei hier die Exarticulation, an der oberen Extremität eventuell

mit Entfernung des ganzen Schultergürtels, angezeigt. Diese Erfahrung habe ihm der Fall, von welchem das Präparat stamme, bestätigt. Er habe Anfangs geglaubt, mit der hohen Amputation auszukommen, sei jedoch später zur Exarticulation des Femurstumpfes genöthigt gewesen, wobei sich ein den Knochen vollständig perforirendes Sarcom in der Epiphysenlinie fand.

c) Das Präparat einer Gelenkmaus.

Dr. v. Bergmann: Diagnostisch wichtig und für die Wahl der Operationsmethode ausschlaggebend sei die Thatsache, dass der Lieblingssitz der Riesenzellensarcome der unteren Extremität entweder oben am Unterschenkel oder unten am Oberschenkel, also in der Nähe des Kniegelenkes sei.

3) Dr. Treymann hält den angekündigten Vortrag: «Zur Geschichte und Anwendung der Zange».

Vortr. giebt einen ausführlichen Bericht über die Geschichte der Zange und ihrer Anwendung, mit besonderer Berücksichtigung der der Tarnier'schen Achsenzugszange und der Breu'schen Zange zu Grunde liegenden Principien.

Die Discussion wird verlegt.

d. Z. Secretär: Dr. H. Schwartz

Sitzung am 17. Februar 1899.

Vor der Tagesordnung demonstrieren:

a) Dr. v. Holst jun. (a. G.) einen Fall von gummöser Neubildung der Oberlippe nach erfolgreicher antiluëtischer Behandlung, unter Demonstration von Photographien des Falles vor der Behandlung.

b) Dr. v. Zur-Mühlen einen von ihm operirten Fall von Lymphangioma cystoides congenitum colli, unter Vorzeigung des Präparates und mikroskopischer Schnitte aus demselben.

1. Discussion über den Vortrag Dr. Treymann's (cf. Sitzung vom 3. Februar).

Dr. Keilmann schliesst sich dem Vortr. an bezüglich der Wichtigkeit der Geschichte der Zange für das Verständniss der Mechanik und des Wirkungsgebietes ihrer Anwendung. Die Achsenzugszange sei jedoch nicht eigentlich von

denselben Gesichtspunkten aus zu betrachten, sie habe ihre eigene Geschichte. Er sei nicht geneigt, die Levret'sche Zange als das Urbild und Levret als den geistigen Urheber der Achsenzugzange anzusehen, eher seien die ersten Anfänge des Princip's derselben in der Osiander'schen stehenden Tractionen zu erblicken. Näher auf die Ausführungen des Vortr. über die Achsenzugzangen eingehend, weist er darauf hin, dass die hohe Zange im Allgemeinen und speciell die Achsenzugzange doch recht gefährlich seien und kann sich Dr. Treymann's Empfehlung derselben nicht anschliessen, wie sich auch die Zahl derjenigen Autoren, welche sich für eine Einschränkung ihrer Anwendung ausspreche, mit jedem Jahre mehre. Die Statistik über sie weise nur geringe Zahlen auf und bestätige in dieser Beziehung nur seine Erfahrung, dass man wohl fast immer ohne sie auskomme. Die Gefährlichkeit auch der gewöhnlichen Zange werde seiner Ansicht nach unterschätzt, Blutungen in der Nachgeburtperiode seien dabei relativ häufig. Das in neuerer Zeit in Aufnahme gekommene Verfahren der Impression des Kopfes mache die hohe Zange wohl völlig entbehrlich.

Dr. Knorre: Er habe einigemale — zuerst studienhalber — die Achsenzugzange angewandt, seiner Erfahrung nach lasse sich aber mit der gewöhnlichen Zange, sogar mit den kleinsten Modellen derselben, dasselbe erreichen, und habe er die Achsenzugzange, wenn sie ihm etwa nicht zur Hand war, nie vermisst. Ihre Erfolge beruhen auf der Möglichkeit eines sehr starken Zuges und darin liege auch eben gerade ihre Gefahr, besonders für das kindliche Leben, die ihre Verwendung nur bei strictester Indication zulässig erscheinen lasse. Er beruft sich auf eine Statistik Nagel's, eines Anhängers der Achsenzugzange, der unter 20 Fällen 7 todt Kinder hatte. Bekannt seien ihm aus persönlicher Erfahrung die Tarnier'sche und die Breus'sche Zange und gebe er der letzteren den Vorzug. Als Vorbereitung für die hohe Zange sei die Anwendung des Kolpeuryuters zu empfehlen.

Dr. Gilbert hat einmal die Achsenzugzange anwenden sehen und meint mit der gewöhnlichen Zange dasselbe erreichen zu können. Letztere in Verbindung mit der Impression des Kopfes habe ihm stets genügt. Bezüglich der Indi-

cationen wendet er sich gegen das als solche angeführte Nichtvorrücken des Koptes innerhalb einer bestimmten Zeit: eine zeitliche Begrenzung dafür gebe es nicht, massgebend sei allein der Allgemeinzustand der Gebärenden, der eventuell in Verbindung mit zögerndem Vorrücken die Indication zum Eingriff bieten könne.

Dr. Treymann entgegnet Dr. Keilmann gegenüber, er habe nicht Levret als quasi geistigen Urheber der Achsenzugzange bezeichnen wollen, sondern meinte nur, dass in ihm zum ersten mal das Princip, welches später zur Entwicklung derselben führte, zum Ausdruck gelangte. In der ganzen Geschichte der Zange, vor deren Einführung man nur von der in solchen Fällen höchst gefährlichen Wendung Gebrauch machte, zeige sich eine Tendenz zum Fortschritt und Levret habe instinctiv die Bahn desselben betreten, wie überhaupt der lebhaftere Geist der Romanen der Neuerung und dem Fortschritt geneigter sei, als der schwerblütigere Nordländer. Dementsprechend habe auch die Zange überhaupt in Frankreich viel leichter Eingang gefunden als z. B. in Dänemark oder in Norddeutschland. Auch die Bewegung gegen die Achsenzugzange habe hauptsächlich in Norddeutschland ihren Sitz, während Süddeutschland und Oesterreich sich ihr eher zuneigten. Doch sei auch in Norddeutschland die Opposition in der Abnahme begriffen u. s. E. würde sich bei häufigerer Verwendung der Achsenzugzange auch die Zahl ihrer Anhänger noch vermehren. Es sei eben durchaus nothwendig eigene Erfahrungen zu sammeln. In seinen Fällen hätte die Impression des Kopfes keine Aussichten mehr gehabt, es seien ausschliesslich verzweifelte Fälle gewesen, wie sie in der Landpraxis durch Verschleppung und falsche Behandlung der Geburten leider noch so häufig vorkommen und habe er sich durchaus nicht vorschnell, sondern oft erst nach langer Beobachtung zur hohen Zange entschlossen. Die Hauptindication sei verschleppter Geburtsverlauf und dadurch bedingte Erschöpfung der Kreisenden und drohende Infection gewesen. Er habe nur einmal einen Schädelbruch erlebt in einem Falle, wo ausser der hohen Zange nur die Perforation möglich gewesen wäre. Nachblutungen seien vorgekommen, aber nur sehr selten und schreibe er dieselben eher der langen Dauer der Geburt, als der hohen Zange zu.

Ebenso wie der hohen Zange gegenüber habe sich Norddeutschland bei der Symphyseotomie verhalten, auch diese sei anfänglich einer durchaus ablehnenden Haltung begegnet — er erinnere nur an Leopold, der über jedes andere Verfahren als seinen Kaiserschnitt den Stab brach — während gegenwärtig die Opposition in der Abnahme sei.

Die hohe Zange sei anzuwenden und liefere die besten Resultate bei alten I-paris mit rigiden Weichtheilen, wo der harte Kopf lange hoch stehen bleibe und die Evolutionen desselben beim Passiren des Geburtskanals ähnliche seien wie beim engen Becken. Das letztere sei zwar hierzulande seltener als z. B. in Deutschland, komme aber doch vor. Beim platten Becken sei nicht mehr als ein Versuch mit der hohen Zange gestattet. Ein bedeutender Vorzug der Breus'schen Zange sei es, dass sie beim Herabziehen des Kopfes demselben die Freiheit der Evolutionen lasse, während die gewöhnliche Zange dieselbe behindere. Dass die hohe Zange nicht ohne Gefahren sei, gebe er zu, und in der Stadt habe sich der Praktiker unter allen Umständen nur auf die Ausgangszange zu beschränken. Auf dem Lande kommen aber häufig genug Fälle vor, in denen die Gefahren der hohen Zange immer noch das kleinere Uebel darstellten und seiner Ansicht nach sei es immer noch besser, einen Versuch mit der hohen Zange zu machen, als ohne einen solchen das lebende Kind zu perforiren. Es sei daher für die Beurtheilung der Achsenzugzange nicht allein der Standpunkt des Klinikers massgebend.

Dr. Keilmann: Seine Ausführungen seien auch durchaus nicht ausschliesslich von diesem Standpunkte aus abgegeben. Er habe einen bedeutenden Theil seiner Erfahrungen in der Dorpater Poliklinik gesammelt, unter Verhältnissen, welche denen auf dem Lande nach der schlimmen Seite hin häufig mindestens gleichkamen und auch während seiner Thätigkeit in Breslau habe er mit der Poliklinik genügend Fühlung gehabt, um das Verständniss für die ausserklinische Praxis nicht zu verlieren. Dass die Opposition gegen die Symphyseotomie in Deutschland in der Abnahme begriffen sei und die Operation sich dort mehr Eingang verschaffe, könne er nicht zugeben; in Breslau hätten 16—18 pCt. der Gebärenden enge Becken und doch seien in 4 Jahren

dort nur 6 Symphyseotomien gemacht worden. Man habe durchaus keine principielle Abneigung dagegen gehabt, sich damit zu befassen: im Gegentheil habe sich bei fast allen Klinikern das lebhafteste Bestreben danach gezeigt, Erfahrung darüber zu gewinnen und trotzdem gewinne die Operation kaum an Terrain, die Opposition bleibe dieselbe. Er erinnere an den Ausspruch Spiegelberg's: Die Zange sei ein so vollkommenes Instrument, dass jeder Versuch einer Verbesserung sie nur verschlechtern könne. Bezüglich der von Dr. Treymann gestellten Indicationen, speciell zu der der Beendigung der zögernden Geburt bei drohender Infektionsgefahr, sei noch zu bemerken, dass in dieser Beziehung die Zange überhaupt ein gefährliches Instrument sei: eine darauf gerichtete neue Beobachtung habe ergeben, dass Verletzungen der Weichtheile von grösserer oder geringerer Ausdehnung in 85 pCt. der lege artis ausgeführten Zangenextractionen constatirt worden seien, dass also eventuell gerade durch die Zange höchst gefährliche Infektionswege eröffnet wurden. Ein Verfahren, welches in noch höherem Grade als die einfache Zange geeignet sei, solche Verletzungen zu machen, sei daher bei drohender Infektionsgefahr zu vermeiden.

Dr. Treymann bestreitet, dass bei richtiger Anwendung die Achsenzugzange in dieser Beziehung gefährlicher sei als die gewöhnliche Zange. Er habe fast nie den Muttermund forcirt durch die Zange erweitern müssen, auch bei 5—7 cm. weiter Oeffnung dehne sich bei vorsichtigem Vorgehen das untere Uterinsegment sehr leicht. Schliesslich brauche man ja auch nur zum Herunterziehen des Kopfes die Achsenzugzange anzuwenden und könne sie zum Schluss gegen die gewöhnliche Zange vertauschen. Er spreche die Hoffnung aus, dass ein ausgiebigerer Gebrauch der Achsenzugzange und damit gewonnene Erfahrungen eine Aenderung der Ansichten darüber herbeiführen werde, wozu er sich umso mehr berechtigt glaube, als eine grössere Verbreitung derselben in allen Culturländern während der letzten 20 Jahre constatirt werden könne und sie auch in Norddeutschland Eingang gewinne.

2. Dr. Hampeln hält den angekündigten Vortrag: «Ueber die Beziehungen des Magenfunduscarcinoms und Milzabscesses zu Erkrankungen der linken subdiaphragmatischen Region».

(Erscheint im Druck). Eine Discussion über denselben wird verlegt.

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

Sitzung am 3. März 1899.

1. Discussion über den Vortrag Dr. H a m p e l n ' s (cf. Sitzung vom 17. Februar).

Dr. P. K l e m m führt aus, dass eine derartige topographische Betrachtungsweise einzelner Körperregionen, wie sie von Dr. H a m p e l n hier angebahnt sei, von Seiten der Chirurgen äusserst freudig zu begrüsst sei: die Methoden der Untersuchung liessen hier und da doch im Stich und bei Erkrankungen, deren ursprünglicher Herd sich durch nichts verrathe, sei es häufig unmöglich, das primär erkrankte Organ zu eruiren. Für die rechte Körperseite hätten die Erkrankungen in der rechten Darmbeingrube bereits den Anlass zu einer derartigen Betrachtungsweise gegeben, eine solche für die linke subdiaphragmatische Region zu inauguriren, sei hier von Dr. H. zuerst versucht. Da die Resultate der Functionsprüfung des Magens für die Diagnose des Magencarcinoms doch keine absolut zuverlässigen Anhaltspunkte lieferten, sei es äusserst wichtig, wenn auf Bilder der Erkrankung von Nachbarorganen des Magens die Aufmerksamkeit gelenkt werde, welche häufig mit einem Magen- und speciell Funduscarcinom — dessen Diagnose ganz besonders schwierig sei — im Zusammenhang ständen und deren Constatirung somit die Berechtigung zur Probelaparotomie ergebe.

Dr. v. E n g e l h a r d t: In der Casuistik Dr. H.'s sei die Functionsprüfung des Magens weniger berücksichtigt bzw. habe dieselbe für die Diagnose keine Anhaltspunkte geliefert. Doch sei dieselbe im Ganzen doch nicht so unzuverlässig wie Dr. K l e m m es hinstelle. Man müsse in dieser Beziehung zwischen dem Pylorus- und dem Funduscarcinom unterscheiden. Bei den beiden liegen die Bedingungen für die Ausbildung der Symptomentrias (Mangel an HCl, Ueberschuss von Milchsäure, Mangel des Labferments) welche

für die Semiotik des Magencarcinoms von Bedeutung sei, verschieden. Allerdings sei zuzugeben, dass diese Erscheinungen auch bei anderen Zuständen vorkommen. Zur Bildung von Milchsäure sei erforderlich: Mangel von HCl und Pepsin bei gleichzeitiger Stagnation des Mageninhaltes. Da nun die motorische Function des Magens beim Pyloruscarcinom weit früher und intensiver geschädigt werde, sei es erklärlich, dass beim Funduscarcinom die Functionsprüfung weniger zuverlässig sei, wie ja auch in den von Dr. H. referirten Fällen nur sehr spät oder garnicht der Magen als primär erkranktes Organ zu erkennen gewesen sei. Bezüglich der Probelaparotomie sei zu bemerken, dass die möglichst frühzeitige Diagnose des Magencarcinoms ein zwar erstrebenswerthes, jedoch sehr schwer erreichbares Ziel sei. Er stehe bezüglich der Berechtigung zu derselben nicht so streng, wie Dr. Klemm und halte sie, wenn durch die vorbesprochene Trias der Hinweis auf die Wahrscheinlichkeit des Magencarcinoms gegeben sei, für gerechtfertigt. Die Verhältniszahlen der Mortalität seien hierbei von keiner Wichtigkeit; da die Möglichkeit einer Beeinflussung des Carcinoms auf anderem Wege ja nicht gegeben sei, so kommen nur die geretteten Fälle in Betracht, nicht ihr Verhältniss zur Gesamtzahl der Operirten.

Dr. Hampeln: Es sei sehr natürlich, dass in der Discussion die Carcinomfrage im Vordergrund stehe, sie sei ja in der That die wichtigste in Bezug auf die Folgerungen, welche aus dem von ihm gebrachten Material für die Praxis gezogen werden könnten. Gerade hier sei die Frühdiagnose von besonderer Wichtigkeit, jedoch gerade beim Funduscarcinom sehr schwierig. Der Mangel von HCl genüge eben nicht zur Diagnose, auch der von Dr. v. Engelhardt angeführte Complex von Symptomen gebe nicht die genügende Sicherheit. Unter Berücksichtigung aller Umstände des Falles jedoch könne es möglich sein, wenn jede andere Ursache für die angedeuteten Symptome auszuschliessen sei, dass der Verdacht auf Carcinom in genügender Schärfe hervortrete, um zum Probeschnitt zu berechtigen. Er erinnere in dieser Beziehung an die Martius'schen Fälle von Achylia gastrica, in denen der Symptomencomplex des Carcinoms vorlag, wo aber doch zugleich immer andere Momente sich nachweisen liessen,

welche für denselben ebenfalls von aetiologischer Bedeutung sein konnten: es bestanden Neurosen, chron. interstitielle Nephritis od. dergl. Erst wenn solche Momente auszuschliessen seien und Anacidität vorliege, sei der Verdacht auf Carcinom gerechtfertigt und die Probelaparotomie indicirt. Er habe in seiner Hospitalpraxis reichlich Gelegenheit gehabt, sich von der Wichtigkeit des HCl-Mangels zu überzeugen und sei eigentlich längere Zeit hindurch von seiner semiotischen Eindeutigkeit überzeugt gewesen, bis das Symptom einmal zufälligerweise in 3 Fällen nach einander versagte. Erst das Zusammenfallen der verschiedenen Symptome bei Exclusion aller anderweitigen Ursachen dafür ergebe die Diagnose. Gerade in der Semiotik des Magencarcinoms aber komme dem Funduscarcinom eine besondere Stellung zu insofern, als die Stenose des Pylorus wegfalle und erst die Erkrankung der Muscularis motorische Insufficienz und damit Stagnation des Mageninhaltes bewirke.

Höchstens könnte nach seinen Fällen ein schon frühzeitig auftretender leichter Schmerz unter dem linken Rippenbogen als für diese Erkrankung verdächtig bezeichnet werden, sonst sei die Erkrankung erst manifest geworden durch Uebergreifen auf die Nachbarorgane (Pleura, Peritoneum, Milz).

Dr. P. Klemm: Er könne Dr. v. Engelhardt's Anschauungen über die Chirurgie in der Behandlung des Magencarcinoms nicht ganz theilen: Das Mortalitätsverhältniss sei nicht bedeutungslos, es komme nicht darauf an, einen Kranken durch die Operation zu bringen, sondern die Hauptsache sei die Erzielung von Dauerresultaten. Sei diese nach Ausweis der Statistik gar nicht oder nur in geringem Verhältniss möglich, so würde die operative Therapie am besten gänzlich verlassen. Die Erzielung von Dauerresultaten hänge aber ab von der Vollkommenheit der Technik und von den anatomischen Verhältnissen, daher sei die Frühdiagnose so ausserordentlich wichtig, weil sie die Probelaparotomie zu einer Zeit indicire, wo die letzteren die Radicaloperation noch nicht aussichtslos erscheinen liessen.

Dr. Dahlfeld: Dr. v. Engelhardt's Anschauung über den Werth der relativen Mortalitätszahlen übersehe das subjective Interesse der Pat. am Ausgang der Operation: wenn

für den Arzt das Bewusstsein genüge, von 100 ohne Eingriff verlorenen Kranken 5 gerettet zu haben, so kämen für den vor die Wahl der Operation gestellten Kranken die 95 Gestorbenen viel mehr in Betracht.

Dr. v. Bergmann möchte das Wort «Probepaprotomie» möglichst vermieden wissen, in Dr. Klemm's Ausführungen sei auch eigentlich kaum von einer solchen die Rede gewesen, sondern es handle sich da um bewusste und erwogene Laparotomien. Man dürfe eben nur operiren, wenn man die Wahrscheinlichkeit habe, ein Carcinom zu finden; diese Voraussetzung könne ja gelegentlich eine irrige sein, aber es handle sich dabei doch immer um eine wohlerwogene und bewusste Operation.

Für die Betrachtung der Erfolge der Chirurgie beim Magencarcinom sei nicht die einfache Zählung der Fälle ausschlaggebend, sondern die Fälle seien im Einzelnen zu betrachten und die desolaten Fälle, die durch die unglücklich verlaufende Operation eben nichts verloren haben, von vornherein auszuschneiden. Wenn man die Fälle in Betracht zieht, bei welchen durch die Operation überhaupt noch etwas zu erreichen war, würde das Gesamtergebn besser.

2. Dr. Redlich hält den angekündigten Vortrag: «Ueber Pseudologia phantastica. (Ist für den Druck bestimmt).

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

Sitzung am 17. März 1899.

1. Discussion über den Vortrag Dr. Redlich's (cf. Sitzung vom 3. März).

Dr. Tiling: Seine Uebereinstimmung mit den Ausführungen des Vortr. bekundend, will er in einigen Worten die Umrisse des sogen. Grenzgebietes, welchem auch der vom Vortr. behandelte Fall zuzurechnen sei, etwas näher fixiren. Dasselbe sei ausgedehnter, als allgemein angenommen werde, die Stellung, welche diese Gruppe der psychisch Minderwerthigen im System der Psychologie beanspruche, sei noch nicht genügend festgelegt und jeder neue Beitrag zu dieser schwierigen und wichtigen Frage sei daher mit Freuden zu begrüßen.

In diese Gruppe zu rechnen wären — in allgemeinsten Umrissen — das Gros der Verbrecher, die Prostituirten, die Hysterischen, ferner verschiedene kleinere Gruppen: die moral insanity, die verschiedenen Perversitäten — zu ihnen gehöre auch die Pseudologia phantastica — die zum grossen Theil das sexuelle Gebiet betreffen, und schliesslich die verschiedenen Formen der Abnormitäten des Trieblebens, des sogen. impulsiven Irreseins, innerhalb dessen wieder zu unterscheiden seien: 1) Die Kranken mit Zwangsgedanken und Zwangshandlungen. 2) Die Davonläufer. 3) Die Dipsomanen. Ein möglichst eingehendes Studium dieses Gebietes sei bei der grossen Bedeutung höchst wünschenswerth und könne auf die Psychologie nach der physiologischen und pathologischen Seite hin befruchtend wirken.

Dr. Sokolowsky: Fälle, wie der vom Votr. geschilderte, bieten ausser dem wissenschaftlichen Interesse auch nach der forensischen Seite hin viel Interessantes, aber auch sehr erhebliche Schwierigkeiten. Das Bestehen eines psychischen Defectes sei ausser Zweifel, doch sei hier, wie häufig in solchen Fällen, die Demonstration des krankhaften Zustandes vor Laien äusserst schwierig. Diese Schwierigkeit werde noch vergrössert durch den Mangel eines richtigen Verständnisses für die Gesichtspuncte des Psychiaters bei dem Durchschnittscriminalisten, der ihn dem ersteren mit einem gewissen Misstrauen gegenüberstehen lasse, als wolle er ihm die Gewalt über das Verbrecherthum aus der Hand winden. Fälle, wie der geschilderte, böten hierzulande auch in Bezug auf ihre Unterbringung grosse Schwierigkeiten, — da sie, obschon psychisch krank, doch nicht ins Irrenhaus, andererseits aber auch nicht ins Gefängniss gehören. Es müssten aber für sie besondere Internirungsanstalten, Asyle für psychisch Minderwerthige, errichtet werden.

Dr. Schönfeld findet in der Darstellung des Votr. den Fall gewissermassen zu isolirt behandelt und vermisst die Einreihung desselben in das System, so weit man bei den vielfach noch sehr labilen Vorstellungen über das sogen. Grenzgebiet von einem solchen reden könne.

Für den Praktiker genüge es, innerhalb des von Dr. Tilling umschriebenen Gebietes zwei Hauptgruppen zu unterscheiden: 1) Imbecillität, charakterisirt als psychische Ent-

wicklungshemmung und 2) Degeneratives Irresein. Er halte den Fall des Vortr. nicht für dem Grenzgebiet angehörig, die Krankengeschichte weise Perioden schwerer Benommenheit, hallucinatorische Zustände, sowie deutliche Zeichen von mangelhafter Entwicklung der Intelligenz, also Imbecillität auf. Pat. sei daher als psychisch Kranker zu betrachten und würde ins Irrenhaus gehören, auch wenn die von Dr. Sokolowsky bezeichneten Asyle bei uns beständen. Ferner scheine ihm Votr. nicht genügend betont zu haben, dass die Pseudologia phantastica nicht als nosologische Entität aufzufassen sei, sondern nur ein Symptom — in diesem Falle der Imbecillität — darstelle. Als Imbecillen charakterisire s. E. den Pat. seine ganze Lebensgeschichte, von der frühesten Jugend an.

Dr. Redlich: Er habe in seiner Darstellung den Fall durchaus nicht in dem Masse, wie Dr. Schönfeld es ihm vorwerfe, isolirt geschildert; er habe keinen einzelnen Fall bringen wollen, sondern mit der eingehenden Analyse der Krankengeschichte gegen eine zu weit getriebene Verallgemeinerung sich verwahren wollen. Zu einer solchen sei an einzelnen massgebenden Stellen Neigung vorhanden, Magnan z. B. behandle s. E. die degenerativen Psychosen viel zu summarisch: hier sei eine eingehende Detaillirung nothwendig, für welche man auf den psychologischen Weg und den auch von ihm hier unternommenen Versuch, am einzelnen Fall das Krankhafte hervorzuheben, die Uebergänge zum Gesunden anzudeuten, angewiesen.

Dass Delbrück mit der Aufstellung der Pseudologia phantastica keine nosologische Einheit habe aufstellen wollen, glaube er genügend betont zu haben. Gegen die von Dr. Schönfeld zum Beweise der psychischen Erkrankung im Sinne der Imbecillität herangezogenen Momente sei anzuführen, dass die Zustände schwerer Benommenheit von ihm als Simulation gekennzeichnet seien, hallucinatorische Zustände seien vorgekommen, dieselben genügen aber nicht, um die psychische Erkrankung zu documentiren. Die Geschichte des Pat. zeige einen deutlich progressiven Zustand, der sich doch nicht mit der von Dr. Schönfeld als Entwicklungshemmung characterisirten und somit ihrem Wesen nach stabilen Imbecillität vereinbaren lasse, ganz abgesehen davon, dass die

Zuzählung des Falles zu einem so grossen Gebiet ohne weitere Detailirung eben ein zu weitgehendes Generalisiren darstelle.

Dr. Schönfeld: Vor Gericht sei mit der detaillirten Schilderung nichts gewonnen, man sei dort genöthigt zu Bezeichnungen zu greifen, welche dem Gesetz bekannt und dem Verständniss des Richters zugänglich seien.

Dr. Redlich: Das russische Strafrecht kenne nur die Begriffe *безумие* und *сумасшествие*, die moderne Psychiatrie könne nicht erst warten, bis von dieser Seite her ihrer Entwicklung Rechnung getragen wird.

2. Dr. v. Bergmann demonstirt das Präparat eines von ihm operirten Ileocoecalcarcinoms.

Anschliessend daran weist Dr. Schabert auf die Vortheile einer sofortigen Untersuchung des Tumors hin, da das Darmcarcinom, wie viele andere Carcinome auch, auf dem Durchschnitt Krebsnester, epitheliale Pröpfe, ausdrücken lasse und dadurch in vielen Fällen zweifelhafter Art, so z. B. wenn das Carcinom so flach sei, dass Verwechslungen mit anderen Ulcerationen möglich seien oder bei Tumoren, die nur scheinbar als Carcinom imponirten, wie sie gerade in der Ileocoecalgegend sich finden, eine sofortige pathologische Diagnose ermögliche, welche das weitere Vorgehen des Operateurs und die Prognose wesentlich beeinflussen könne.

Dr. v. Bergmann bemerkt hierzu, dass während der Operation doch nur die Frage, ob Darmresection oder nicht? in Betracht komme, dass diese aber vor Eröffnung des Darmes entschieden werden müsse und so das von Dr. Schabert hervorgehobene Zeichen kaum Verwendung finden könne.

3. Dr. Bornhaupt (a. G.) berichtet unter Vorstellung des Pat. über einen Fall von Fremdkörper (Hülse einer Revolverpatrone) in der Trachea eines Knaben; der Fremdkörper war längere Zeit symptomelos getragen worden, bis schliesslich eingetretene Respirationsstörungen die Tracheotomie veranlassten, wobei der Fremdkörper sofort durch die Wunde ausgehustet wurde.

4 Dr. Keilmann demonstirt:

a) Die Placenta einer Drillingschwangerschaft, welche sich durch Nachweis dreier Chorien als dreieilige characterisirt,

ein seltener Fall, da es bei Drillingen sonst meist doppelte Zwillingsschwangerschaft mit Entwicklung eineiiger Zwillinge im zweiten Ei handle. Es sei ihm gelungen, in diesem Falle durch Nachweis zweier getrennter Fluctuationscentren die mehrfache Schwangerschaft zu diagnosticiren. Durch Ausdehnung dieser Untersuchungsmethode auf die im Uterus vorliegende Blase hätte, wenn man an diese Möglichkeit gedacht hätte, auch die Drillingsschwangerschaft diagnosticirt werden können.

b) Einen Uterus mit faustgrossem Myom, per Vaginam exstirpirt. In diesem Falle sei bei der — gegen die Regel — grossen Weichheit des Tumors die Differentialdiagnose gegen Gravidität schwierig gewesen.

c) Eine von ihm exstirpirt Cyste der Bartholin'schen Drüse.

5. Dr. W. Lieven (a. G.) demonstrirt eine Frucht mit ausgedehnter Rhachischisis im Cervical- und Dorsalgebiet, welche wegen der extrem zurückgebeugten Haltung des Kopfes den Geburtsanal unter sehr ungünstigem Durchmesser hatte passiren müssen und trotzdem in wenigen Wehen leicht geboren worden war.

d. Z. Secretär: Dr. H. Schwartz.

Sitzung am 7. April 1899.

Vor der Tagesordnung demonstrirt a) Dr. v. Rimscha einen Pat., dessen Epiglottis durch phthisische Ulceration völlig zerstört ist. Trotz des völligen Fehlens der Epiglottis habe Pat. nie über Störungen des Schluckactes geklagt und sei auch gegenwärtig im Stande, Nahrung zu sich zu nehmen, ohne sich zu verschlucken, ein Beweis gegen die auch sonst bereits vielfach angefochtene Function der Epiglottis als «Kehldeckel».

b) Dr. P. Klemm einen Knaben, bei welchem er nach Spaltung eines Abscesses in der Hüftgegend mit der Sonde eine raue Knochenstelle an der Innenfläche des Kreuzbeins als Quelle der Eiterung nachweisen konnte, worauf er nach Kraske's Methode den untern Theil des Kreuzbeins und das Steissbein resecirte. Glatte Heilung.

1. Dr. v. Knorre bespricht unter Demonstration dreier von ihm operirter Uterusmyome einige Operationsmethoden (zur Veröffentlichung bestimmt).

2. Dr. Grüning hält den angekündigten Vortrag: «Ueber Pathologie und Therapie einiger Sprachstörungen»: (Erscheint im Druck).

d. Z. Secretär: Dr. H. Schwartz.

Sitzung am 21. April 1899.

1. Dr. Hohlbeck (a. G.) demonstrirt einen Fall von Syringomyelie.

Dazu bemerkt Dr. v. Bergmann: Fälle von Syringomyelie, bei denen Lepra sicher auszuschliessen sei, seien von besonderem Interesse gegenüber der Behauptung Jambocopauli's, dass die Syringomyelie stets nur eine abgeschwächte Lepra sei. Verwechslungen der beiden gehören ja nicht zu den seltenen Vorkommnissen. Am schwierigsten sei die Unterscheidung bei dem sogen. Typus Morvan der Syringomyelie, und sei für diesen die Differenzirung beider noch keine endgültige, doch existirten bereits durch die Section bestätigte Fälle der Morvan'schen Krankheit. Der vorgestellte Fall habe sicher mit Lepra nichts zu thun.

2. Dr. Behr hält den angekündigten Vortrag: «Ueber Erinnerungsfälschungen und pathologische Traumzustände. (Erscheint im Druck).

Dr. Ed. Schwarz bemerkt, dass Fälle, wie die vom Vortr. geschilderten, vielfach vom Occultismus als Beweismaterial herangezogen würden. Derselbe sei ja überhaupt zum grossen Theil auf Thatsachen aufgebaut, die z. Th. erst nachträglich als auf pathologischer Grundlage beruhend erwiesen wären. Ausführlicher sei diese Matérie in neuester Zeit von Lehmann (Kopenhagen) in einer Monographie behandelt worden. Nach L. habe sich die Controle occultistischer Experimente nicht allein auf Experimentator und Medien, — die ja bereits mehrfach des Betruges überführt worden seien — zu erstrecken, sondern es kämen auch die Zuschauer in Betracht, denen Erinnerung und Urtheil gefälscht werde. L. habe von verschiedenen Personen gleichzeitig Protokoll über ihre Beob-

bachtungen bei solchen Productionen führen lassen; bei späterer Vergleichung hätten sich erhebliche Differenzen ergeben, so dass die Täuschung des Urtheils erwiesen sei.

Dr. Tiling weist auf die Häufigkeit der Erinnerungsfälschung — namentlich in der Gesichts- und Gehörssphäre — im täglichen Leben hin, die auf oberflächlichem Denken unter Einwirkung eines Affects bei schwacher Sinnesthätigkeit beruhe. Bei Geisteskranken treten solche in ihren Effecten natürlich viel krasser und schärfer hervor. Die Mannigfaltigkeit der psychischen Vorgänge sei eine zu grosse, als dass sich von den Bestrebungen Kraepelin's nach einer Systematisirung und Classificirung derselben eine klärende Wirkung erwarten liesse.

Dr. Behr: Auch er habe das Schematische, das der Kraepelin'schen Eintheilung anhafte, empfunden, er habe sich daher bemüht, die Erinnerungsfälschungen einheitlich zu behandeln und das Gemeinsame hervorzuheben. Die historische Gerechtigkeit erfordere jedoch die Berücksichtigung der Kraepelin'schen Eintheilung, da Kraepelin als Erster diese Erscheinungen vom psychologischen Standpunct aus betrachtet und die Sander'schen Beobachtungen erweiterte und vertiefte.

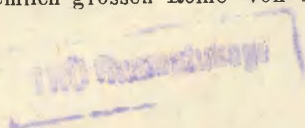
d. Z. Secretär: Dr. H. Schwartz.

Sitzung am 5. Mai 1899.

Dr. v. Krüdener spricht über Magnetoperationen am Auge unter Demonstration des Asmus'schen Sideroskops und des Hirschberg'schen Elektromagneten und berichtet über mehrere unter Anwendung dieser Apparate operirte Fälle. (Ansührliche Mittheilung erscheint im Druck.)

Dr. Johansson demonstirt im Anschluss an diese Mittheilungen 2 Fälle von Fremdkörperverletzungen, welche ihm Gelegenheit gegeben haben, sich von der ausgezeichneten Brauchbarkeit des Sideroscops zu überzeugen.

Dr. Stavenhagen hat mehrfache Operationen mit dem grossen Magneten gemacht, zufälligerweise gleich das erste Mal mit ausgezeichnetem Erfolge, wie er ihn später nur noch zwei Mal unter einer ziemlich grossen Reihe von Fällen er-



lebt habe. Wo bei dem grossen Magneten die Schmerzreaction ausblieb, habe nur in einem Falle später sich doch ein Fremdkörper feststellen lassen. Er habe in letzter Zeit durch Dr. v. Krüden er Gelegenheit gehabt, sich gleichfalls von die Leistungsfähigkeit des Sideroscops zu überzeugen.

Dr. Eliasberg will im Gegensatz zu Dr. v. Krüden er den Meridionalschnitt nicht als typisches Verfahren anerkennen und spricht die Ansicht aus, dass das Verfahren der Magnetextraction denselben entbehrlich mache und dass derselbe als gefährlich (Glaskörperverlust, Infectionsgefahr, nachträgliche Netzhautablösung durch Schrumpfung der Scleranarbe) lieber gänzlich vermieden werde. Mit Hilfe des Elektromagneten sei man im Stande, die Operation von vorne her durch einen einfachen Lanzenschnitt zu machen. Als Beleg seiner Ausführungen berichtet er über 2 Fälle, die er in Gemeinschaft mit Dr. Johannson auf diese Weise mit glücklichem Erfolge operirt hatte.

Dr. Stavenhagen: Die Fälle Dr. Eliasberg's müssen besonders günstig gelegen haben. Seiner Ansicht nach dürfte der Meridionalschnitt nicht entbehrlich sein, so z. B. bei sehr kleinen Fremdkörpern, die dem Magneten nicht folgten. Auch der Vorschlag Schmidt-Rimpler's, den Fremdkörper mit dem Haab'schen Riesenmagneten in die vordere Kammer zu «locken», dürfte nicht immer durchführbar sein. Ferner gehörten hierher Fälle, in denen der Fremdkörper wegen Besonderheiten seiner Form oder Lage (Widerhaken, Einspiessen in die Augenhäute u. dgl.) dem Magneten nicht folge; solche Fälle wären ohne den Meridionalschnitt der Enucleation verfallen.

Dr. Zwingmann fragt Votr., ob nicht das Abstreifen des Fremdkörpers vom Magneten an den Wundrändern ein häufiges Vorkommniss sei, was von Dr. v. Krüden er bejaht wird, mit dem Hinzufügen, dass dann die Wunde etwas erweitert werden müsse. Bezüglich des grossen Magneten besitze er keine Erfahrungen, er glaube aber Dr. Stavenhagen's Ansicht, dass auch dieser den Meridionalschnitt nicht völlig entbehrlich mache, theilen zu müssen.

d. Z. Secretär Dr. H. Schwartz.

Sitzung am 19. Mai 1899.

1. Dr. P. Klemm demonstirt einen Fall von Ankylose des Kiefergelenks nach Scharlach bei einem jungen Mädchen, an welchem durch Operation und methodische Nachbehandlung mit Mundsperrern eine zur Ernährung etc. genügende Oeffnung des Mundes erreicht wurde.

Dr. Schabert fragt nach den klinischen Erscheinungen der Gelenkerkrankung bei Scharlach. Er sei zu der Frage veranlasst durch den Umstand, dass ihm auf dem Sectionstisch im Krankenhause häufig Fälle davon vorkämen, die klinisch nicht in Angriff genommen seien.

Dr. Klemm: Die Frage sei praktisch von grosser Wichtigkeit: es gäbe Formen, die klinisch nicht in einer Weise, die bei der Section zu bemerken wäre, in Angriff zu nehmen seien; das seien die serösen Ergüsse, die auch zuweilen mit Temperatursteigerung einhergingen, bacteriologisch meist Streptococcenformen aufweisend. Anders seien die auf Mischinfection bezw. Staphylococceninfection beruhenden Formen, diese würden immer eitrig und erforderten die Operation. Sie bieten häufig wegen pyämischen Fiebercharakters eine schlechte Prognose.

2. Dr. Thilo demonstirt einen Fall erfolgreicher Streckung eines in 120° (vermuthlich durch zur Ausheilung gekommene Tuberculose) ankylotisch fixirten Kniegelenks.

3. Dr. Keilmann hält den angekündigten Vortrag «über äussere Ueberwanderung des Eies». (Für den Druck bestimmt.)

d. Z. Secretär Dr. H. Schwartz.
